

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE FOZ DO  
IGUAÇU  
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE  
FRONTEIRA - MESTRADO**

**JANAINA ADRIANA DA CUNHA DE LIMA**

**Experiências de mães de crianças traqueostomizadas no uso da valvula Passy-  
Muir® e o retorno ao aleitamento materno**

**FOZ DO IGUAÇU**

**2018**

**JANAINA ADRIANA DA CUNHA DE LIMA**

**Experiências de mães de crianças traqueostomizadas no uso da válvula Passy-Muir® e o retorno ao aleitamento materno**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira -Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

ORIENTADOR: Ana Maria de Almeida

**Foz do Iguaçu**

**2018**

LIMA, JANAINA ADRIANA DA CUNHA DE Experiências de mães de crianças traqueostomizadas no uso da válvula Passy-Muir® e o retorno ao aleitamento materno / JANAINA ADRIANA DA CUNHA DE LIMA; orientador(a), Ana Maria de Almeida, 2018. 109 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu, Centro de Educação, Letras e Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira Ciências Aplicadas à Saúde, 2018.

1. Aleitamento Materno. 2. Válvula de Deglutição. 3. Fonoaudiologia. 4. Traqueostomia.  
I. Almeida, Ana Maria de, orient. II. Título.

LIMA, J.A.C. **Experiências de mães de crianças traqueostomizadas no uso da válvula Passy-Muir® e o retorno ao aleitamento materno.** 109f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: (Dra. Ana Maria de Almeida). Foz do Iguaçu, 2018. JANAINA ADRIANA DA CUNHA DE LIMA

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Dra. Ana Maria Almeida (Orientadora)**  
**Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE**

---

**Profa. Dra. Maria Aparecida Baggio**  
**Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE**

---

**Profa. Dra. Cristina Ide Fujinaga**  
**Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná – UNICENTRO**

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho a Deus, meu consolador, meu socorro presente, meu amigo fiel, aquele eu amo e que é digno de toda honra e toda glória.*

## AGRADECIMENTOS

*Início meus agradecimentos por **Deus**, aquele que me trouxe até aqui, que nos dias mais difíceis foi meu socorro, que não permitiu que eu desistisse, que capacitou-me em todas as etapas, aquele que eu amo para sempre.*

*A meus pais, **Aparecida (Mil) e Neuton (Pil)** meu infinito agradecimento. Sempre acreditaram em minha capacidade e investiram esforços para que concluísse a graduação. Obrigada pelo amor e cuidado. Que Deus recompense-os. Amo vocês.*

*A minha família, tios e primos, meus sobrinhos, meus cunhados(as), minha sogra mãe **Luzia**, por apoiar-me, por orar por mim, por incentivar-me. Em especial a minha **Mana Querida Kel**, minha amiga fiel, que é usada por Deus para abençoar-me, pagou o preço em oração pela minha vida, minha gratidão. Amo vocês.*

*Ao meu esposo **Evandro (meu Môle)**, homem de Deus, presente do Senhor na minha vida, meu defensor, aquele que me consolou, orou, serviu, amou, quando eu achei que não poderia mais. Obrigada por me amar tanto assim, te amo até o infinito.*

*Aos meus filhos **Evandro e Benjamin**, minhas heranças do Senhor, obrigada por fazerem-me rir quando eu queria chorar, por compreender os dias de estudo “Mãe você está estudando de novo?”. Amo vocês para sempre.*

*A minha família **Comuna (Comunidade da Graça)**, família **Gcem (célula)**, aos meus líderes **Rosi e Márcio** minha gratidão pelo clamor, por servirem, por amarem, assim tão imperfeita que sou, que Deus recompense-nos. Em especial a meus pastores **Roberto e Luciana**, família que me escolheu, pessoas segundo o coração de Deus e que servem-me com excelência, obrigada por amar-me e suportar-me. Recebam meu abraço, minha gratidão, meu clamor e amor por vocês.*

*Aos meus amigos do mestrado, nova família que Deus me presenteou, **Sandra, Lu, Cleide, Fabi, Alexandre, Arthur, Fer, Sol, Ana** obrigada por me acolher, por eu ter aprendido tanto com vocês, que Deus capacite-os a cada dia, amo vocês. Em especial a minha amiga*

*Sandra(Dente), companheira inseparável, aquela que ofereceu o colo nos dias de luta, que cuidou com tanto amor, que ensinou-me a ser forte, quando eu pensei que não tivesse mais forças, que mostrou-me virtudes em mim, que eu desconhecia, a você meu amor e meu clamor sempre #fortesquesomos#, te amo.*

*A professora **Maria A. Baggio** por seu auxílio e suas importantes contribuições, que Deus te abençoe.*

*A professora **Adriana Zilly** por ter acolhido- me desde o primeiro dia, meu carinho, Deus te abençoe.*

*A minha orientadora **Ana Maria de Almeida**, pelos preciosos ensinamentos, pela paciência e dedicação, que Deus te abençoe e te recompense.*

*Aos meus **pacientes e suas famílias**, vocês foram minha inspiração, esse estudo é o espelho que reflete a minha história com vocês, jamais desistirei de lutar por vocês, obrigada por confiar no meu cuidado e por abrilhantar minha vida, que Deus vos abençoe.*

*Até aqui o Senhor Deus nos ajudou. Sm 7:12*

## RESUMO

LIMA, J.A.C. **Experiências de mães de crianças traqueostomizadas no uso da válvula Passy-Muir® e o retorno ao aleitamento materno.** 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública na Região da Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: (Dra. Ana Maria de Almeida). Foz do Iguaçu, 2018.

O aleitamento materno reforça o vínculo do binômio mãe-bebê e ajuda no desenvolvimento das estruturas do sistema sensorio motor orofacial. Crianças traqueostomizadas apresentam um transtorno na deglutição, o qual tem impacto significativo nas funções orofaciais e podem favorecer o desmame precoce. Com o intuito de retomar o aleitamento materno, o profissional de fonoaudiologia pode auxiliar e promover esse processo com auxílio de dispositivos como a válvula de deglutição Passy Muir®. O objetivo desta pesquisa foi **compreender a experiência de retomada do aleitamento materno de mães de crianças traqueostomizadas, entre 0 e 24 meses de idade, com o uso da válvula de deglutição Passy Muir®.** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória que utilizou como método de análise de dados, a Análise de Conteúdo. A coleta dos dados ocorreu no Ambulatório de Fonoaudiologia no Centro de Especialidades Médicas na cidade de Foz do Iguaçu- PR- Brasil, no primeiro semestre de 2017. Foram realizadas entrevistas com o auxílio de questionário estruturado para dados demográficos e roteiro semiestruturado, acrescidos de busca de dados clínicos nos prontuários das crianças traqueostomizadas. Participaram do estudo, 11 mães de crianças traqueostomizadas que eram assistidas no Ambulatório de Fonoaudiologia. Os dados foram dispostos em unidades de registro e sua análise foi temática, apresentando distintos temas para discussão: dificuldade no aleitamento materno após a traqueostomia, a adaptação e uso da válvula de deglutição Passy Muir® e os benefícios percebidos, sentimento de insegurança com o uso da válvula de Passy Muir®, expectativas das mães com uso da válvula de Passy Muir®, sentimentos em poder amamentar, apoio dos profissionais de saúde. Os resultados apontaram para a retomada do aleitamento materno de todas as crianças do estudo, segurança ao aleitar, redução da produção de secreção, reduções diárias do número de aspirações de vias aéreas, melhora no padrão respiratório, vocalizações (balbucios e choro), melhora na qualidade do sono da criança, readequação da deglutição e sucção, e a introdução de novos alimentos. Os resultados do estudo indicam a importância da continuidade na pesquisa com o tema e traz contribuições com a indicação de novas estratégias de para a promoção do aleitamento materno e na melhoria da qualidade do cuidado à criança traqueostomizada.

**Descritores:** Aleitamento Materno; Transtorno de Deglutição; Fonoaudiologia; Saúde Pública. Traqueostomia.

## **ABSTRACT**

**LIMA, J.A.C. Experiences of mothers of tracheostomized children using the Passy-Muir® valve returning to breastfeeding.** 109f. Dissertation (Master in Public Health) - State University of Western Paraná. Advisor: (Dr. Ana Maria de Almeida). Foz do Iguaçu, 2018.

Breastfeeding reinforces the bond of the mother-baby binomial and helps in the development of structures of the orofacial motor sensory system. Tracheostomized children present with a swallowing disorder, which has a significant impact on orofacial functions and may favor precocious weaning. In order to resume breastfeeding, the speech and hearing professionals can assist and promote this process with the help of devices such as the Passy Muir® Swallowing Valve. The objective of this research was to understand the experience of resumption of breastfeeding of mothers of tracheostomized children between 0 and 24 months of age using the Passy Muir® swallowing valve. This is a qualitative, descriptive and exploratory research that used as a method of data analysis, Content Analysis data were collected at the Speech and Hearing Clinic at the Medical Specialties Center in the city of Foz do Iguaçu- PR- Brazil, in the first half of 2017. Interviews were conducted with the aid of a structured questionnaire for demographic data and semi-structured script, plus search of clinical data in the tracheostomized children's charts. Eleven mothers of tracheostomized children attended the Speech Therapy Outpatient clinic participated in the study. The data were arranged in registry units and their analysis was thematic, presenting different topics for discussion: difficulty in breastfeeding after tracheostomy, adaptation and use of the Passy Muir® swallowing valve and the perceived benefits, feelings of insecurity with the use of Passy Muir® valve, expectations of mothers using Passy Muir® valve, feelings of breastfeeding, support of health professionals. The results pointed to the resumption of breastfeeding of all the children in the study, safety of breastfeeding, reduction of secretion production, daily reductions in the number of aspirations of the areas, improvement in respiratory pattern, vocalizations (babbling and crying), improvement in quality of the child's sleep, re-adaptation of swallowing and sucking, and the introduction of new foods. The results of the study indicate the importance of continuity in the research with the theme and brings contributions indicating new strategies to promote breastfeeding and improve the quality of care for tracheostomized children.

**Keywords:** Breastfeeding; Swallowing Deglutition; Speech therapy; Public health. Tracheostomy.

## RESUMEN

LIMA, J.A.C. **Experiencias de madres de niños traqueostomizadas en el uso de la válvula Passy-Muir® retornando a la lactancia materna.** 109f. Dissertación (Maestría en Salud Pública) - Universidad del Estado del Oeste del Paraná. Orientador: (Dra. Ana Maria de Almeida). Foz do Iguaçu, 2018.

La lactancia materna refuerza el vínculo del binomio madre-bebé y ayuda en el desarrollo de las estructuras del sistema sensorio motor orofacial. Los niños traqueostomizados presentan un trastorno en la deglución, que tiene un impacto significativo en las funciones orofaciales y pueden favorecer el destete precoz. Con el fin de retomar la lactancia materna, el profesional de fonoaudiología puede auxiliar y promover ese proceso con ayuda de dispositivos como la Válvula de deglución Passy Muir®. El objetivo de esta investigación fue comprender la experiencia de retomada de la lactancia materna de madres de niños traqueostomizados entre 0 y 24 meses de edad con el uso de la válvula de deglución Passy Muir®. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria que utilizó como método de análisis de datos, el análisis de contenido. La recolección de los datos ocurrió en el Ambulatorio de Fonoaudiología en el Centro de Especialidades Médicas en la ciudad de Foz do Iguaçu- PR-Brasil, en el primer semestre de 2017. Se realizaron entrevistas con el auxilio de cuestionario estructurado para datos demográficos y guión semiestructurado, más la búsqueda de datos clínicos en las historias de los niños traqueostomizados. Participaron del estudio, 11 madres de niños traqueostomizados que eran asistidas en el Ambulatorio de Fonoaudiología. Los datos fueron dispuestos en unidades de registro y su análisis fue temático, presentando distintos temas para discusión: dificultad en la lactancia materna después de la traqueostomía, la adaptación y uso de la válvula de deglución Passy Muir® y los beneficios percibidos, sentimiento de inseguridad con el uso de la válvula de Passy Muir®, expectativas de las madres con uso de la válvula de Passy Muir®, sentimientos en poder amamantar, apoyo de los profesionales de la salud. Los resultados apuntaron a la reanudación de la lactancia materna de todos los niños del estudio, la seguridad al azar, la reducción de la producción de secreción, las reducciones diarias del número de aspiraciones de las zonas, la mejora en el patrón respiratorio, las vocaciones (balbuceo y el llanto), la calidad del sueño del niño, la readecuación de la deglución y la succión, y la introducción de nuevos alimentos. Los resultados del estudio indican la importancia de la continuidad en la investigación con el tema y aporta contribuciones con la indicación de nuevas estrategias para la promoción de la lactancia materna y en la mejora de la calidad del cuidado al niño traqueostomizado.

Descriptores: Lactancia Materna; Trastorno de deglución; terapia del habla; Salud pública. Traqueotomía.

## LISTA DE SIGLAS

|       |  |
|-------|--|
| AM    | Aleitamento Materno  |
| AME   | Aleitamento Materno Exclusivo Incisão traqueostomia  |
| CENNI | Centro de Nutrição Infantil de Foz do Iguaçu   |
| CEM   | Centro de Especialidades Médicas   |
| CEO   | Centro de Especialidades Odontológicas   |
| CER   | Centro Especializado em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltipla Deficiências |
| CNS   | Conselho Nacional de Saúde   |
| EMAD  | Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar  |
| EMAP  | Equipe Multidisciplinar de Apoio   |
| IHAC  | Iniciativa Hospital Amigo da Criança   |
| MS    | Ministério da Saúde  |
| MRC   | Medical Research Corencil  |
| NASF  | Núcleo de Apoio a Saúde da Família   |
| OMS   | Organização Mundial da Saúde   |
| SAD   | Serviço de Atendimento Domiciliar  |
| SAMU  | Serviço de Atendimento Móvel de Emergência   |
| UTI   | Unidade de Tratamento Intensivo  |
| WHO   | World Health Organization  |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| Figura 1  | Incisão traqueostomia  | 28 |
| Figura 2  | Cânula de traqueostomia PVC com Cuff   | 28 |
| Figura 3  | Cânula de traqueostomia PVC sem cuff   | 28 |
| Figura 4  | Cânula de traqueostomia metálica   | 29 |
| Figura 5  | Válvula de deglutição para uso sem ventilação mecânica   | 41 |
| Figura 6  | Válvula de deglutição Passy Muir® para uso com ventilação mecânica   | 41 |
| Figura 7  | Válvula de deglutição Passy Muir® adaptada a cânula de traqueostomia   | 41 |
| Figura 8  | As Válvulas Passy Muir® possuem o design de sistema "fechado", sem escape, o qual restaura a fisiologia normal do sistema respiratório fechado                                     | 45 |
| Figura 9  | O design de sistema "fechado", sem escape, mantém uma coluna de ar dentro da cânula de traqueostomia e redireciona o fluxo de ar e a secreção para a via aérea superior.           | 46 |
| Figura 10 | Válvula de sistema aberto: Todas as demais válvulas de fala existentes possuem o design na posição "aberta", o que causa um escape/vazamento de ar pela válvula durante a exalação | 46 |
| Quadro1   | Características das participantes do estudo e de seus filhos traqueostomizados   | 50 |

## SUMÁRIO

|  |     |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO.....  | 14  |
| REVISÃO DA LITERATURA.....   | 19  |
| Aleitamento materno .....  | 19  |
| Traqueostomia na criança: conceito, procedimento cirúrgico, indicações, complicações, tipos de cânulas e cuidados..... | 25  |
| Traqueostomia e implicações na deglutição, respiração e fala.....  | 33  |
| Avaliação e reabilitação fonoaudiológica da deglutição na presença da traqueostomia ...                                | 37  |
| PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....  | 47  |
| Tipo de estudo .....   | 47  |
| Local do estudo.....   | 47  |
| Participantes do estudo.....   | 48  |
| Aspectos éticos .....  | 50  |
| Riscos e benefícios .....  | 50  |
| Coleta de dados.....   | 51  |
| Análise de dados.....  | 52  |
| RESULTADOS E DISCUSSÃO .....   | 55  |
| Dificuldade no aleitamento materno após a traqueostomia.....   | 55  |
| A adaptação e uso da válvula de deglutição Passy-Muir® e os benefícios percebidos ....                                 | 60  |
| Sentimento de insegurança com o uso da válvula Passy-Muir® .....   | 65  |
| Expectativas das mães com o uso da válvula Passy-Muir®.....  | 68  |
| Sentimentos em poder amamentar.....  | 72  |
| Apoio dos profissionais de saúde .....   | 77  |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS .....   | 82  |
| REFERÊNCIAS .....  | 84  |
| APÊNDICES .....  | 99  |
| ANEXOS .....   | 105 |

## INTRODUÇÃO

O crescimento é considerado um dos principais e melhores indicadores de saúde de uma criança, uma vez que, ao longo de todo desenvolvimento, este sofre influência direta de fatores ambientais, tais como alimentação, patologias, condições de moradia e saneamento básico, bem como acesso aos serviços de saúde, cuidados de higiene e a relação do binômio mãe-bebê (BRASIL, 2002).

Para a atenção integral à saúde da criança são primordiais as medidas de promoção, proteção e reabilitação da saúde que incluam o acompanhamento continuado do crescimento, bem como o conhecimento dos fatores que podem comprometer o crescimento e desenvolvimento de forma plena da criança, conforme seu potencial genético (BRASIL, 2004).

Segundo Marcondes (2004), os fatores que influenciam o crescimento de um indivíduo são divididos em dois grupos: o grupo um refere-se aos fatores intrínsecos, relacionados ao sistema neuroendócrino e à hereditariedade e o grupo dois refere-se aos fatores extrínsecos, aqueles relacionados ao ambiente em que se vive, como a alimentação, as condições socioeconômicas, geofísicas e de urbanização e a relação do binômio mãe-filho. O mesmo autor afirma que a relação direta e contínua entre esses fatores provoca interferências no processo saúde-doença.

Neste sentido, a presença de patologias na infância interfere no processo saúde-doença e conseqüente compromete a alimentação e a relação mãe-filho, podendo comprometer o crescimento saudável e adequado da criança. A necessidade de realização de traqueostomia em lactentes, independentemente da causa, pode comprometer o aleitamento materno, o vínculo mãe-filho e o crescimento e desenvolvimento saudável na infância, de forma plena. Além disso, a criança traqueostomizada e sua família requerem acesso à rede de saúde para acompanhamento especializado por equipe multiprofissional, cuja criança necessita ter garantida sua reabilitação em saúde, com ênfase na promoção e proteção (SILVA, 2013).

Há inúmeras causas para a necessidade de indicação de uma traqueostomia. Este procedimento é realizado em pacientes com obstrução da via aérea superior, na qual não há nenhum outro método para garantir a permeabilidade da mesma ou que estão em alto risco de comprometimento das vias aéreas, tais como as que são realizadas em cirurgias reconstrutivas da face, pescoço ou laringe (RUSSEL, 2004). Aqueles com risco de aspiração de secreções ou de insuficiência respiratória e aqueles com tempo prolongado de intubação endotraqueal com

necessidade de ventilação mecânica podem ser submetidos a traqueostomia para evitar possíveis complicações da intubação prolongada (ROMERO, 2010).

As causas mais comuns que indicam a necessidade de uma traqueostomia na faixa etária entre zero e dois anos de idade referem-se aos quadros de obstrução de via aérea, Intubação orotraqueal (IOT) prolongada, síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS) acentuada, tolete pulmonar, traqueostomia protetora. Considera-se também como causas da obstrução de via aérea, a estenose laringotraqueal, estenose congênita, crianças com história pregressa de múltiplas microcirurgias laríngeas para ressecção de papiloma, laringomalácia grave, tumor de faringe, mucopolissacaridose e paralisia de prega vocal bilateral (MAHADEVAN et al., 2007).

A necessidade de uma traqueostomia pode comprometer a manutenção do aleitamento materno. Os pacientes traqueostomizados apresentam uma diminuição da pressão subglótica, a qual favorece o desmame precoce (CLAVÉ, 2008). Esses pacientes apresentam dificuldades no processo, pois normalmente são acometidos por um quadro definido como disfagia, que é a desordem do mecanismo de deglutição orofaríngea ou esofágica decorrente de problemas anatômicos ou fisiológicos. Esse distúrbio miofuncional orofacial compromete as funções de deglutição, respiração, sucção e fala (FREEMAN, 2011).

A fonoaudiologia preocupa-se com o comprometimento ou alterações de motricidade orofaciais que podem surgir em decorrência da traqueostomia e ausência do estímulo para sucção em seio materno, assim como na nutrição da criança. E, ao se considerar os déficits no sistema sensorio motor oral, decorrentes da realização de uma traqueostomia, é importante enfatizar as recomendações dos programas de incentivo ao aleitamento materno bem como a atuação do profissional de fonoaudiologia neste contexto, com o intuito de minimizar as alterações orofaciais, promover a continuidade do aleitamento materno e manter o vínculo mãe-filho proporcionado pela amamentação, vínculo este essencial para a construção do desenvolvimento infantil. Porém, na prática clínica, nem sempre isto ocorre como o recomendado (SANTANA, 2016).

Existem evidências quanto às dificuldades de cumprimento parcial ou total dos passos que promovam o aleitamento materno para bebês que não apresentam déficits orofaciais. Já os bebês que apresentam déficits orofaciais, como àqueles que necessitam do uso de cânula de traqueostomia, manifestam dificuldades maiores em manter o aleitamento materno, uma vez as mães, em especial, têm receio que os bebês apresentem engasgos e que o leite materno seja eliminado através da cânula. Estes pacientes apresentam uma diminuição da pressão subglótica, a qual favorece o desmame precoce (CLAVÉ, 2008).

Os pacientes traqueostomizados são acometidos por um quadro definido de **disfagia**, que é uma desordem do mecanismo de deglutição orofaríngea ou esofágica decorrente de problemas anatômicos ou fisiológicos. Esse distúrbio miofuncional orofacial compromete as funções de deglutição, respiração, sucção e fala (FREEMAN, 2011).

No entanto, mesmo que a mãe tenha interrompido o aleitamento da criança traqueostomizada, é possível que ela retome - o a qualquer momento, com ajuda de técnicas e cuidados especializados. Em casos específicos, pode-se adotar o processo designado *relactação* que consiste em utilizar uma sonda do tipo nasogástrica, nº 4, ou uma sonda de aspiração, em que uma das extremidades é fixada, com fita hipoalergênica, ao mamilo da mulher e a outra é mergulhada em um recipiente com leite de fórmula infantil (BORDALO, 2008).

Como auxílio para a retomada do aleitamento materno, o fonoaudiólogo pode utilizar-se de instrumentos auxiliares na reabilitação e um deles é o dispositivo chamado *válvula de deglutição PASSY-MUIR®*, a qual é adaptada à cânula de traqueostomia. Essa tecnologia auxilia na retomada do aleitamento materno por meio da *relactação* e do uso do dispositivo, sendo que é importante o suporte dos fonoaudiólogos para as mães e seus filhos traqueostomizados. Na condição de criança traqueostomizada, para êxito no processo de *relactação*, salienta-se a importância do uso da *válvula de deglutição* (SILVEIRA, 2008).

A *válvula de deglutição PASSY-MUIR®* é uma peça plástica, de formato cilíndrico, com interior oco, contendo uma membrana de silicone na sua porção anterior que permite a passagem unidirecional de ar (somente a entrada do ar inspirado). Quando acoplada na parte externa de uma cânula de traqueostomia ou em linha no circuito de um respirador, permite apenas o ingresso do ar inspirado através da cânula de traqueostomia e redireciona o ar a ser exalado para as vias aéreas superiores, passando através da laringe (pregas vocais), faringe, boca e nariz, possibilitando assim a melhora na deglutição e emissão da voz (SILVEIRA, 2008).

A *válvula de deglutição* é indicada para pacientes traqueostomizados, independente da faixa etária, uma vez que, após avaliação fonoaudiológica não apresentem aprisionamento de ar, ou seja, retenção de CO<sub>2</sub>, o qual pode inviabilizar a adaptação (ZANATA, 2014).

## JUSTIFICATIVA

No município de Foz do Iguaçu, PR, as crianças traqueostomizadas, após alta hospitalar, comumente são encaminhadas para o Ambulatório de Fonoaudiologia do Centro de Especialidades Médicas (CEM), da Secretaria Municipal de Saúde e são referenciadas de unidades básicas de saúde ou do Centro de Nutrição Infantil (CENNI). O agendamento é realizado pelo responsável pela criança, a partir de encaminhamento dos serviços mencionados.

O Ambulatório de Fonoaudiologia do Centro de Especialidades Médicas(CEM) é referência para atendimento de crianças traqueostomizadas provenientes dos países que compõe a tríplice fronteira. O atendimento prestado é de segunda à sexta-feira, sendo o atendimento concentrado no período da manhã.

Em virtude de uma profissional de fonoaudiologia acompanhar as mães e as crianças lactentes traqueostomizadas, em suas dificuldades e limitações referentes ao processo de aleitamento materno, condicionou a construção da questão de pesquisa: **Como mães de crianças traqueostomizadas entre 0 e 24 meses experienciaram o processo de retomada do aleitamento materno com uso da válvula de Passy Muir ®?**

As crianças traqueostomizadas apresentam dificuldades nas funções orofaciais, as quais dificultam ou por sua vez inviabilizam a continuidade do aleitamento materno, favorecendo o desmame precoce (PARK et al., 2013).

O profissional de fonoaudiologia desempenha papel fundamental na reabilitação de crianças traqueostomizadas, uma vez que se utiliza de estratégias terapêuticas como por exemplo o dispositivo denominado da válvula de deglutição, acoplado a cânula de traqueostomia, a qual auxilia no processo de evolução terapêutica que visam diminuir as disfunções orofaciais e tem como intuito viabilizar a manutenção do aleitamento materno (SANTUS et al., 2014).

A reabilitação fonoaudiológica nestes pacientes aponta para o cuidado dessas crianças, ou seja, melhora na assistência delas, por seus pais. Há uma diminuição do custo para oferta de leite de fórmula, uma vez que a criança relectada retoma aleitamento materno, diminui o risco de broncoaspiração, pois a válvula de deglutição adaptada tem esse benefício, como também reduz significativamente a quantidade de aspirações diárias destes pacientes (SUTT, et al., 2015).

Considerando o descrito acima, justifica-se este estudo devido à necessidade e importância da retomada do aleitamento materno por crianças / lactentes traqueostomizadas, por meio do uso de válvula de deglutição, uma vez que a retomada do aleitamento promove o desenvolvimento das funções orofaciais da criança, diminui os riscos de doenças na infância e promove adequado desenvolvimento global, além disso, o aleitamento materno quando priorizado, assume papel de ação protetora social, promovendo saúde.

Importante salientar que há escassez de publicações acerca do tema proposto, ou seja, que discutam as interfaces e a complexidade da necessidade de uma traqueostomia em lactentes, relactação e válvula de deglutição.

## **REVISÃO DA LITERATURA**

A revisão de literatura a ser descrita abaixo faz referências e relações a respeito do aleitamento materno, desmame precoce; traqueostomia e seu conceito, procedimento cirúrgico, complicações, indicações e tipos de cânulas; traqueostomia e implicações na deglutição, sucção, respiração e fala; relactação da criança traqueostomizada; alimentação da criança traqueostomizada; políticas públicas de saúde voltadas a atenção a criança; o cuidado da criança traqueostomizada com adaptação da válvula de deglutição e de sua família para assegurar alimentação adequada para a idade; a participação das famílias no cuidado a criança traqueostomizada; a atuação dos profissionais de saúde e do fonoaudiólogo na promoção da alimentação via oral e comunicação da criança traqueostomizada; e o papel do fonoaudiólogo no cuidado da família da criança traqueostomizada em uso da válvula de deglutição.

Para se sobre a retomada do aleitamento materno, inicialmente é necessário discutir sobre amamentação no Brasil e em região de fronteira e sobre desmame precoce, assim como contextualizar sobre a atuação dos profissionais de saúde no cuidado destas famílias para nortear o cuidado em serviços de atenção primária, secundária e em âmbito domiciliar.

### **Aleitamento materno**

O aleitamento materno é fundamental para a saúde da criança durante toda a vida. Desde 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até os primeiros seis meses de vida como medida de saúde pública e após os seis meses determina à introdução dos alimentos complementares com a manutenção do aleitamento materno (AM) até os dois anos de idade ou mais. A mesma recomendação foi adotada igualmente em nosso país pelo Ministério de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009, 2011) recomenda que os bebês sejam colocados em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto e que as mães sejam incentivadas, apoiadas e encorajadas a amamentar seus filhos, exclusivamente em seio materno, até os seis meses de vida. O auxílio profissional às mães é fundamental para que o início do aleitamento materno se dê desde a primeira hora de vida. Esta prática pode favorecer a redução, em média, de 22% da mortalidade neonatal, e, quando o início do aleitamento materno é prorrogado, maiores são as chances de mortalidade neonatal causada por infecções (EDMOND, 2006, 2007).

Diversos benefícios podem ser identificados e explicam o efeito protetor da amamentação na primeira hora de vida, os quais estão relacionados com a colonização intestinal do recém-nascido por bactérias saprófitas encontradas no leite materno; com a propriedade do leite materno de reduzir a colonização intestinal por bactérias gram-negativas; além da capacidade de adaptação materna em produzir fatores imunológicos bioativos adequados para o recém-nascido, que são excretados no colostro de acordo com a idade gestacional, como a Imunoglobulina-A, que por sua vez apresenta maior concentração no colostro quando comparado com o leite maduro (ALBESHARAT, 2011).

Considerando os dados relatados pelos autores citados anteriormente é explícita a importância de se atender as recomendações quanto ao aleitamento materno, uma vez que promove ação direta no crescimento e desenvolvimento saudável da criança (BRASIL, 2012).

O AM está associado diretamente com taxas reduzidas de mortalidade e morbidade por diarreia, infecção respiratória aguda e menor prevalência de desnutrição (OLIVEIRA, 2016). Essa prática é atribuída à prevenção de mais de seis milhões de mortes de crianças menores de 12 meses anualmente. O AME é considerado uma medida protetiva e benéfica, uma vez que possui nutrientes ideais para a criança até os seis meses de vida, proporcionando inúmeros benefícios imunológicos e psicológicos, crescimento craniofacial favorável, maturação das funções do sistema estomatognático, além do vínculo afetivo entre mãe e filho (FALEIROS, 2006; FRANÇA, 2008).

Edmond et al. (2006) estudaram 10.947 crianças do Ghana e constataram que a mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos sofre uma queda de 16% se a criança for amamentada no primeiro dia, e de 22% se amamentada na primeira hora. No mundo, 26% das mortes de crianças no período neonatal ocorrem por infecção, sendo que na Europa o percentual é de 18% e na região das Américas de 23%.

O aleitamento materno é uma fonte de economia para as famílias e segurança na oferta. Em contrapartida o preparo de mamadeira com uso de fórmulas lácteas possui risco de contaminação e de oferta de concentração menor do que as necessidades da criança, principalmente nas classes sociais menos favorecidas. Consequentemente, a oferta de fórmula excessivamente diluída e ou contaminada pode ocasionar doenças e desnutrição (MONTEIRO, 2006).

Venancio et al. (2010), em estudo sobre prevalência do AME em crianças menores de 6 meses de idade, em diversas regiões do Brasil, constatam que esse dado é inferior a 50%, no total das crianças investigadas. De forma individual, a região norte apresenta maior prevalência

de exclusividade do aleitamento materno em lactentes com até seis meses de idade (45,9%) e a região nordeste a menor (37%); A região centro-oeste apresenta 45%; a sul 43,9% e a sudeste 39,4%. O estudo constatou a prevalência de exclusividade do AME em cada região brasileira e descreveu a prevalência das capitais, nas quais a maioria (17 capitais) obteve valores abaixo da metade das crianças analisadas. Belém apresentou a melhor prevalência de aleitamento materno (56,1%), seguida de Florianópolis (52,4%), Campo Grande (50,1%), Distrito Federal (50,0%), e com o pior resultado Cuiabá (27,1%).

Saldiva et al. (2011), em pesquisa sobre oferta de chás, sucos e leites diversos a crianças de 0 a 6 meses, nas capitais da Região sul, constataram que a introdução destes líquidos ocorreu em 94% dos casos para crianças menores de três meses e em 83% para crianças de três e seis meses. Neste estudo, a taxa de prevalência de AME foi de 52,2%.

Estudo realizado na cidade de Porto Alegre, RS, apontou que, embora 53% das mães tenham iniciado o AM 1 hora após o parto, a maioria das crianças não recebeu AME até os 4 e 6 meses, representando 20,8% e 2,7%, e a média da duração do AME foi de 2,1 meses (BERNARDI et al., 2011). Outra pesquisa, também na região sul, corrobora esses dados quando descreve que, no primeiro mês aos três meses 29% haviam sido desmamadas e apenas 39% recebiam leite materno exclusivo, 60% das crianças avaliadas estavam em aleitamento materno exclusivo e cerca de 10% já em desmame precoce (KAUFMANN et al., 2012).

O Brasil tem evoluído quanto à atenção em saúde da população. No cenário da saúde materna e infantil ocorreram mudanças através de ações governamentais com a implantação de programas que destacam a promoção ao aleitamento materno, o qual foi integrado à atenção primária à saúde, e a partir de 1980 os coeficientes de mortalidade caíram rapidamente. A redução da mortalidade infantil passou a ser um compromisso assumido pelas três esferas governamentais, municipal, estadual e federal (VICTORA et al., 2011).

Com o objetivo de melhoria na atenção à saúde materno infantil, no Brasil, em 1981 foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que preconizava a amamentação como ato natural, instintivo, inato e biológico. Uma década depois, em 1992, foi implantada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), definida como um esforço mundial para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. A IHAC adota estratégias educativas que se iniciam na gravidez e devem ser desenvolvidas em todo o ciclo gravídico-puerperal.

Uma das estratégias é “Os Dez Passos Para o Sucesso no Aleitamento”, quais sejam: Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a

equipe de cuidados de saúde; Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma; Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento; ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento; Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos; Não ofertar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico; Praticar o alojamento conjunto, permitindo que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia; Encorajar o aleitamento sob livre demanda; Não oferecer bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas ao seio; Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta do hospital ou ambulatório. Os hospitais precisam garantir condições às mulheres, tanto no hospital como após a alta, para continuidade do AME até os seis meses de vida do bebê (MONTEIRO, 2006).

Outro programa que também apoia as ações de promoção à saúde da criança se denomina Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil que é um instrumento que fortalece as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, além da alimentação complementar saudável para menores de dois anos de idade no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). A estratégia visa à qualificação do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica, objetivando contribuir para a redução da mortalidade infantil e da ocorrência de agravos à saúde na infância e na idade adulta como obesidade, diabetes, dentre outras, incentivando o aleitamento materno e uma alimentação complementar saudável. (BRASIL, 2012).

Após o parto é socialmente esperado que as mães estejam prontas, acolhedoras e desejosas para aleitar. Algumas mulheres não têm a chance de revelar seus reais desejos, medos e suas condições físicas e emocionais para desempenhar essa função (FUJIMORI, 2010). Além de, muitas vezes, sentirem impotentes e culpadas decorrente de algum problema com a amamentação como fissuras, mamilos planos e/ou invertidos ou hipogalactia (UNISA 2011; JUNGES, 2010).

Diversas mulheres têm conhecimento sobre os benefícios do AM para si própria, como a recuperação do peso gestacional, a involução uterina e a consequente diminuição de sangramento uterino, secundária à produção de ocitocina que ocorre durante a mamada; a diminuição do risco de câncer de mama e de ovário, entre outras vantagens. Tais informações remetem a um caráter de autocuidado, porém nem sempre é dirigido em sua totalidade para o cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Comumente essas informações possuem um

caráter autoritário, repetitivo e não oportuniza troca de saberes de forma igualitária entre as mulheres e os profissionais de saúde (JUNGES, 2010).

Para Junges (2010), as mulheres sentem-se fortemente influenciadas por aspectos culturais e consideram relevante a opinião de familiares e profissionais da saúde. As experiências próprias em aleitar, a influência dos padrões estéticos e a construção de laços afetivos entre mãe filho por meio do AM condiciona culturalmente a imagem de que uma boa mãe é aquela que amamenta. É a mulher detentora do seu corpo, do direito de gestar, parir e aleitar.

Aos profissionais de saúde cabe o acolhimento a estas mulheres, a compreensão do seu modo de vida e o respeito às suas opiniões, seus medos, anseios e dúvidas, para assim acolhê-la, ouvi-la, apoiá-la, esclarecer suas dúvidas e exercer o cuidado, participando deste processo para a promoção da saúde da mulher (FUJIMORI, 2010).

Na atenção à saúde é papel do fonoaudiólogo ser o facilitador para que o vínculo entre a mulher, no ciclo gravídico-puerperal, e seus familiares seja mantido em momento de crise. O profissional de saúde precisa manter o núcleo ao qual a mulher pertence. É preciso envolver a família e pessoas próximas no cuidado do recém-nascido para que as experiências do processo sejam benéficas à criança (FUJIMORI, 2010).

O desmame precoce é definido como a interrupção do aleitamento materno exclusivo, antes de o lactente haver completado 6 meses de vida, independentemente da decisão ter sido materna ou por outro motivo de tal interrupção (CABRAL; CAMPESTRINI; 2010).

No estado de São Paulo pesquisa constatou que mães adolescentes, mãe de mais idade, com profissões de nível técnico ou desempregadas e, as que não tinham um companheiro ofereceram leite materno aos seus filhos por menos tempo. A baixa escolaridade paterna e materna, o trabalho da mãe fora de casa e o uso de chupeta ou mamadeira foram os principais fatores relacionados à suspensão precoce do aleitamento materno (CAMINHA, 2010).

O uso de mamadeiras e chupetas interfere nas funções de mastigação, sucção e deglutição, sendo capaz de alterar a musculatura das estruturas fonoarticulatórias da criança. Quando introduzidas precocemente podem gerar “confusão dos bicos” devido diferenças encontradas na sucção da mama e do bico artificial. A chupeta tem forte associação com o desmame precoce, de forma que crianças que não a usam apresentam maior prevalência do aleitamento materno (VICTORA et al., 2011).

Fatores ligados ao binômio mãe filho, como a forte cultura da mamadeira, os mitos a respeito da amamentação (leite fraco, queda dos seios, dentre outros); a falta de informação

correta às mães nos serviços de saúde, as rotinas hospitalares incompatíveis com o início e a duração do aleitamento materno; a propaganda indiscriminada de substitutos do leite materno e a dificuldade em cumprir as leis que protegem as mães trabalhadoras que amamentam condicionam ao desmame precoce (TEODORO,2017). Acresce-se a isso o fato de que muitas mães não cumprem a licença maternidade com medo de perder o emprego, fator este que tem um peso significativo no desmame precoce. Essa situação poderia ser modificada se houvesse à disposição destas mães uma sala de apoio a amamentação no ambiente de trabalho (BRASIL, 2010).

Outro fator que favorece o desmame precoce é relacionado a condições de saúde frágeis, como más-formações crânio faciais, distúrbios respiratórios, déficits motores orofaciais, como a Disfagia, por exemplo, pacientes submetidos a traqueostomia, dentre outros problemas de saúde geral (BARROS, 2009).

A insuficiência de informações por parte das mães quanto aos benefícios do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida, a influência de amigos e familiares quanto a complementos para leite materno, introdução de chupetas e mamadeiras também são fatores determinantes para o desmame precoce (BARBOSA, 2013).

Algumas atitudes precisam ser construídas, desconstruídas e/ou reconstruídas a partir das interações de negociação por meio do processo interpretativo usado pelas mulheres ao se tratar das questões relacionadas a essa prática (JUNGES, 2010).

Com o intuito de auxiliar e minimizar o desmame precoce é possível utilizar-se para a retomada do aleitamento materno a técnica da relactação que é o termo utilizado para designar mulheres que já estiveram grávidas em algum momento da vida e querem voltar a produzir leite para alimentar um bebê, biológico ou não (WHO, 1998).

A técnica de relactação se define pelo uso de de uma sonda nasogástrica nº 4, utilizando uma ponta que precisa ser afixada, próximo do mamilo da mãe, e a outra ponta mergulhada num copo com leite (fórmula infantil). Ao bebê sugar permite que ele receba o alimento que está armazenado no copo, ao mesmo tempo que estimula a glândula hipofisária a produzir prolactina e ocitocina (MARIANO, 2011).

Segundo Mariano (2014), observa-se a influência positiva da família no sucesso da retomada do aleitamento materno, bem como o apoio da equipe interdisciplinar que orienta cuidados gerais e em relação ao estabelecimento do aleitamento materno, na primeira etapa do método. A utilização da relactação de forma correta é muito importante para uma transição efetiva por meio do estímulo da coordenação das funções sucção/deglutição/respiração (S/D/R).

Há situações especiais, cujo aleitamento é interrompido por doença e intervenções na criança que impedem a amamentação. A traqueostomia é uma dessas situações especiais. No entanto, mesmo nos casos em que o aleitamento materno foi interrompido frente à necessidade de uma traqueostomia, a qual acarreta impacto significativo nas funções, é possível a retomada do aleitamento materno (CABRE et al., 2011).

### **Traqueostomia na criança: conceito, procedimento cirúrgico, indicações, complicações, tipos de cânulas e cuidados**

O procedimento cirúrgico consiste na realização de uma abertura cirúrgica na porção cervical da traqueia para ventilação. A comunicação da traqueia com o meio externo permite uma redução de 10 a 50% no espaço morto anatômico, o que reduz a resistência e aumenta a complacência pulmonar, favorecendo pacientes com reserva pulmonar reduzida (BIROLINI, 1993).

Exceto em situações de emergência, a traqueostomia na criança deve ser realizada preferentemente em ambiente cirúrgico, sob anestesia geral e com o paciente entubado. A sala de cirurgia deve oferecer boa iluminação e a criança necessitar ser adequadamente posicionada. O Broncoscópio rígido deve estar disponível durante o procedimento, caso haja necessidade de manipulação e controle da via aérea entubada (WETMORE, 2003).

A criança é colocada em decúbito dorsal, com coxim sob os ombros para promover a hiperextensão do pescoço. Prefere-se a realização de incisão horizontal da pele, que permite melhor resultado estético. Na abertura da via aérea é preferível a realização de incisão vertical no terceiro e quarto anel traqueal. O colapso acima da traqueostomia e o estreitamento da traqueia são mais comumente observados com incisão traqueal horizontal, ou do tipo em "T" ou "H", bem como em caso de ressecção da parede traqueal (RUGGIERO, 2003).

Na criança, é muito importante a colocação dos pontos de reparo da parede traqueal no momento da realização da traqueostomia, pois os mesmos são fundamentais em caso de decanulação acidental no pós-operatório. Em caso de necessidade de recolocação da cânula de traqueostomia os pontos são tracionados, permitindo abertura e anteriorização do orifício traqueal, facilitando a canulação da traqueia (WETMORE; et al. 2008) (Figura 1).

Atualmente, as principais indicações para este procedimento são: intubação orotraqueal (IOT) prolongada, obstrução de via aérea superior por malformações craniofaciais (como, por exemplo, a Sequência de Robin, Síndrome de Treacher Collins, Síndrome de Beckwith

Widemann, Síndrome de Nager e Associação CHARGE), estenose laringotraqueal e hipoventilação associadas a doenças neurológicas, como na paralisia cerebral. Uma vez que a sobrevivência das crianças com tais afecções congênicas e neurológicas está em ascensão, um maior número de traqueostomia vem sendo realizado nesta população (BIROLINI, 1993).

A decisão na realização da traqueostomia na criança é complexa, depende de inúmeros fatores, incluindo a gravidade da obstrução da via aérea, a dificuldade e do tempo da intubação e da condição médica da criança. Todos estes fatores devem ser considerados e avaliados por um pediatra e pelo cirurgião e sua indicação deve estar baseada nas condições peculiares a cada criança (WETMORE, 2003).

Realizar traqueostomia nos pacientes pediátricos envolve maior grau de dificuldade e está associada a um grau maior de morbimortalidade quando comparados à população adulta (BUTINARU, 2006). Quanto menor a idade em que a criança é submetida à traqueostomia, maior o risco de complicações (BIROLINI, 1993).

O número de complicações é ainda maior no período neonatal, particularmente no prematuro, sendo a traqueostomia, nessa faixa etária, considerada um procedimento de risco. Isso, em parte, pode ser explicado pela utilização de tubos menores nessas pequenas crianças e também pelas doenças associadas, especialmente a displasia bronco-pulmonar (RUGGIERO, 2008).

A incidência de complicações agudas da traqueostomia está em torno de 5 a 49% e inclui sangramento, pneumotórax, pneumomediastino, enfisema subcutâneo, decanulação acidental, obstrução da cânula, laceração de traqueia, fístula traqueoesofágica, infecção da incisão cirúrgica e abscesso cervical. As complicações que surgem tardiamente são descritas em 24 a 100% das crianças e incluem tecido de granulação, sangramento, infecção, pneumotórax, estenose traqueal, traqueomalácia, fusão das cordas vocais e fístula traqueoesofágica (CARTER, 1983; WETMORE, 2003; CARR, 2001; GIANOLI, 1990).

As complicações da traqueostomia são reduzidas se ela for realizada em hospitais de referência e por cirurgiões capacitados no manejo de obstrução da via aérea de crianças (PEREIRA, 2004). É reduzida a incidência de complicações com as capacitações técnicas específicas aos profissionais de saúde que cuidam dessas crianças, bem como o ensino dos cuidados e manobras de ressuscitação também aos familiares e pessoas da comunidade que cuidam de tais crianças (CORBETT, 2007). Em crianças, a mortalidade relacionada à traqueostomia na literatura varia entre 0.5 e 3%, e tem como causas principais a decanulação acidental e obstrução da cânula (ITAMOTO, 2010).

Com a melhora da técnica cirúrgica no decorrer dos anos, o desenvolvimento de programas e protocolos de cuidados especiais a criança traqueostomizada e a melhora no acompanhamento pós-operatório, espera-se que a incidência de complicações relacionadas à traqueostomia tenha uma redução significativa. A integração de uma equipe multidisciplinar, incluindo enfermagem, fisioterapia e fonoaudiologia contribui para a melhora da qualidade de vida e o aumento da sobrevida das crianças traqueostomizadas (MESTRAL et al., 2011). A traqueostomia na população infantil tem se mostrado um procedimento relativamente seguro, cuja principal função é manter uma via aérea em boas condições para ventilação (BUTNARU, 2006).

A cânula de traqueostomia mais adequada precisa ter uma série de características (WETMORE, 2003). O tubo deve ser mole o suficiente para se moldar à traqueia e ao pescoço sem provocar nenhuma pressão, desconforto ou lesão da pele ou da mucosa traqueal. Porém, o tubo não deve ser tão flexível para não ocorrerem dobras ou colapso, com conseqüente comprometimento de seu lúmen (CORBETT, 2007).

O tubo deve ser de material que ocasione mínima reação tecidual, de preferência com os mesmos tamanhos e numeração dos tubos endotraqueais correspondentes. As cânulas ideais devem possuir conector externo para adaptação nos equipamentos de ventilação mecânica e apresentar tubo interno que possa ser removido e limpo. maioria dos autores prefere o uso de cânulas plásticas (WETMORE, 2003; FRAGA, 2008) (Fig. 2). As cânulas metálicas (Fig. 4) ou plásticas (Fig. 3) atualmente disponíveis não apresentam todas essas características (CORBETT, 2007).

Em relação à escolha de traqueostomia, é importante considerar o diâmetro e o comprimento da mesma. A cânula com diâmetro muito largo pode ocasionar lesão da mucosa ou mesmo isquemia da parede traqueal. Isso pode ocasionar ulceração e posteriormente estenose fibrótica da traqueia. Pela mesma razão, as cânulas de traqueostomia usadas na criança não têm balonete, devido ao risco de injúria isquêmica e estenose residual. Os diâmetros das cânulas geralmente podem ser estimados de acordo com o diâmetro do tubo traqueal correspondente para a criança (WETMORE, 2008).

O comprimento da cânula de traqueostomia é extremamente importante, especialmente nos recém-nascidos e lactentes pequenos. As cânulas demasiadamente curtas podem facilitar a decanulação acidental ou formação de falso trajeto; cânulas demasiadamente longas podem lesar a carina ou determinar entubação seletiva para um dos brônquios. Às vezes, opta-se pelo

uso de cânulas longas para tratamento de área de estenose traqueal baixa ou traqueobroncomalácia (WETMORE, 2008).

**Figura 1: Incisão para traqueostomia em região cervical anterior, com adaptação de cânula de pvc com cuff.**



Fonte: <http://anatomiaonline.blogspot.com.br/2015/08/traqueostomia.html>. Acesso 21 de abr 2017

**Figura 2: Cânula de traqueostomia PVC com Cuff**



Fonte: <http://cirurgicapassos.com.br/canula-de-traqueostomia-pvc-c-bal-o-9-0-esteril-portex.html>. Acesso 18 fev de 2017

**Figura 3: Cânula de traqueostomia PVC sem cuff**



Fonte: <http://catalogohospitalar.com.br/fixadores-para-canulas-de-traqueostomia.html>. Acesso 18 fev de 2017

**Figura 4: Cânula de traqueostomia metálica**



Fonte: <http://catalogohospitalar.com.br/fixadores-para-canulas-de-traqueostomia.html>. Acesso 18 fev de 2017

A transição de um paciente traqueostomizado do ambiente hospitalar para o seu domicílio é um momento delicado, sendo a capacitação da família para os cuidados com a traqueostomia considerada o mais importante neste processo. O paciente, neste caso a criança, precisa ser cuidado e acompanhado por uma pessoa qualificada, na fase de mudança de ambiente, após a alta hospitalar. Este acompanhamento deverá ser supervisionado pela equipe de saúde, até que a criança esteja completamente adaptada à traqueostomia e seus cuidados no domicílio sendo adequadamente realizados pela família. Assim sendo, a habilitação da família no cuidado da criança deve iniciar antes mesmo da realização do procedimento, sendo as orientações específicas para cada paciente, suas necessidades e de sua família (SANTANA et al., 2016).

Os cuidados detalhados com a traqueostomia precisam ser claros, se possível utilizar como apoio a comunicação audiovisual, auxiliando potencialmente o aprendizado e o manejo das cânulas, endocânulas, luvas, sondas de aspiração, do aspirador de secreções, da válvula de deglutição ou válvula, do oxímetro. Estes são indispensáveis à assistência e à segurança do paciente e da família, visto que há manipulação de secreções (SANTANA; et al., 2016).

Assim, os processos que permeiam o atendimento de pacientes que usam esses dispositivos, especialmente aqueles invasivos de vias aéreas, deve se concentrar em reduzir o risco de lesões de pele, mucosa, orofaringe, lesões laríngeas e traqueais (WHO, 2009).

Estas medidas garantem a manutenção das vias aéreas, importante para a cuidado destes pacientes, evitando possíveis danos temporários ou permanentes, hospitalizações mais longas e, como consequência, o sofrimento do paciente e de sua família. Ainda assim, a segurança do

paciente está relacionada com as ações que garantem a integridade destes pacientes, prevenindo eventos adversos, promovendo, assim, um atendimento ao paciente mais seguro (ANVISA, 2013).

No entanto, é importante salientar esta abordagem, considerando que estas lesões estão diretamente relacionadas com os cuidados prestados ao paciente e é claro que podem ser prevenidas a partir da inclusão de ações que garantam a segurança do paciente.

Após a abordagem profissional ao paciente e à família, frente à necessidade de uso de traqueostomia, a maneira pela qual a família reage é um fator determinante para a adesão do paciente à terapêutica necessária, uma vez que a família tem papel importante na promoção de apoio emocional a quem é submetido a cirurgias dessa natureza. Sendo o paciente uma criança, e sendo esta criança totalmente dependente dos cuidados da família, a adesão da família aos cuidados com a traqueostomia, bem como o suporte emocional a esta família por profissionais de saúde são condições fundamentais para que se estabeleça o cuidado integral dessa criança (MARCON,2010).

A traqueostomia proporciona impacto na vida do paciente, da sua família e das pessoas do seu convívio. Além das alterações da imagem, a inserção de uma cânula de traqueostomia leva os familiares a se depararem com os outros desafios relacionados ao cuidado com a ferida e como lidar com o dispositivo tecnológico. Há temores da dor, do sofrimento, que se somam ao medo da perda do controle, o medo de não saber cuidar, o preconceito de outros membros da família e da sociedade (SMELTZER et al., 2005).

A imagem modificada do paciente com traqueostomia quer seja adulto ou criança, interfere na maneira com que o familiar cuidador irá abordar e se relacionar com ele. O profissional de saúde, ao cuidar do paciente que apresenta alterações da imagem corporal, deve-se compreender que modo de se relacionar e de cuidar está relacionado com a cultura, meio ambiente, sexo, idade, valores e religião de cada família ou familiar (FREITAS,2010).

É compreensível que a família cuidadora expresse certa resistência, nos primeiros momentos, ao cuidar de uma pessoa que apresenta estoma e faz uso de uma cânula, mesmo que haja vínculo afetivo. A família demonstra uma ansiedade natural à responsabilidade referente ao papel que assume perante todo o grupo familiar. Neste sentido, o medo do despreparo para assistir esse paciente/criança, sem ter a equipe de saúde por perto pode gerar resistência da família em aceitar, sem reservas, a alta hospitalar do (a) paciente/criança (HANNICKEL et al., 2002).

Considerando que a família é a principal fonte de cuidado no paciente que realizou uma cirurgia de cabeça e pescoço, como educadores (as) em saúde, os profissionais de saúde precisam estar cientes das limitações do familiar cuidador e ser um estimulador e facilitador para o aprendizado das habilidades necessárias para o cuidado do paciente/criança traqueostomizado (a). Além disso, é imprescindível aprimorar as habilidades e ressaltar as potencialidades dos familiares para orientar sobre os cuidados necessários no domicílio, dividindo experiências e informações pertinentes a cada caso, de maneira clara e objetiva. Quando bem orientada, a família incentiva o paciente e auxilia na sua recuperação (FREITAS,2010).

Dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado da criança traqueostomizada e sua família, o enfermeiro tem papel primordial no processo relacional com a criança e seus familiares, os quais estão experienciando situações novas e desafiadoras. Esse profissional tem competência necessária para cuidar antes, durante e após a alta para o domicílio, posterior à realização de cirurgias de cabeça e pescoço (FREITAS, 2010).

Para que as informações possam ser transmitidas de maneira concisa, o enfermeiro pode utilizar-se de comunicação que envolve a linguagem verbal e não verbal (FONSECA; et al.; 2004). Ao enfermeiro cabe o papel de promover práticas educativas de modo que a família e o paciente sejam acolhidos, ouvidos, encorajados e acalmados para enfrentar os novos desafios que a situação apresenta. Além do enfermeiro, outros profissionais da área da saúde são coparticipes no processo de cuidar, orientar e reabilitar o (a) paciente/criança em uso de traqueostomia, tais como o fonoaudiólogo, a nutricionista, o psicólogo e o médico (SILVEIRA, 2016).

Os profissionais de saúde devem orientar a família da criança quanto aos cuidados com a traqueostomia em uma linguagem apropriada, conforme a necessidade de cada grupo familiar. Apresenta-se, a seguir, algumas considerações realizadas por O'Connor e White (2010), quais sejam:

- o clima pode alterar a fluidez da secreção, assim como o aquecimento dos ambientes no inverno e o aparelho de ar-condicionado no verão, que tornam o ar mais seco e, assim, faz-se necessária uma umidificação mais frequente;
- como a atividade da tosse é perdida na criança traqueostomizada, as secreções devem ser aspiradas artificialmente de uma maneira asséptica e minimamente traumática, a fim de reduzir a possibilidade de lesão interna da traqueia;

- a aspiração de secreções deve ser realizada no mínimo duas vezes ao dia ou em maior número de vezes se houver grande quantidade de secreções que não possam ser expelidas pela tosse. A sonda é introduzida com o vácuo desligado e a ponta da sonda progride até cerca de 0,5 cm abaixo da ponta distal da cânula. A seguir, o vácuo é ligado e a sonda é retirada suavemente com movimentos giratórios;
- a comunicação através da fala é perdida, e nas crianças ainda bebês não se pode ouvir som ou balbucio. Pode-se utilizar a válvula de fala (válvula de deglutição) nas crianças em que a cânula de traqueostomia não exceda dois terços do diâmetro traqueal e naquelas com quadro clínico estável, e que possuam alguma habilidade para vocalizar;
- com a traqueostomia o sistema respiratório fica mais suscetível a contaminação e a aspiração de corpos estranhos. Trocas frequentes das sondas de aspiração e a utilização de técnicas assépticas no manuseio da traqueostomia são importantes para reduzir a possibilidade de infecção. Deve-se ter cuidado com objetos estranhos no orifício da traqueostomia, já que a presença de um orifício aberto na traqueia torna a criança mais suscetível à aspiração de materiais estranhos para a via aérea;
- em geral, a criança pode ser alimentada logo após a realização da traqueostomia, desde que esteja bem acordada e recuperada da anestesia. Entretanto, algumas crianças podem perder alguns reflexos laríngeos e apresentar pequenas aspirações ocasionais;
- a frequência da troca da cânula de traqueostomia depende da idade da criança, da quantidade de secreções e do tipo de cânula que está sendo usada. Em geral, cânulas plásticas devem ser trocadas, em média, após 4-6 meses de uso ou antes, se apresentarem algum grau de obstrução. Nas crianças com traqueostomia que estejam em casa, é importante que os pais tenham duas cânulas disponíveis para troca de emergência: uma de mesmo calibre, e outra de calibre imediatamente inferior;
- a troca do cadarço de fixação da cânula de traqueostomia deve ser realizada diariamente ou sempre que o mesmo estiver molhado ou sujo. Durante a troca,

uma pessoa deve segurar a cânula no lugar enquanto outra pessoa remove a fixação antiga e coloca uma nova.

Para o cuidado no domicílio, os pais precisarão adquirir todo o equipamento necessário (aspirador portátil, luvas, sondas de aspiração estéreis, fonte de oxigênio, ambu e soro fisiológico) e deverão ser treinados para realizarem os cuidados com a traqueostomia, bem como a detecção de complicações e técnicas de emergência. O trabalho da equipe de enfermagem é fundamental para proporcionar as orientações e facilitar o contato dos familiares com o hospital e a equipe médica. É importante salientar que a criança não pode ser liberada antes que os pais tenham aprendido todos os cuidados e procedimentos de emergência com a criança traqueostomizada, tampouco antes de o equipamento estar instalado e funcionando no domicílio do paciente.

### **Traqueostomia e implicações na deglutição, respiração e fala**

A seguir relatam-se as implicações da traqueostomia na comunicação oral (produção vocal e a articulação da fala) e na deglutição.

Nas últimas duas décadas, pesquisadores e clínicos têm se preocupado e dado atenção especial com o impacto da traqueostomia em diferentes funções (respiração, comunicação e deglutição) e descrevem suas experiências de observação no decorrer dos anos. Na literatura há controvérsias, permitindo uma reflexão sobre o real impacto dos diferentes tipos de cânulas na função de comunicação e deglutição (CABRE et al., 2011).

Diversos fatores precisam ser considerados em relação a essa temática. Quando se relata os possíveis efeitos da cânula de traqueostomia na fisiologia da fala e da deglutição, não se pode desconsiderar e descartar outras variáveis que poderão potencializar ou não as dificuldades da comunicação e a severidade da disfagia (distúrbio de deglutição) e os efeitos da traqueostomia nas diferentes funções são potencializadores para um prognóstico (PARK et al., 2013).

Muito se fala a respeito do *cuff*, e alguns estigmas se estabeleceram sem uma análise crítica de conceitos deturpados da sua indicação e esses conceitos são reproduzidos no âmbito clínico. De acordo com a literatura o *cuff* é indicado para o melhor vedamento das vias aéreas inferiores durante a ventilação mecânica e previne aspiração de secreções, alimentos e conteúdo gástrico (ABREU, et al., 2012).

Aspiração é a entrada do material abaixo do nível das pregas vocais, logo se o *cuff* se localiza na traqueia, o conceito de indicação de prevenção da aspiração tem que ser substituído pelo conceito de redução da quantidade de aspiração. Dessa forma, entende-se que o *cuff* não protege totalmente as vias aéreas inferiores durante a ingestão de alimentos. Sucessivamente, as estases de secreções altas, saliva e de alimento que permanecem supra *cuff* tendem a gotejar pelas laterais da traqueia e permitem, desta forma, a manutenção da broncoaspiração do material retido peri-*cuff*. Outro fator importante a ressaltar é o impacto do *cuff* na fase faríngea da deglutição. Os estudos ainda descrevem resultados controversos, apontando desde a associação do *cuff* insuflado ao aumento da incidência aspiração silente, como a não interferência do status do *cuff*. Neste sentido, é necessário analisar cada caso em particular, com avaliação clínica e exames complementares para se definir a especificidade de cada caso e definir as estratégias de reabilitação (ABREU, et al., 2012).

O controle motor da fonoarticulação se constitui de seis subsistemas (sistema nervoso central e periférico, sistema respiratório, laringe, trato vocal, articuladores e feedback auditivo) que estão direta ou indiretamente relacionados com vários outros subsistemas do corpo humano (BARROS, 2009).

A traqueostomia altera a anatomia e a fisiologia da respiração, a qual é indispensável para produção vocal. O impacto da traqueostomia na comunicação oral pode ser dividido em dois grupos: mecânico e fisiológico (BARROS, 2009).

Quanto aos fatores mecânicos, alguns pacientes traqueostomizados apresentam história de intubação prévia. A intubação pode ter como consequências sequelas temporárias, permanentes, unilaterais ou bilaterais no aparelho fonador (laringe) e na produção vocal (BARROS, et al., 2009).

No que concerne às sequelas da intubação, cita-se a dessensibilização laríngea, fixação da cartilagem crico-aritenoideia, alteração do movimento e ou da força da musculatura laríngea e edema nas pregas vocais. Essas alterações podem gerar consequências de maior ou menor impacto na fisiologia vocal. As sequelas decorrentes da intubação traumática e/ou prolongada podem estar ou não estar presentes, mesmo após a extubação, favorecendo assim modificações da fisiologia vocal decorrente da presença da cânula de traqueostomia. O movimento vertical da laringe durante a fonação é um dos fatores que interfere na modulação do *pitch* e a presença da cânula de traqueostomia reduz a excursão da laringe no pescoço. (PARK et al., 2013).

A restrição da elevação laríngea é decorrente de diversos fatores, como a técnica cirúrgica (incisão horizontal ou vertical), tamanho e peso da cânula e status do *cuff* (insuflado

ou não). Referente aos fatores fisiológicos, a cânula de traqueostomia modifica o trajeto do fluxo aéreo expiratório para o estoma no pescoço (PARK et al., 2013). Essa modificação ocasiona uma redução do fluxo e redução da pressão infraglótica, o que provoca alteração da mobilidade e força da musculatura intrínseca da laringe (pregas vocais), que justifica o quadro de afonia ou disfonia, de diferentes graus de severidade e características (SUTT, et al., 2015).

Na presença do *cuff*, o fluxo aéreo é impedido de chegar à região infraglótica e consequentemente a produção vocal é impraticável. Nesses casos, onde o desmame da cânula com o *cuff* insuflado não é indicado, cabe a indicação das válvulas de fala ou também denominadas válvulas de deglutição. A indicação da válvula de fala ou válvula de deglutição é extremamente importante em relação aos diversos benefícios que pode proporcionar. A válvula de fala não permite apenas a comunicação oral, este dispositivo pode facilitar no desmame da ventilação mecânica, melhorar a qualidade da deglutição e permitir que gerencie a secreção (BARROS, 2009).

A deglutição tem papel primordial na sobrevivência das pessoas. Sua função é transportar o alimento da cavidade oral para o estômago, via faringe e esôfago, com o objetivo principal o aporte nutricional e a hidratação de cada indivíduo (FURKIM, 2014). Uma deglutição adequada advém da integridade anatomo-funcional de algumas estruturas (músculos faciais, orais, faríngeos, laríngeos, esôfago e estômago) que são controladas pelo sistema nervoso central e periférico. A integração do sistema sensório-motor ocorre através da conexão das vias ascendentes e descendentes e o fator mecânico que gera a pressão necessária proporciona e mantém a alimentação e a sobrevivência do indivíduo (BOLZAN, 2013).

A deglutição é um processo que acontece em 5 fases diferentes (antecipatória, preparatória, oral, faríngea e esofágica), todas interdependentes (FURKIM, 2014). A fase antecipatória assume o papel do desejo em alimentar-se. A fome, o aspecto visual do alimento, o cheiro, a textura, a temperatura e o ambiente podem facilitar a próxima fase, que é a fase preparatória (MANGILLI; MORAES; MEDEIROS et al., 2012).

A fase preparatória é o momento do preparo do bolo alimentar desde a captação à trituração e a formação de um bolo alimentar homogêneo. Esta fase pode levar tempos diferentes, conforme as características do bolo, como a quantidade, a viscosidade e a temperatura do alimento. Após o bolo estar homogêneo inicia-se a fase oral. A fase oral transporta o bolo da cavidade oral para a faringe. A fase faríngea é, dentre as anteriores, a mais complexa, e sua qualidade é fator dependente diretamente da qualidade das fases anteriores. A fase faríngea inicia-se no momento em que o bolo, associado ao movimento ântero-posterior da

língua, estimula a aferência da região da orofaringe onde iniciam os movimentos sequenciais para a proteção das vias aéreas do alimento, para o bolo ser direcionado diretamente para o esôfago (FURKIM, RODRIGUES 2014).

Na fisiologia da deglutição, quando o bolo atinge a região da orofaringe, o véu palatino eleva, a laringe fecha-se em três níveis (pregas vocais, falsas pregas vocais, aritenóides e epiglote), eleva-se e anterioriza para a transição faríngeo-esofágica relaxar e o bolo progredir da faringe para o esôfago. A fase esofágica dá-se após a passagem do bolo pela transição faríngeo-esofágica, quando iniciam ondas peristálticas que movimentam o bolo até o estômago (PARK, et al., 2013).

A disfagia pode ser definida por alterações na eficiência do transporte do bolo, no aumento do tempo do trânsito e na presença de estases, ou pode ser caracterizada por alterações da segurança do transporte do bolo alimentar, que pode desencadear a entrada do alimento nas vias aéreas e provocar doenças respiratórias. Por diversas razões, o bolo alimentar pode sair do trajeto adequado e penetrar nas vias aéreas (PADOVANI; ANDRADE, 2012). Penetração acontece com a entrada do bolo dentro da laringe, sem ultrapassar o nível das pregas vocais (SERRA-PRAT et al., 2011). Aspiração acontece quando o bolo ultrapassa o nível das pregas vocais. A penetração e/ou aspiração do bolo alimentar pode ocorrer em virtude de disfunções sensoriais, motoras pressóricas e/ou por incoordenação das estruturas e suas funções sequenciais (VALIM, et al., 2009).

A relação entre a respiração e a deglutição é clara. Estudos demonstram o período de apnéia que ocorre para a passagem direta do bolo pela faringe e relatam a função do fluxo expiratório ao final da fase faríngea da deglutição para higienizar os possíveis resíduos pós-deglutição (PARK, et al., 2013).

Considerando os dados descritos nos parágrafos anteriores, é possível afirmar que a presença da traqueostomia pode gerar modificações na integração das funções respiratórias e de deglutição, podendo provocar e justificar o desencadeamento da disfagia. O impacto da necessidade de uma traqueostomia na fisiologia da deglutição pode ser mecânico e/ou funcional (MARCHESAN, 1999).

Quanto às alterações mecânicas salienta-se o impacto na deglutição. Pacientes traqueostomizados, em sua grande maioria, estiveram anteriormente intubados. A história prévia de intubação levanta a hipótese diagnóstica de disfagia, devido ao tempo de intubação e suas respectivas sequelas (ABREU, et al., 2012).

A intubação prolongada pode danificar a mucosa e a musculatura laríngea e faríngea pode gerar disfunções sensoriais e motoras que justificam desde a perda prematura do bolo alimentar, como alteração da elevação laríngea, do movimento das pregas vocais para o adequado fechamento e proteção das vias aéreas, penetração e/ou aspiração antes, durante e/ou após a deglutição e estases alimentares. Outro fator mecânico que precisa ser considerado é a restrição da elevação da laringe. Um dos fatores responsáveis para o impacto na redução de elevação laríngea é a técnica cirúrgica utilizada (incisões verticais), o tamanho e o peso da cânula e *cuff* insuflado em excesso (ABREU, et al., 2012).

Tais fatores descritos podem dificultar a elevação laríngea, conseqüentemente facilitando a penetração de alimento em vias aéreas, antes, durante e após a deglutição. A presença de *cuff* insuflado e a quantidade de pressão que foi gerada após a insuflação (*cuff* hiper insuflado) pode comprimir a parede anterior do esôfago e comprometer o trânsito esofágico, favorecendo o aumento do tempo do trânsito e o refluxo alimentar (ABREU, 2012).

Quanto às alterações funcionais, o desvio do fluxo aéreo para o estoma no pescoço reduz a pressão e a quantidade do fluxo, assim as pregas vocais captam com força reduzida e isto pode viabilizar a aspiração do bolo (BOLZAN, 2013).

Na presença da traqueostomia há redução da pressão e quantidade do fluxo aéreo, sendo possível ocorrer a ausência da tosse protetora e conseqüente efeito de limpeza de vias aéreas reduzido. A deglutição na presença da traqueostomia e a consecutiva redução da pressão subglótica são comprometidas (FURKIM; RODRIGUES 2014).

Um importante fator a ser considerado é o desvio do fluxo para o estoma. As alterações do olfato e do paladar podem acontecer, dificultando ainda a primeira fase da deglutição (antecipatória) em virtude da ausência do estímulo e consecutiva redução do apetite. A alteração da temperatura do fluxo nas vias aéreas inferiores promove a dessensibilização da mucosa que pode acarretar a aspiração silente (SERRA-PRAT et al., 2011).

### **Avaliação e reabilitação fonoaudiológica da deglutição na presença da traqueostomia**

A avaliação clínica da função clássica da deglutição do paciente traqueostomizado abrange aspectos complexos do quadro de saúde do paciente.

Considera-se que o ponto mais difícil da avaliação é o de identificar e discernir as sequelas da doença de base, da traqueostomia propriamente dita. É necessária uma avaliação

minuciosa das funções orofaciais, da presença, quantidade e tolerância das secreções orotraqueais, bem como dos riscos e benefícios da avaliação da deglutição.

As estruturas fonoarticulatórias, língua, laringe, pulmões, mandíbula, lábios, bochechas, pregas, músculos participantes da respiração durante a fonoarticulação, intrínsecos e extrínsecos da laringe, intrínsecos e extrínsecos de língua, palato mole, faringe, faciais, levantadores de mandíbula, véu palatino e palatal (CHÁVEZ; CHOCANO, 2010) assumem papel importantíssimo nesse contexto. Sendo assim, a avaliação fonoaudiológica na presença de traqueostomia precisa-se considerar:

- presença de reflexos patológicos e ausência de reflexos fisiológicos;
- simetria, sensibilidade, mobilidade e força das estruturas fonoarticulatórias e respectivo desempenho na fonoarticulação;
- o estado de saúde geral e bucal;
- controle oral da saliva;
- higiene oral: higiene oral precária é um preditivo de infecção respiratória em pacientes disfágicos.

É imprescindível, em pacientes com *cuff*, insuflado primeiramente debater com a equipe multiprofissional sobre os riscos e benefícios de desinsuflar o mesmo para a avaliação da integração das funções respiratória *versus* deglutitória.

Para pacientes em ventilação mecânica, deve ser discutida a possibilidade de adaptação da válvula de deglutição ou válvula de fala para facilitar a deglutição. E, para os pacientes que toleram permanecer com o *cuff* desinsuflado, o próximo passo é considerar a oclusão digital, para que seja avaliada a deglutição mais próxima à fisiologia. Mediante a oclusão da traqueostomia, o paciente terá que ser orientado quanto às fases da respiração (inspiração e expiração) e a coordenação para a fonação e a deglutição, promovendo assim que este processo seja neste momento de restabelecimento consciente.

Durante a oferta do alimento algumas considerações precisam ser levadas em consideração:

- melhor consistência, quantidade, temperatura – dentro do quadro clínico de cada paciente;
- observar a frequência e a efetividade das deglutições espontâneas;
- corar o alimento com anilina (azul) para facilitar a identificação de pequenas quantidades de alimento penetrado e ou aspirado nas vias aéreas inferiores,

embora se saiba que a presença de material corado na aspiração é sinal positivo de aspiração do alimento oferecido, e a ausência pode ser um resultado falso negativo.

- ofertar pequenas quantidades e observar o padrão respiratório e o comportamento do paciente durante e após a oferta. O fonoaudiólogo terá que observar e avaliar cada fase da deglutição isoladamente e a deglutição em sua totalidade. Caso seja observada alguma dificuldade é necessário que seja identificado o que gerou os sinais clínicos e/ou os sintomas do paciente. Os sinais clássicos de aspiração não são suficientes para a proposta de provas terapêuticas. O momento, a quantidade e a sistematicidade da aspiração são fatores importantes para o diagnóstico e a conduta fonoaudiológica (FURKIM; RODRIGUES, 2014).

Na maioria dos casos, são necessárias avaliações complementares à avaliação clínica, utilizando recursos adicionais como nasofibrolaringoscopia funcional/ou a videofluoroscopia da deglutição para a correta compreensão das alterações e uma proposta terapêutica adequada (SERRA-PRAT et al., 2011).

Após a avaliação clínica e instrumental o fonoaudiólogo define as condutas terapêuticas. Um dos recursos utilizado na reabilitação do paciente traqueostomizado é o dispositivo nomeado válvula de deglutição o qual é descrito por Costa et al. (2016), que refere que o uso deste dispositivo melhora a oxigenação, a pressão subglótica é restaurada uma vez que sistema "fechado", sem escape, restaura a fisiologia do sistema respiratório que promove como resultado ocorre a restauração do *PEEP* (Positive End Expiratory Pressure – Pressão Expiratória Positiva Final. Atua também na produção de voz mais clara e de melhor qualidade, pois todo o ar a ser exalado é redirecionado para passar pelas pregas vocais, proporciona melhora da deglutição, reduzindo o risco de aspiração, como também pode ser usada como ferramenta para facilitar o desmame dos pacientes da ventilação mecânica (Fig 6), permitindo ao paciente se ajustar a um padrão respiratório mais fisiológico. Isso permite ao terapeuta avaliar a patência de via aérea, o que pode reduzir o tempo do processo de decanulação. O manejo da secreção é outro benefício do uso da válvula que conseqüentemente reestabelece o olfato e paladar, promove uma tosse mais forte e eficaz, com expectoração da secreção por via oral e evaporação da secreção/saliva devido ao redirecionamento da exalação do ar através da via aérea superior, assim pode reduzir a necessidade de aspiração, diminuindo a contaminação do paciente, além de oferecer proteção contra a entrada de partículas na traqueia.

Além do exposto, a válvula de deglutição pode ser usada em pacientes adultos, pediátricos e neonatais. (Fig 5 a Fig 7)

**Figura 5: Válvula de deglutição *Passy Muir*® para uso sem ventilação mecânica**



Fonte: <http://www.audiometracentr.com.br/produtos/passy-muir/valvula-de-fala-passy-muir/>. Acesso em 18 fev 2017

**Figura 6: Válvula de deglutição *Passy Muir*® para uso com ventilação mecânica**



Fonte: <http://www.audiometracentr.com.br/produtos/passy-muir/valvula-de-fala-passy-muir/>. Acesso em 18 fev 2017

**Figura 7: Válvula de deglutição *Passy Muir*® adaptada à cânula de traqueostomia**



Fonte: <http://www.audiometracentr.com.br/produtos/passy-muir/valvula-de-fala-passy-muir/>. Acesso em 18 fev 2017

Há vantagens na utilização da válvula de deglutição de sistema fechado *Passy Muir*® na terapia fonoaudiológica do paciente traqueostomizado, incluindo a melhora na função da deglutição e mobilidade das pregas vocais. É comum o seguimento de regras específicas de indicação de traqueostomia, mas não há regras determinantes para o processo de retirada. Os principais critérios para reabilitação do paciente compreendem na melhora da habilidade de deglutir, produzir tosse eficaz com capacidade de eliminar secreção pela boca, vias aéreas superiores íntegras, fala com válvula de fonação ou oclusão da traqueostomia e sem necessidade de suporte de oxigênio (SANTUS et al., 2014)

A diminuição do nível de consciência tem sido descrita como um fator relacionado com a disfagia orofaríngea, associada com aspiração e pneumonia (ZANATA; SANTOS; HIRATA, 2014). Nesse sentido, pela complexidade e peculiaridades envolvidas no processo de reabilitação do paciente traqueostomizado, estes estudos têm demonstrado a importância da atuação conjunta de fisioterapeutas e fonoaudiólogos no processo terapêutico.

Mestral et al. (2014) colocam como responsabilidade do fisioterapeuta verificar a cânula de traqueostomia, o sistema de oxigênio e o tubo de traqueostomia, bem como discutir questões diárias de cuidados da traqueostomia com a equipe de enfermagem, paciente e familiares. Ao fonoaudiólogo cabe avaliar a capacidade do paciente de tolerar a *válvula de fala ou válvula de deglutição* (isto é, avaliar o nível de consciência, proteção das vias aéreas, fonação e manejo de secreções) e realizar recomendações a respeito do uso da válvula de fala e/ou estratégias de comunicação.

Ainda, Zanata et al. (2013) consideram importante a avaliação fonoaudiológica de seis critérios: nível de consciência, respiração (tubo plástico ou metálico, *cuff* insuflado ou não, e, quando *cuff* insuflado, se ao desinsuflar o paciente mantém padrão respiratório), secreção traqueal (quantidade, aspecto e cor), fonação (responsivo ou não, e observar presença de voz molhada), tosse (observar a presença de tosse voluntária, reflexa, e se é efetiva ou não) e deglutição (avaliar nível de comprometimento).

Na avaliação clínica da deglutição em pacientes traqueostomizados, utiliza-se o *Blue Dye Test*, que consiste num procedimento que colore a saliva/alimento com corante azul, a fim de identificar a aspiração de saliva/ alimento em indivíduos traqueostomizados. Em estudo realizado, aplicando um questionário a fonoaudiólogos que atendem pacientes traqueostomizados, verificou-se que todos os entrevistados utilizam o *Blue Dye Test* como recurso na avaliação clínica da deglutição para detectar aspiração (ZANATA et al., 2013).

O principal aspecto no tratamento em pacientes traqueostomizados é o processo de deglutição e estímulo de tosse. No entanto, protocolos padronizados de avaliação da deglutição ainda são escassos na literatura. ZANATA, et al. (2013) sugerem utilização de um protocolo criado no ano 2000, pelo centro de reabilitação REHAB Basel, na Suíça, que descreve como funções do fonoaudiólogo desinsuflar o *cuff* durante a expiração. Se o paciente tolerar o *cuff* desinsuflado, o profissional deve realizar oclusão digital do tubo ou por meio da válvula de fala ou válvula de deglutição, estendendo os intervalos com o *cuff* desinsuflado diariamente, até o paciente tolerar no mínimo 20 minutos, associado à estimulação de deglutição, voz, tosse e manejo de secreções.

A válvula de fala ou válvula de deglutição de sistema fechado *Passy Muir*® é um recurso importante que pode ser usado para contribuir com a melhora das funções orais. Em pacientes que respiram espontaneamente e toleram a oclusão da traqueostomia pode-se colocar sobre a cânula com o *cuff* desinsuflado. O uso da válvula de fala permite um fluxo de ar para dentro da cânula durante a inspiração, porém, durante a expiração, o ar é direcionado para as pregas vocais e vias aéreas superiores produzindo voz. Com o uso da válvula de fala unidirecional do tipo *Passy-Muir*, a adequação da fonação e deglutição em pacientes traqueostomizados ocorre pelo restabelecimento da passagem de ar pela glote, aumento da pressão subglótica e estimulação de terminações nervosas periféricas e centrais (SUTT, et al., 2015).

Para que a válvula de fala ou válvula de deglutição tenha melhor eficácia e evitar esforço muscular, é aconselhável substituir a cânula da traqueostomia por outra com 1-2 números menores, reduzindo a resistência expiratória (embora a inspiratória torna-se aumentada) e melhorando também o manejo de secreções, que devem ser expectoradas pelas vias aéreas naturais (SUTT, et al., 2015).

Com o intuito de contribuir com a eficiência do processo de reabilitação do paciente traqueostomizado em uso de *válvula de fala* ou *válvula de deglutição*, O'Connor e White (2010), comentam que a inspeção endoscópica das vias aéreas, embora não seja essencial para a avaliação, pode ser útil. O procedimento é realizado por nasoendoscopia com fibra óptica no espaço subglótico. Este procedimento é seguro e exige apenas anestesia tópica. Em um número substancial de pacientes, por meio de avaliação endoscópica, são identificadas patologias que requerem atenção otorrinolaringológica ou de cirurgia torácica antes do processo de reabilitação e posterior a canulação.

Recentemente, Santus et al. (2014) publicaram uma revisão sistemática que objetivou identificar parâmetros quantitativos e semiquantitativos para decanulação e elaborar um escore

clínico, envolvendo avaliações fonoaudiológicas e fisioterapêuticas. Dentre os parâmetros quantitativos, os autores incluíram medidas de tosse (força muscular expiratória  $\geq 40$  cmH<sub>2</sub>O; pico de fluxo de tosse  $> 160$  L/min) e a oclusão da cânula  $\geq 24$ h, sendo que cada uma recebe uma pontuação de 0, no caso de comprometimento, ou 20 se estiver adequada. Para os parâmetros semiquantitativos foram: nível de consciência (sonolento/alerta), secreção. (espessa/ fina), deglutição (comprometida/normal), capnia (paCO<sub>2</sub>  $< 60$  mmHg), desobstrução das vias aéreas (estenose traqueal  $< 50\%$  vista por broncoscopia), idade  $< 70$  anos, indicação da traqueostomia (outras/pneumonia ou obstrução de vias aéreas) e comorbidades ( $\geq 1$  ou nenhuma). Com o comprometimento de mais de três dos semiquantitativos, o prognóstico desfavorável é maior.

A interação entre o fonoaudiólogo e o fisioterapeuta permite diminuir o tempo de uso da cânula de traqueostomia, acelerando o desmame, tornando-o mais seguro para o paciente, com menor risco de complicações. A equipe multiprofissional envolvida no tratamento do paciente precisa estar atenta aos sinais de alerta para complicações, que incluem a presença de resíduos de saliva ou alimento na traqueia, mudança na coloração ou aspecto da secreção, febre, piora da oxigenação, rebaixamento do nível de consciência e alteração brusca da imagem radiológica de tórax (ZANATA et al., 2014).

O'Connor e White (2010) atentam para a necessidade de monitorização da oximetria do paciente, principalmente 24 horas após a adaptação da válvula de deglutição, para observar os parâmetros e definir os próximos passos na terapêutica. Em estudo que sujeitos foram submetidos à reabilitação fonoaudiológica e obtiveram sucesso, apresentaram força muscular periférica significativamente maior quando comparados aos do grupo de insucesso. Neste estudo, a avaliação da força foi realizada por meio da escala *Medical Research Council* (MRC). A avaliação em indivíduos respiradores orais, Furkim e Rodrigues (2014) relacionam a etiologia da respiração oral com a obstrução nasal e com a hipotonia da musculatura orofacial, fatores estes que podem causar obstrução das vias aéreas superiores, favorecendo a apneia e/ou hipopnéia obstrutiva durante o sono.

Ainda, segundo Furkim e Rodrigues (2014), o tratamento fonoaudiológico através da terapia miofuncional em pacientes traqueostomizados, assim como em respiradores orais, consiste, inicialmente, na conscientização do problema, na melhora da musculatura do sistema estomatognático, com ênfase na musculatura posterior da língua e do esfíncter velofaríngeo.

A terapia fonoaudiológica melhora a qualidade de vida destes pacientes. A readequação das funções orofaciais promove a melhora no quadro deficitário: hipotonia de musculatura

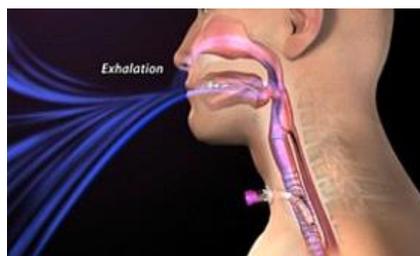
orofacial e mobilidade reduzida de estruturas fonoarticulatórias, tensão cervical, incoordenação pneumofonoarticulatória. Vale ressaltar que a terapia miofuncional oral representa parte indispensável no tratamento de pacientes traqueostomizados (PADOVANI et al., 2007). Furkim et al. (2014) destaca resultados satisfatórios com o tratamento fonoaudiológico nestes pacientes nos seus níveis de gravidade em um curto espaço de tempo.

Diante do exposto acima, pode-se constatar que a atuação fonoaudiológica já comprovada cientificamente no que diz respeito às alterações respiratórias vem contribuindo de forma satisfatória para o desenvolvimento de estudos nestes indivíduos, proporcionando a melhoria das condições de estruturas fonoarticulatórias, a diminuição do tempo de uso de traqueostomia e, conseqüentemente, melhoria na qualidade de vida (FURKIM et al., 2014)

A adaptação e o uso de válvula de deglutição de sistema fechado *Passy Muir*® em pacientes traqueostomizados e a reabilitação fonoaudiológica abrange uma gama de fatores complexos, desde a inicial necessidade da realização de uma traqueostomia até a reabilitação e alta do paciente. É importante sempre considerar que a atuação da equipe multidisciplinar é imprescindível para um prognóstico favorável (SUTT, 2015).

O trabalho fonoaudiológico no processo de uso de válvula de deglutição ou válvula de fala faz a ponte entre um processo mais longo de descompensações orais e a redução deste tempo e a readequação destas funções. O acompanhamento fonoterápico visa minimizar os déficits nas estruturas fonoarticulatórias e funções orais, tornando eficaz e segura a comunicação, alimentação e respiração, bem como auxiliando na proteção destes pacientes, evitando futuras internações (FURKIM et al., 2014) (Fig 8) (Fig 9) (Fig 10).

**Figura 8: As válvulas Passy Muir® possuem o design de sistema "fechado", sem escape, o qual restaura a fisiologia normal do sistema respiratório fechado.**



Fonte: <http://www.audiometracentr.com.br/produtos/passy-muir/valvula-de-fala-passy-muir/>. Acesso em 18 fev 2017

**Figura 9: O design de sistema "fechado", sem escape, mantém uma coluna de ar dentro da cânula de traqueostomia e redireciona o fluxo de ar e a secreção para a via aérea superior.**



Fonte: <http://www.audiometracentr.com.br/produtos/passy-muir/valvula-de-fala-passy-muir/>. Acesso em 18 fev 2017

**Figura 10: Válvula de sistema aberto: Todas as demais válvulas de fala existentes possuem o design na posição "aberta", o que causa um escape/vazamento de ar pela válvula durante a exalação.**



Fonte: <http://www.audiometracentr.com.br/produtos/passy-muir/valvula-de-fala-passy-muir/>. Acesso em 18 fev 2017

## **OBJETIVO GERAL**

Compreender a experiência de mães de crianças traqueostomizadas, entre 0 e 24 meses de idade, que retomaram o aleitamento materno com o uso de válvula de deglutição Passy-Muir®.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **Tipo de estudo**

Estudo de natureza qualitativa, descritiva e exploratória.

Segundo Minayo (2010) as abordagens qualitativas permitem investigar grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e documentos. Para ela, essa abordagem permite desvelar processos sociais pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. A pesquisa qualitativa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1996).

Entende-se por pesquisa qualitativa aquela que não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria (GOLDENBERG, 2004).

Considerando que as investigações no âmbito da saúde envolvem inúmeros fatores, sobretudo questões relacionadas ao comportamento e interações sociais, destaca-se a importante contribuição da metodologia qualitativa para o entendimento de tais complexidades (MINAYO, 2008).

### **Local do estudo**

O estudo ocorreu no Ambulatório de Fonoaudiologia do Centro de Especialidade Médicas (CEM), da Secretaria Municipal de Saúde da cidade Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

A escolha do local se deve ao fato de o Ambulatório de Fonoaudiologia, serviço este pertencente à rede de assistência especializada da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Foz do Iguaçu, ser referência no atendimento de crianças traqueostomizadas. Essas crianças são encaminhadas para o mesmo após a alta hospitalar e os encaminhamentos são provenientes das unidades hospitalares, unidades básicas de saúde ou do Centro de Nutrição Infantil (CENNI). O agendamento prévio é realizado via telefone ou pessoalmente no referido serviço.

O Ambulatório presta atendimento de segunda à sexta-feira e o atendimento concentra as consultas, no período da manhã. Convém salientar que o serviço atende, também, crianças provenientes dos países que compõem a tríplice fronteira.

### **Participantes do estudo**

Para o estudo foram convidadas 13 mães de crianças traqueostomizadas, acompanhadas no Ambulatório de Fonoaudiologia do Centro de Especialidades Médicas e que retomaram o aleitamento materno com o uso da válvula de deglutição Passy Muir®. Dessas, foram excluídas uma das mães cujo filho foi a óbito e outra que se mudou de cidade, assim permaneceram 11 mães no estudo.

Participaram do estudo mães que tiveram filhos traqueostomizados, entre zero e 24 meses de idade, eram acompanhadas no Ambulatório de Fonoaudiologia do Centro de Especialidades Médicas e estavam em processo ou já tinham retornado ao aleitamento materno por meio do uso da válvula de deglutição Passy Muir®.

No quadro abaixo há uma descrição das características das mães e dos filhos traqueostomizados que compuseram a amostra do estudo.

**Quadro 1. Características das participantes do estudo e de seus filhos traqueostomizados**

| Mães |       |               |                         |                           |                | Filhos    |                     |           |               |                     |
|------|-------|---------------|-------------------------|---------------------------|----------------|-----------|---------------------|-----------|---------------|---------------------|
|      | Idade | Estado civil  | Escolaridade            | Procedência               | Renda          | Sexo      | Idade traqueostomia | Id relact | Peso relact   | Causa traqueostomia |
| 1    | 44    | Casada        | Superior completo       | Foz do Iguaçu             | 3 a 5 salários | Masculino | 21 meses            | 23 meses  | > 3000 gramas | IRG*                |
| 2    | 31    | União Estável | Superior incompleto     | Foz do Iguaçu             | > 5 salários   | Masculino | 13 meses            | 15 meses  | > 3000 gramas | IRG                 |
| 3    | 35    | Casada        | Fundamental incompleto  | Foz do Iguaçu             | 1 a 3 salários | Feminino  | 4 meses             | 6 meses   | > 3000 gramas | IRG                 |
| 4    | 43    | União Estável | Fundamental completo    | Santa Teresinha de Itaipu | 1 a 3 salários | Masculino | 7 meses             | 9 meses   | > 3000 gramas | PCR**               |
| 5    | 32    | Casada        | Superior completo       | São Miguel do Iguaçu      | 3 a 5 salários | Masculino | 4 meses             | 6 meses   | > 3000 gramas | IRG                 |
| 6    | 45    | Divorciada    | Fundamental incompleto  | Foz do Iguaçu             | 1 a 3 salários | Feminino  | 4 meses             | 6 meses   | > 3000 gramas | IRG                 |
| 7    | 40    | Viúva         | Fundamental incompleto  | Foz do Iguaçu             | 3 a 5 salários | Feminino  | 8 meses             | 10 meses  | > 3000 gramas | PCR                 |
| 8    | 40    | Casada        | Ensino médio incompleto | Foz do Iguaçu             | > 5 salários   | Feminino  | 19 meses            | 20 meses  | > 3000 gramas | IRG                 |
| 9    | 44    | Casada        | Superior completo       | Foz do Iguaçu             | > 5 salários   | Feminino  | 9 meses             | 11 meses  | > 3000 gramas | PCR                 |
| 10   | 39    | Casada        | Ensino médio completo   | Medianeira                | > 5 salários   | Masculino | 7 meses             | 10 meses  | > 3000 gramas | IRG                 |
| 11   | 39    | Casada        | Ensino médio completo   | Matelândia                | 3 a 5 salários | Feminino  | 8 meses             | 9 meses   | > 3000 gramas | PCR                 |

\* Insuficiência Respiratória Grave

\*\* Parada Cardio Respiratória

### **Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, de acordo com a CNS 510/16 conforme CAAE nº 6.800.9817.0. (ANEXO I)

Os riscos a que as mães participantes da pesquisa estiveram expostas foram mínimos e relacionaram-se a lembrar experiências de sofrimento com a doença e cuidado com o filho traqueostomizado. Algumas mães poderiam demonstrar certo constrangimento ou ansiedade frente à situação de realizar a entrevista mediante gravação de seu discurso.

As mães foram abordadas pela pesquisadora, convidadas a participar da entrevista e orientadas sobre a participação voluntária bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I).

### **Riscos e benefícios**

Este estudo não oferece risco a seus participantes. Quanto a danos, prejuízos e constrangimentos é garantido que os mesmos não serão expostos a tal, bem como serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados relatados. No entanto, caso haja algum mal súbito ou risco a saúde será acionado o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

No que tange aos benefícios, esta pesquisa poderá proporcionar inusitados conhecimentos acerca da adaptação e uso da válvula de deglutição Passy Muir® no processo de relectação de pacientes traqueostomizados em região de fronteira, a partir da experiência das mães. O estudo tem como intuito despertar o conhecimento e instigar a comunidade científica, profissionais da saúde e a sociedade com inéditos resultados acerca do tema, uma vez que os dados coletados poderão ser a base teórica que contribuirá na melhoria das ações em saúde, principalmente para auxiliar os profissionais atuantes na rede de saúde um olhar especializado a criança traqueostomizada e sua família, garantindo o cuidado a esta população e suas famílias.

## Coleta de dados

A coleta de dados teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná e ocorreu no período de junho a agosto de 2017.

O contato com as mães foi realizado por meio de ligação telefônica e ou pessoalmente, no Ambulatório de Fonoaudiologia do CEM, quando as mães retornam ao serviço especializado para acompanhamento fonoaudiológico das crianças.

Quando não foi possível os contatos por meio de ligação telefônica e ou pessoalmente, a pesquisadora realizou visita domiciliar acompanhada de um profissional de saúde do serviço (auxiliar de enfermagem). Os horários para realização das entrevistas foram agendados conforme disponibilidade das mães e concentraram-se no período da manhã.

As entrevistas foram guiadas por um questionário estruturado no qual foram coletados dados pessoais da criança e das mães (Apêndice II) e um questionário semiestruturado (Apêndice III), iniciado pelas seguintes questões: **Fale-me como foi sua experiência na retomada do aleitamento materno do (a) seu (sua) filho (a) com o uso da válvula de deglutição Passy Muir®.**

As entrevistas foram realizadas no Ambulatório de Fonoaudiologia do CEM, em sala disponível no serviço, com garantia de ambiente tranquilo e privado o que garantiu a privacidade das mães. Convém salientar que o Ambulatório de Fonoaudiologia, dispõe de uma técnica de enfermagem que permaneceu no espaço anexo à sala de entrevista, o qual dispunha de brinquedos, mesa, cadeira e materiais infantis que foram utilizados para distração da criança enquanto a mãe concedia a entrevista. O registro das falas das mães foi realizado por meio de um gravador digital e a entrevistadora usou como guia o questionário estruturado e semiestruturado

Utilizou-se os registros das crianças de prontuário do serviço (dados de arquivo) referentes ao período de atendimento da criança que esteve ou estava no processo de retomada do aleitamento materno para complementar o preenchimento de dados do questionário estruturado.

As entrevistas foram encerradas quando houve saturação de dados, ou seja, a amostragem se constituiu por saturação teórica e, permitiu a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos, passaram a apresentar uma certa redundância ou repetição não sendo considerado relevante insistir na coleta de dados. Em outras palavras, as

informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa acrescentariam poucas informações novas ao material já obtido, assim não mais contribuindo para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada aos dados que estavam sendo coletados (DENZIN; LINCOLN 1994).

A amostragem por saturação é um instrumento conceitual que pode ser utilizado em pesquisas qualitativas. É empregada a fim de se estabelecer o tamanho final de uma amostra, cessando a captação de novos dados, ou seja, significa que as informações fornecidas por novos participantes pouco contribuiriam ao material já coletado, não contribuindo de maneira significativa para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados já coletados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

### **Análise de dados**

Para garantir o anonimato aos participantes, as mães foram identificadas pela palavra “Mãe”, acompanhadas com o número sequencial da entrevista, por exemplo: Mãe 1, Mãe 2 e assim sucessivamente.

O método que utilizado foi análise de conteúdo que, segundo Minayo (2008), destaca a sua importância, isto é, o processo de investigação que reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais, teoriza, revê criticamente, estabelece conceitos e utiliza técnicas adequadas. Pressupõe uma relação direta com o método dialético por evidenciar um relacionamento inseparável entre mundo natural e social, entre pensamento e base material, entre objeto e suas questões, entre ação do homem como sujeito histórico e as determinações que a condicionam.

O método da análise de conteúdo é uma ferramenta para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso. Compreende técnicas de pesquisa que permitem, de forma sistemática, a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados. A escolha deste método de análise explica-se pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas (MINAYO, 2008).

A análise de conteúdo se apresentou como método de análise adequado para atingir os objetivos deste estudo uma vez que é uma técnica de pesquisa que visa uma descrição do conteúdo manifesto de comunicação de maneira objetiva, sistemática e quantitativa (RODRIGUES; LEOPARDI, 1999). A técnica de análise de conteúdo refere-se ao estudo tanto dos conteúdos nas figuras de linguagem, reticências, entrelinhas, quanto dos manifestos (BERELSON, 1984).

A análise temática de conteúdo se organiza em torno de três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração dos dados e 3) tratamento, inferência e a interpretação dos dados (MINAYO, 2008).

Na primeira etapa denominada de pré-análise há a organização das informações quando é estabelecido um esquema de trabalho que precisa compreender a leitura do material com a elaboração de hipóteses e indicadores, onde se formulam hipóteses e objetivos. Na segunda etapa, a exploração dos dados, consiste no cumprimento das decisões tomadas anteriormente, consiste na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. A terceira etapa trata-se de compreender o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado (MINAYO, 2008).

Após a realização das 11 entrevistas, **a primeira etapa** para a análise dos dados obtidos consistiu em transcrever na íntegra as falas das mães. **Na segunda etapa** realizou-se a leitura exhaustiva dos dados coletados através das entrevistas para a identificação dos temas relevantes derivados do material empírico do estudo. **A terceira etapa** consistiu em selecionar as falas individuais de cada entrevista e agrupar por tema após a leitura flutuante do material. Os temas definidos seguem descritos: 1-Dificuldade no aleitamento materno após a traqueostomia, 2- A adaptação e uso da Válvula de deglutição Passy Muir® e os benefícios percebidos, 3- Sentimento de insegurança com o uso da válvula de Passy Muir®, 4 - Expectativas das mães com uso da válvula de Passy Muir®, 5 – Sentimentos em poder amamentar, 6 – Apoio dos profissionais de saúde. Logo após a definição dos mesmos, estes temas foram organizados e identificadas por cores. **A quarta etapa** consistiu em transferir estes dados para uma planilha, e sua organização favoreceu a visualização da regularidade dos dados obtidos das falas das mães e definir os enunciados que correspondiam àquele tema.

O método colorimétrico permitiu destacar os temas, em que cada um recebeu uma cor: 1 - Dificuldade no aleitamento materno após a traqueostomia (amarelo), 2- A adaptação e uso da válvula de deglutição Passy Muir® e os benefícios percebidos (verde limão), 3 - Sentimento

de insegurança com o uso da válvula de Passy Muir®(verde escuro), 4 – Expectativas das mães com uso da válvula de Passy Muir®(vermelho), 5 – Sentimentos em poder amamentar (marrom), 6 – Apoio dos profissionais de saúde (azul piscina). Na quinta etapa, constatou-se a saturação teórica das informações coletadas, por meio da identificação de ausência de novos dados relevantes em cada grupo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Compreender as experiências das mães de crianças traqueostomizadas no processo de retomada do aleitamento materno por meio do uso da válvula de deglutição Passy-Muir® é de fundamental importância para o delineamento e elaboração de políticas voltadas para o atendimento de crianças traqueostomizadas. A análise dos dados descritos na metodologia deste estudo substanciou os resultados encontrados. A coleta e organização dos dados possibilitaram visualizar os benefícios do uso da válvula de deglutição Passy-Muir® na assistência da criança traqueostomizada.

### **Dificuldade no aleitamento materno após a traqueostomia**

O aleitamento materno em crianças traqueostomizadas torna-se difícil, uma vez que a adaptação da cânula de traqueostomia compromete a fisiologia da deglutição, o movimento vertical da laringe prejudicado, há uma diminuição da pressão intra oral, fatores estes que interferem no ajuste das funções do Sistema Sensório Motor Oral, podendo provocar quadro de broncoaspiração (BERNARDI,2015).

Em relação aos fatores fisiológicos, a cânula de traqueostomia altera o trajeto do fluxo aéreo expiratório e essa modificação do trajeto ocasiona redução do fluxo da pressão subglótica, acarretando alteração da mobilidade e da força da musculatura intrínseca da laringe, justificando as dificuldades na deglutição. As infecções respiratórias também são comuns nos pacientes traqueostomizados, tendo em vista que o mecanismo de defesa da tosse é menos eficaz e os microrganismos têm um acesso mais fácil ao trato respiratório (NOBRE,2011).

Considerando que o aleitamento materno é benéfico para a saúde, bem como para o crescimento e desenvolvimento dos lactentes, face à necessidade de interrupção desse procedimento as mães podem experimentar dificuldades e sentimento de insegurança frente à nova situação. Assim, quando as mães se defrontaram com seus filhos submetidos à traqueostomia, elas apresentaram dificuldades no processo de adaptação e o medo de complicações gerou muita insegurança no ato de amamentar. Essas dificuldades comprometeram o aleitamento materno e sua manutenção após a traqueostomia.

[...] o leite, quando tentei dar de mamar pra ele saiu tudo pela traqueo, ele teve quadro de broncoaspiração depois que ele voltou pra casa e daí desisti pelo medo. eu tentei dar de mamar mas saiu tudo pela traqueo. mãe 2

[...]eu chorava eu não ficava com ele, meu marido que ficava, eu me ausentava do quarto, porque ele queria mamar e não conseguia, aquela angústia toda. Mãe 1

Observa-se que o leite materno ainda era oferecido a essas crianças e as mães tenderam a abandonar o aleitamento por não ter suporte para o mesmo. Os profissionais de saúde mostraram-se despreparados para apoiar as mães nesse momento de sofrimento, além de ter atitudes inadequadas para o processo de adaptação pelo qual a mãe e criança estava passando.

Observa-se que a insegurança dos profissionais, associado à sua inabilidade em lidar com o aleitamento materno em crianças traqueostomizadas levou as mães a abandonarem o aleitamento, apesar da disposição na sua manutenção.

[...] Eu vou deixar ele mamar, aí uma enfermeira entrou no quarto do hospital e falou assim: você sabia que você pode matar seu filho engasgado? [...] Então, ficamos 6 dias naquela angústia, porque ele queria mamar e não conseguia, saía leite pela traqueo sofrido [...] ele chorava, ele me via e não podia mamar. Mãe 1

[...]porque o pessoal, eu não sei se eles têm medo, receio ou se pelo caso dele, têm medo de fazer uma coisa errada, não sei, ninguém sabe, ninguém entende. Mãe 3

As mães demonstraram insegurança e medo no processo do aleitamento e os profissionais não conseguiram avaliar a dimensão do sofrimento das mesmas, que sobrepõe a situação da traqueostomia e a falha no aleitamento materno.

Assim observa-se que, o cuidado com essas mães contrapõe à dimensão ética do cuidado, que segundo Souza et al. (2005), significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade. Cuidar implica, ainda, colocar-se no lugar do outro, é um modo de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais, dentre estas o nascimento, a promoção e a recuperação da saúde e a própria morte.

Ao confrontar mães, cujos filhos se encontram em situação de vulnerabilidade, possivelmente, acentuam a insegurança no cuidado da criança traqueostomizada que deve

permanecer sob sua responsabilidade em domicílio após a alta hospitalar. As mães demonstram, então, insegurança e não têm suporte dos profissionais para o cuidado, implicando mais dúvidas sobre o cuidado com os filhos traqueostomizados e a possibilidade de manter o aleitamento materno.

A adaptação da cânula de traqueostomia é um fator desencadeante de distúrbios de deglutição e estes podem ocasionar uma redução na frequência dos reflexos de deglutição e tosse, diminuição da sensibilidade faríngea e diminuição da pressão intra oral, é importante salientar que tais fatores aumentam o risco de broncoaspiração (MENEZES,2010). Esse aspecto da adaptação é enfrentado com medo, principalmente quando o leite materno pode desencadear complicações na criança e as mães tendem a sentirem-se culpadas. O sentimento de culpa é reforçado pelos profissionais de saúde que apontam falhas no cuidado e na tentativa de preservar o aleitamento materno como fator desencadeante de complicações.

[...] Era difícil pra mim, eu tinha leite, mas não podia dar de mamar porque ele podia engasgar, foi a parte mais difícil, porque como ele já tinha ficado internado e o médico disse que ele teve pneumonia por causa do leite que tomou, eu não dei mais. Mãe 6

Observa-se que as mães mostram uma dualidade de sentimentos acerca da amamentação porque afirmam ser portadoras de leite materno, mas sentem-se incapacitadas de amamentar seus filhos, uma vez que esse ato pode desencadear complicações ao mesmo após a traqueostomia. Cabe ressaltar, que o cuidado ético também fica comprometido quando elas deixam de ter suporte para cuidar de seus filhos em situação de vulnerabilidade e ainda podem sentirem-se culpadas quando ocorre alguma intercorrência que é atribuída a elas pelo ato de amamentar.

Vale destacar, que a disfagia pode estar presente, favorecendo quadros de broncopneumonia e condições consequentes, como a possibilidade de aspiração, como a possibilidade de aspiração silente (ausência de tosse reflexa) ou microaspirações, disfunção motora da faringe, atraso no reflexo de deglutição, a estase em recessos faríngeos (válvula e/ou seios piriformes) e das alterações no mecanismo de fechamento faríngeo. Na criança, essa condição pode ser mais frequente, tendo em vista que a ausência da tosse reflexa é perdida com a traqueostomia o que a torna mais vulnerável às complicações e isso é percebido e vivenciado pelas mães no ato de amamentar.

[...] De verdade eu tinha medo dele se afogar e eu não tinha coragem de dar o leite pra ele, eu tinha medo que ia sair pela traqueo Mãe 4.

Santana et al. (2014) afirmam que, a traqueostomia, além de pode provocar um comprometimento das funções motoras e sensoriais dos mecanismos envolvidos na deglutição, favorecendo o quadro de disfagia, também predispõe ao surgimento de complicações posteriores, como a estenose traqueal, fístulas, infecções, hemorragias e broncoaspiração. O estudo de Almeida et al. (2013) destaca que os fatores de risco para aspiração respiratória são: disfagia, rebaixamento do nível de consciência, reflexo de tosse prejudicado ou ausente, outras desordens neurológicas, uso de tubos gastrintestinais, presença de refluxo gastroesofágico, mobilidade corporal diminuída, reflexo de vômito diminuído ou ausente, uso de tubos endotraqueais/traqueostomia. Todos esses fatores podem interferir no aleitamento materno, mas devem ser tratados, adequadamente, pelos profissionais da saúde, tendo em vista que a permanência da traqueostomia é prolongada e as mães estarão inseguras no cuidado dos seus filhos que são vulneráveis a complicações advindas dessa condição.

Santana et al. (2014) discutem a importância da consistência alimentar para pacientes traqueostomizados, afirmando que o alimento pastoso é o mais seguro, visto que, por ser coeso torna-se mais fácil de ser controlado na cavidade oral. Entretanto, tais aspectos têm sido considerados em pacientes adultos, mas não se encontrou estudos cujos participantes fossem crianças e principalmente lactentes. Destaca-se que lactentes têm uma dieta, preferencialmente líquida, o que dificulta ainda mais a deglutição que, concomitante à aspiração silente coloca a criança em risco de aspiração ainda maior.

[...]Eu até tentei, mas saía leite pela traqueo, e a fono que cuidou dela um tempinho lá em São Paulo, não indicou amamentar por causa do risco de engasgar e broncoaspirar. Mãe 9

Essa condição é compatível com o fato de que em pacientes traqueostomizados, os mecanismos de proteção pulmonar estão geralmente comprometidos, parte considerável deles apresentam disfagia e apresentar inabilidade em gerenciar os alimentos já na fase oral da deglutição, em virtude da diminuição da propriocepção bem como alterações nas demais fases da deglutição, facilitando assim que o alimento penetre em vias aéreas, gerando afecções pulmonares por broncoaspiração. Em lactentes essa condição é mais evidente no processo de aleitamento materno, quando a disfagia está presente tanto pelo

comprometimento da musculatura orofaríngea responsável pela deglutição como pela fluidez do leite.

Um estudo de Gomes, 2011 em pacientes com alterações de motricidade orofacial, verificou que o grau de broncoaspiração associado à traqueostomia foi consideravelmente alto, uma vez que esta intervenção favorece uma pressão subglótica insuficiente, permitindo com que os alimentos e líquidos ingeridos possam seguir o trajeto até os pulmões, ainda agravados pelo reflexo de tosse ineficiente.

Outros estudos apontam que após a realização de uma traqueostomia, os músculos cervicais e torácicos, a faringe, a laringe tem suas funções comprometidas e passam de maneira incoordenada a realizar estas funções, as quais resultam na diminuição do volume residual pulmonar e um aumento da complacência do sistema respiratório, uma incoordenação das funções do sistema estomatognático, permitindo evoluir para quadros de micro e/ou broncoaspiração (ZIELSKE,2014).

Com a perda da pressão subglótica, pacientes que utilizam cânula de traqueostomia apresentam perda de fluxo aéreo através da glote, fatores estes que corroboram para que eles sejam considerados em risco para aspiração.

Frente a essas dificuldades, observa-se que algumas mães buscam alternativas para manter o aleitamento em um esforço para manter o leite materno como alimentação do filho após a traqueostomia.

[...] Logo que ele saiu de alta, eu tinha muito leite e lá no hospital eu doava pro Banco de Leite e quando cheguei eu continuei a ordenhar e oferecer pela sonda, já que por via oral era um risco. Mãe 10

Tais iniciativas deveriam ser estimuladas pela equipe de saúde, orientando as mães na manutenção do leite materno durante a hospitalização da criança, bem como na ordenha e manejo do leite materno para que ele possa ser utilizado na alimentação da criança, contribuindo para que ela não seja privada dos benefícios do leite materno.

Tais iniciativas podem ser essenciais para o desenvolvimento da criança, mesmo com agravos à saúde considerando que o leite materno é ideal para o crescimento saudável. O leite materno contém linfócitos e imunoglobulinas que contribuem com o sistema imune da criança no combate a infecções e protegendo contra doenças crônicas e infecciosas, promovendo ainda o desenvolvimento sensor e cognitivo da criança (SOUZA,2010). Assim para essas crianças, apesar das dificuldades de adaptação, após a traqueostomia, deveria

haver esforços dos profissionais para o suporte das mães que teriam dificuldades, mas poderiam manter o aleitamento materno, promovendo benefícios para o desenvolvimento da criança.

### **A adaptação e uso da válvula de deglutição Passy-Muir® e os benefícios percebidos**

Considera-se que pessoas submetidas à traqueostomia podem apresentar distúrbios da deglutição incluindo efeitos locais dos tubos endotraqueais, fraqueza neuromuscular e um sensorio alterado. O diagnóstico de deglutição disfuncional é, geralmente, feito por um fonoaudiólogo, utilizando uma avaliação da deglutição. As modalidades de tratamento concentram-se, principalmente, em alterar a consistência dos alimentos, mudar a posição das refeições e/ou colocar tubos de alimentação para evitar a aspiração (MACHT, 2013).

Uma alternativa para maior funcionalidade nos distúrbios da deglutição é o uso válvula de fala e deglutição PASSY-MUIR®. Ela pode favorecer o controle da salivação, recuperação do olfato, do paladar e o fluxo de ar passa a ser direcionado para via aéreas superiores, também promovendo produção vocal em pacientes traqueostomizados. A boa adaptação à válvula poderá promover benefícios como readaptação para a alimentação bem como a melhora da deglutição e da comunicação (SUTT,2016).

A válvula de deglutição PASSY-MUIR® é um dispositivo unidirecional que pode ser acoplado à traqueostomia para direcionar o fluxo da traqueia para a via aérea superior que durante a inspiração ou ciclo inspiratório do respirador e se fecha automaticamente no ciclo expiratório, redirecionando o fluxo para a via aérea superior e facilitando a funcionalidade da glote e das pregas vocais. Este dispositivo pode viabilizar a comunicação de pacientes, além de permitir o restabelecimento da pressão subglótica, que fica prejudicada após a realização da traqueostomia, favorecendo também diminuição secreção de vias aéreas, consequentemente o número de aspirações diárias (SUTT,2015).

Atualmente, a melhora na qualidade de vida dos pacientes é algo que tem sido considerado primordial no cuidado da pessoa adoecida. Em se tratando de crianças submetidas a traqueostomia, a válvula de deglutição mostrou ser uma tecnologia que contribuiu para a qualidade de vida das crianças e deu segurança para as mães no manejo do cuidado, além se ser uma alternativa para o processo de relactação conforme se observa com a fala das mães.

[...] Depois que colocou a válvula, ele mamou, quando ele via colocarmos a válvula, mamava e já relaxava ao ponto de dormir[...] trouxe conforto pra ele quando colocamos a válvula pela primeira vez vimos que aquilo já era um benefício, que não precisava aspirar, porque sem a questão de aspirar de hora em hora, criou uma liberdade [...] a gente percebeu que o processo respiratório pela válvula ele ficou melhor. Mãe 1

[...] Depois da válvula ele já começou a soltar sons, comecei a ouvir o choro dele, é emocionante ouvir a voz dele [...] depois da válvula ele já mamava no peito e deixava ele mais tranquilo e ele mamava, relaxa e dormia melhor[...]sei que ele não está sofrendo, tossindo e saindo secreção pela traqueo [...] depois que ele colocou a válvula posso sair com ele pra passear sem levar o aspirador, porque quando ele tosse sai pela boquinha e não pela traqueo e a secreção diminuiu muito[...] foi um grande passo, mamar de novo e diminuir a secreção, a qualidade de vida dele melhorou demais. Mãe 2

[...] Ele começou a mamar, ganhar peso e começou a se desenvolver [...] percebi que com a válvula eu precisava aspirar bem menos, sem a válvula ele roncava e eu ficava com medo que era secreção e acabava aspirando[...] com a válvula eu aspirava pela manhã, após o almoço e antes de dormir e antes da válvula, aspirava de 10 a 15 vezes por dia[...] Ah, com a válvula ele falava, mamava bem, coisa que ele não fazia sem a válvula de jeito nenhum. Mãe 3

Observa-se que o uso da válvula de deglutição e voz PASSY-MUIR® foi benéfico para as crianças na recuperação do som de voz e choro e adicionalmente permitiu que as mães pudessem retornar no processo de aleitamento materno. O uso da válvula deu maior autonomia de cuidado para as mães e o retorno ao aleitamento materno, rapidamente mostrou resultados no processo de desenvolvimento com ganho de peso e melhora no sono e repouso.

As mães, quando descrevem suas experiências com a percepção de melhora na qualidade de vida dos seus filhos destacando a comunicação, o controle de secreções de vias aéreas e a alimentação, elas também apontam para uma melhor qualidade de vida dos membros da família. Gaspar (2015) confirma a importância da comunicação em pacientes traqueostomizados durante a assistência e o cuidado dos mesmos, afirmando que há melhora na interação bem como tranquiliza o paciente e a família, além de humanizar o atendimento. A tríade paciente, familiar e equipe, favorece a prestação de uma assistência com qualidade e promove por sua vez educação em saúde de maneira precoce.

O uso da válvula de deglutição e ou de fala além de favorecer a comunicação verbal, melhora a ingestão oral, o paladar e olfato e representa um impacto positivo na qualidade

de vida pelo fato de sanar necessidades fisiológicas dos pacientes e psicológicas da família (GROSSBACH,2011). No caso de crianças em fase lactente, o uso da válvula propiciou uma melhor interação mãe-filho considerando que essa tecnologia proporcionou alívio de sintomas, amamentação sem risco, sono prolongado e, portanto, repercutiu na qualidade de vida das mães. As falas das mães apontam os benefícios que o uso da válvula de deglutição trouxe na rotina diária e na qualidade de vida das crianças traqueostomizadas e respectivas mães.

[...] Foi muito bom, não precisava aspirar muitas vezes[...] viajar era difícil antes sem a válvula porque tinha que achar um lugar pra aspirar ele [...] nossa vida mudou muito depois da válvula, fiquei menos cansada, menos nervosa, menos triste [...]foi melhor cuidar dele não tinha mais catarro saindo na traqueo [...] de noite ele dormia a noite toda e não tinha que ficar olhando ele[...] a válvula só ajudou, ele tossia menos, podia mamar de novo, e melhor de tudo foi ouvir ele chorar, a gente que tem filho com problema, ouvir o choro pela primeira vez não é ruim ,é bom, a gente fica tranquila. Mãe 4

[...] Ela podia respirar melhor e podia mamar de novo, logo depois que colocou a válvula já pegou o peito, comia a comidinha pastosa, conseguia engolir de novo[...] e não foi só isso ela falou de novo [...] já chorava, ria e falava[...]já mamava muito bem, sem tosse, sem engasgar ,não tinha tanta secreção, porque a secreção na saía pela traqueo e sim pela boca [...] amais importante era não aspirar mais, ela não podia ver aspirador que chorava[...] depois ela foi só melhorando e não precisou mais da válvula e da traqueo. Mãe 6

[...] Não ter que aspirar foi incrível, um alívio pra ela e pra nós[...] os cuidados ficaram menos intensos[...] quando saímos do consultório pra ir pra casa, foram os melhores momentos que vivemos nos últimos tempos, ouvir o choro dela, não há como descrever, chorei até chegar em casa [...] é muito claro pra nós a divisão do tempo, antes e depois da válvula, foi mais fácil, aspirar, dar de mamar de novo, dormir e sair pra passear. Mãe 7

Os benefícios do uso da válvula de PASSY-MUIR® puderam ser vivenciados pelas mães que apontaram em seus relatos como perceberam as mudanças no seu cotidiano de cuidado das crianças traqueostomizadas. Adicionalmente é sabido que a deglutição desempenha função importante uma vez que auxilia na readequação das funções orofaciais e auxilia no processo de readaptar a criança para alimentação via oral, o que nos remete a Gomes (2016) que ressalta que a comunicação do paciente traqueostomizado é importante tanto ao paciente como para a família e que é preciso a realização de pesquisas envolvendo um maior número de participantes que tenham sido submetidos ao procedimento de

traqueostomia durante o internamento hospitalar e que possam relatar como transcorreu o processo de comunicação, de alimentação, da melhorara na qualidade de vida dessa população. Reconhece ainda que o uso de recursos como a válvula de deglutição necessita ser considerados no processo de reabilitação, buscando analisar a efetividade dos diferentes recursos utilizados e propostos na literatura, bem como a possibilidade utilizar novas abordagens considerando as necessidades e limitações de cada caso.

As alternativas de reabilitação são importantes quando se considera que pacientes traqueostomizados tem um impedimento do fluxo normal de ar em direção à laringe. Esse desvio do fluxo aéreo e a interrupção da função vocal normal têm amplas implicações no sistema respiratório, na deglutição e na comunicação (PICININ, 2016).

Ressalta-se que o uso da válvula PASSY-MUIR® em crianças deve ser uma alternativa na fase de reabilitação tendo em vista que a traqueostomia tem impacto na fase oral da deglutição devido a diminuição do olfato e do paladar, promove a redução da ingesta e alterações de motricidade orofacial que compromete a preparação do bolo alimentar e ejeção oral do alimento (MANGILI,2012). Na fase faríngea da deglutição, pacientes traqueostomizados tem uma restrição, uma diminuição da elevação da laringe, a qual pode ser decorrente da técnica cirúrgica com incisão horizontal, tamanho e peso da cânula e *cuff* hiper insuflado. Há também a redução da pressão e quantidade do fluxo aéreo, que pode acarretar ausência de tosse efetiva e o efeito de limpeza quando o alimento penetra em vias aéreas. Uma maneira de minimizar o impacto que a traqueostomia traz ao paciente é a adaptação da válvula de deglutição que é um dispositivo estéril, de uma via, destinado para uso em um só paciente, que pode ser usado com cânulas de traqueostomia metálicas, cânulas de pvc com ou sem *cuff* (RUIZ,2012).

Os relatos das mães das crianças traqueostomizadas confirmam o que os autores relatam e apontam as mudanças nas atividades de vida diária e cotidiano dessas famílias bem como os benefícios adquiridos após a adaptação e uso da válvula de deglutição.

[...]Mudou muito a vida dela, porque nos primeiros dias aspirava 15 a 20 vezes, logo que ela colocou a válvula diminuiu muito, tem dia que ela fica o dia inteiro sem aspirar[...]a noite só acorda quando quer mamar, não aspira mais, foi maravilhoso isso[...]quando ela faz um movimento a gente escuta, ela grita, quando tem fome chora, mudou 100% com a válvula [...] o catarro não saía mais pela traqueo, diminuiu muito depois da válvula [...] a gente podia sair tranquila[...] a gente fica mais descansada sabe, foi um consolo ouvir o resmungo dela e ela voltar a mamar de novo, achei que ela ia ficar sempre com a sonda [...] ela melhorou muito. Mãe 8

[...]A grande mudança foi a secreção, logo que ela colocou a válvula, diminuiu a produção de secreção, eu cheguei a aspirar antes da válvula umas 30 vezes no dia e depois aspirava de 3 a 5 vezes[...] ela dormia mais tranquilo, acordava só pra mamar [...]me lembro bem que ela não engasgou nenhuma vez depois que começou a mamar no peito com a válvula [...]foi nossa recompensa[...] depois já começou a comer comidinha, já ouvia o choro, a respiração mais tranquila , já não respirava com muito cansaço [...]hoje ela fala, e eu tenho certeza absoluta que ela não estaria falando se a fonoaudióloga não tivesse investido nela. Mãe 9

[...] Depois que ele colocou a válvula eu me sinto mais segura, já pode mamar no peito sem medo de broncospirar, já come comida pastosa, não precisa ser aspirador com frequência [...] sempre digo e repito a válvula mudou a vida dele em questão de dias. Mãe 10

[...]Um dos momentos mais consolador foi não ter que aspirá-la diversas vezes, antes tinha que aspirar umas 20 vezes e diminuiu pra 5, diminuiu a quantidade de secreção. Em suma qualidade de vida pra ele e pra mim[...] porque a direção pra boquinha dela [...] ela já consegue mamar sem engasgar e até viajar é mais fácil porque não precisa aspirar no caminho[...] ela já barulhinhos as vezes na gargantinha e é uma forma de exercitar e creio que seja um benefício. Mãe 1

A melhoria da qualidade de vida das crianças traqueostomizadas e das famílias é relatado com ênfase no controle e diminuição das secreções orotraqueais, bem como no retorno ao aleitamento materno e na introdução de alimentos pastosos que só foram possíveis com a utilização da válvula Passy-Muir®. Esse processo, trouxe qualidade de vida a essas crianças e a suas famílias, permitiu a recuperação do desenvolvimento das funções orofaciais, apontando que o uso da válvula pode ser uma estratégia terapêutica na reabilitação da deglutição. Favero (2012) confirma em seu estudo os benefícios da válvula de deglutição demonstrando que seu uso favorece os pacientes traqueostomizados, excluindo a necessidade de oclusão digital para a comunicação oral, reduz as secreções, previne riscos de infecções e melhora os sentidos do olfato e do paladar. Além disso, promove melhora significativa na deglutição devido restauração da pressão subglótica, leva ao aumento positivo na sensibilização faríngea reduzindo-se o risco de penetração de alimento em vias aéreas inferiores; favorece a ventilação e oxigenação, auxilia no processo de desmame precoce da ventilação mecânica e aumenta as chances de decanulação do paciente traqueostomizado.

Clarett (2013) afirma que ela ainda proporciona o aumento da pressão subglótica que pode suprir a falta de pressão necessária para o fechamento das pregas vocais e que a

válvula de deglutição adaptada à cânula mostra que o tempo de contração da musculatura faríngea e de trânsito do bolo foi maior do que com a traqueostomia aberta.

Todos esses fatores, quando se trata de crianças, devem ser considerados, visto que elas podem ter seu crescimento e desenvolvimento comprometidos pelo risco de infecção, dificuldade na ingestão alimentar e perda da capacidade de comunicação. Assim, a válvula PASSY-MUIR® deve ser uma estratégia na reabilitação das crianças traqueostomizadas, visto que é uma tecnologia que tem se mostrado eficaz no cuidado das mesmas e pode ser um elemento facilitador na manutenção do aleitamento materno.

### **Sentimento de insegurança com o uso da válvula Passy-Muir®**

Em famílias com crianças adoecidas, muitas vezes, as mães por assumirem o papel de cuidadora principal, sentem-se inseguras e impotentes no processo de cuidado. Devido a demanda por cuidados específicos, seus limites são testados ao enfrentar uma nova situação, as mudanças na rotina diária e ao tratamento que a doença exige. Mediante estas dificuldades, as mães assumem novas responsabilidades que, por sua vez, podem contribuir para sentimentos conflituosos e que podem desmotivá-la a olhar de forma positiva o tratamento de seu filho (SOUZA, 2013).

O impacto de um diagnóstico sobre a família envolve aspectos afetivos, principalmente diante da possibilidade de complicações que a doença da criança possa acarretar. A família fica exposta a sentimentos como: ansiedade, medo, insegurança expectativas de recuperação, angústia, incertezas frente ao tratamento proposto para aquela situação. É difícil para estes familiares lidarem com tantas informações e dúvidas em relação aos procedimentos terapêuticos e ao mesmo tempo desenvolver quase que instantaneamente habilidade para o manejo da criança (VINHAL,2012). Em casos que envolvem procedimentos que não fazem parte do repertório de cuidados de uma criança como o manejo da traqueostomia, esses sentimentos se intensificam. E, mesmo diante de alternativas que podem facilitar o cuidado, as mães demonstram o medo e a insegurança durante o processo de adaptação, como se pode perceber nas falas em que elas expõem a insegurança na introdução da válvula Passy-Muir®.

[...] Pra mim foi sempre um medo, todo esse processo foi de muito medo, claro que com todas as expectativas que pudesse melhorar[...] com medo

de que isso causasse, porque ele estava no processo de cicatrização [...] Quando a gente colocou a válvula e ele ficou ofegante, não, não, a gente está errando, vamos parar com isso [...] foi uma escolha difícil, isso nos trouxe angústia[...] A nossa grande dificuldade foi confiar que isso ia fazer bem pra ele. Mãe 1

[...] Ele dormia com a válvula, no começo deixava mais durante o dia, porque eu tinha medo, mas depois vi que ele fica bem com a válvula foi bem difícil, mais difícil pra mim do que pra ele, eu tinha medo, mas também esperança [...] Tive dificuldade de acreditar que a válvula era tão boa assim. Mãe 3

[...] Confesso que foi difícil e assustador, porque o medo me assombrava, mesmo sabendo dos benefícios da válvula eu ainda tinha medo que ela se engasgasse com o leite e saísse pela cânula, mas isso não aconteceu [...] Nas primeiras mamadas eu fiquei um pouco ansiosa, mas fiquei mais segura logo depois quando pude ver que era seguro amamentar minha filha com a válvula. Mãe 7

Tais observações das mães no processo de adaptação da válvula corroboram em afirmar que muitas famílias ao ver o filho adoecido têm uma sensação de insegurança e medo decorrente da condição de fragilidade da criança, bem como a possibilidade de este não reagir satisfatoriamente ao tratamento. Tais sentimentos mostram a importância de os profissionais de saúde assegurar a essas mães que poderão contar com os serviços em situações de dificuldades e de insegurança, abrindo espaço para que os pais tragam suas dúvidas, frustrações e ansiedades para serem trabalhadas e não imobilizadas. Corroborando esses sentimentos em um estudo com famílias de crianças com necessidades especiais, Marques (2018) afirma que é necessário fornecer a estas famílias informações precisas e atualizadas sobre as condições de seu filho, para que busquem alternativas de atendimento e saibam lidar com as situações cotidianas.

A insegurança em situações que mudam o cotidiano dos pais é também mostrada em estudo com enfermeiros que assistem mães primíparas e eles relatam que essas mães expressaram que não se sentiam seguras, confiantes e dotadas de conhecimento para o ato de amamentar. Apesar de pontuarem vários aspectos importantes do AM e demonstrarem expectativas positivas para amamentar seus filhos, em diversas situações expressaram estar inseguras quanto ao cuidado infantil e ao aleitamento materno em especial quando houve intercorrências durante o processo de aleitar (SILVA, 2010).

Estudos que buscam apreender os significados do cuidado de crianças em diferentes situações ajudam a compreender a complexidade dessas experiências. Em relação à amamentação Polido (2011), relata que há um olhar crescente, que se volta a apreender

o significado da amamentação baseado nas mães que a vivenciam, observar não somente as dificuldades quanto a posição do bebê, a pega correta, a ordenha, bem como dos sentimentos gerados nessas mães, que estão expostas a diversas influências potencializadoras e que por sua vez possam dificultar o aleitamento materno. Muito mais que aprender técnicas, orientações profissionais é preciso estar atentos aos medos, inseguranças, angústias, dúvidas, assim é preciso ouvir e acolher essas mães. Quando se trata de uma criança traqueostomizada o cuidado deve ser redobrado considerando os riscos a que a criança está exposta e a insegurança da mãe no processo.

(Martins,2013) descreve em seu estudo que as mudanças no cuidado do filho, caracterizadas especialmente pelas transformações bruscas na rotina diária, no estado geral da criança, a necessidade de aprender novos procedimentos para assistir a criança, alimenta nessas mães e na família a sensação de insegurança que podem acompanhá-los nesse processo por muito tempo. Isso, aliado muitas vezes à falta de conhecimentos mais consistentes acerca da condição ou doença de seu filho, torna a experiência desses pais uma situação angustiante. Tais inseguranças permanecem, mesmo quando estão diante de alternativas que podem ter resultados positivos no cuidado, muitas vezes pelo medo do desconhecido, como mostram as falas das mães quando introduziram o uso da válvula Passy-Muir®.

[...] Eu tive medo no começo, quando ela voltou a mamar, medo que ela engasgasse[...] No começo eu colocava só de dia, porque eu achava que quando ela dormia, ficava sofrendo, mas depois a fonoaudióloga me explicou que ia ser melhor colocar a noite também [...] O medo foi só nos primeiros dias, depois eu fiquei calma. Mãe 8

[...] Eu queria acreditar que ele iria ficar bem com a válvula, mesmo a fonoaudióloga mostrando todos os benefícios, eu ainda tinha medo. Mãe 10

[...] Quando ela saiu do consultório com a válvula e foi pra casa eu fiquei insegura e estava com medo, ficava com o aparelho no dedo o tempo inteiro. Mãe 6

Assim, percebe-se nas falas das mães entrevistadas que o medo do desconhecido gera sentimentos de dúvidas e incertezas, medo, insegurança e angústias nestas famílias que, em um primeiro momento desacreditam nos benefícios de novas tecnologias terapêuticas, principalmente quando os próprios profissionais da saúde que os assistem demonstram dúvida acerca do procedimento.

[...]alguns não conheciam esse trabalho. O cirurgião dela chegou comentar comigo, me passa o contato dessa fono que eu quero conhecer esse trabalho, porque não são todos os profissionais que esse tipo de trabalho.  
Mãe 9

O desconhecimento pode gerar mais insegurança para as mães, principalmente quando ele parte de médicos, que sabidamente, têm uma representação na sociedade de detentores de saber na área da saúde. Assim, a capacitação dos profissionais de saúde para assistir as mães e crianças traqueostomizadas deve atender aos preceitos de um cuidado integral e multiprofissional que busca alianças para a superação da complexidade dessa condição, com especial atenção aos lactentes que podem ser privados do leite materno.

Assim, faz-se necessário que os profissionais de saúde ouçam e identifiquem as necessidades do lactente e suas mães, bem como compreenda os medos, inseguranças, dúvidas que envolvem lactação sobre o olhar da nutriz, permitindo conhecer os fatores que interferem na duração e na manutenção do aleitamento materno, proporcionando aos profissionais atuarem de forma efetiva na assistência dessa nutriz, auxiliando em suas dificuldades, promovendo o prolongando a lactação (MARQUES,2011). Ressalta-se ainda que a criança com agravos à saúde estará mais vulnerável em sua condição física e a manutenção do aleitamento materno é um fator primordial para seu crescimento e desenvolvimento, além da proteção imunológica tão necessária nessas condições.

Silva (2010) afirma que esses sentimentos de medo e insegurança, com diferentes magnitudes, não podem ser ignorados, mas a equipe de saúde deve proporcionar apoio incondicional à essas famílias. Nesse processo de adaptações cotidianas é preciso orientar a família com estratégias que os capacite a lidarem com os desafios que surgirão em várias etapas desse processo, dessa experiência, que podem refletir positivamente na recuperação completa de seus filhos.

### **Expectativas das mães com o uso da válvula Passy-Muir®**

Muitas vezes, sentimentos conflitantes e expectativas quanto ao tratamento do(a) filho(a), podem acarretar barreiras entre as mães e filhos, as quais impossibilitam essas mães de desfrutar plenamente suas evoluções. Os profissionais de saúde atuam como coparticipantes e precisam de um olhar atento em relação a essa mãe no cuidado da criança.

Os cuidados da equipe de saúde são diferentes dos cuidados dos pais, os sentimentos de afeto, carinho, proteção, o estar perto, transferir calor e amor muitas vezes fragilizam estes pais e podem projetar expectativas que por sua vez podem frustrá-los (CRUZ,2010).

Percebe-se a complexidade de emoções e sentimentos de mães, quando um filho adoce e elas passam a experimentar um misto de expectativas positivas e/ou negativas em relação à evolução da doença, às condutas dos profissionais de saúde e aos agravos decorrentes do processo saúde-doença. Assim elas se expressaram com certa incredulidade quando foi proposto o uso da válvula, uma tecnologia que elas desconheciam.

[...] Nossa expectativa era singela, vamos dizer assim, que ele pudesse pelo menos com a válvula dar mais proteção, que a gente se preocupava muito. Mãe 1

[...]Então como eu não conhecia, como eu não tinha tido nenhum contato com a válvula, nem sabia nada a respeito, não gerei expectativa nenhuma, mas a princípio nós já percebemos que houve uma melhora... Mãe 11

Observa-se que, apesar do desconhecimento e da falta de expectativas, as mães mostraram-se dispostas a adotar um procedimento desconhecido. Isso desvela a busca dessas mães na melhoria da condição dos filhos e elas abarcam as possibilidades que lhes são apresentadas como opções no processo de recuperação. Entretanto, essas alternativas de tratamento devem sempre ser acompanhadas pelos profissionais da saúde porque podem elevar a ansiedade das mães com o manejo das mesmas podendo, inclusive, comprometer o uso da tecnologia. Corroborando, Sheeran, Jones, Rowe (2013) afirmam que pais de recém-nascidos de muito baixo peso, em especial as mães, desenvolvendo relações com os profissionais se capacitam em estratégias para gerenciar a experiência do cuidado da criança, mas a equipe é fundamental para a normalização dessa experiência.

As relações com os profissionais de saúde são fundamentais porque, muitas vezes, o filho, com agravo à saúde, representa momentos conflituosos na vida dos pais, pois exigem alterações do cotidiano, além de trazer-lhes dúvidas, medo do prognóstico e dificuldade de aceitação, os impedindo às vezes, de aproximar-se do filho. Assim, cabe aos profissionais de saúde auxiliarem nesse processo no qual assumem papel de motivadores e facilitadores (CABEÇA,2014).

Nesse sentido, quando bem assistidos, os pais e, especialmente as mães, apesar de demonstrar um misto de incerteza e medo, conseguem entrar na experiência de uma nova

alternativa de cuidado para seus filhos e olhar com confiança todo processo de evolução da condição clínica da criança. Observa-se que algumas mães expressaram de forma peculiar em relação a este aspecto, como é relatado abaixo.

[...] Na época as expectativas foram atendidas sim, eu achava até então que ele nunca ia sair da sonda...[...] ele começou a mamar via oral [...] eu comecei a ver que ele estava desenvolvendo [...] então, correspondeu sim as minhas expectativas. Mãe 3

[...] Aconteceu assim, porque o que falavam tão bem da válvula é verdade mesmo [...] eu fiquei naquela expectativa, na esperança que meu filho vai melhorar e não vou ter tanto problema [...] eu fiquei esperando e é verdade, foi muito bom. Mãe 4

[...] Eu esperava que eu ia escutar ela chorando, falando, alimentar ela pela boca, essa era minha esperança, e aconteceu coloquei ela no meu peito e ela mamou [...]depois de um tempo começou a comidinha, ela chorava, dava uns gritos e resmungava. Mãe 5

[...] Nossa, claro que foram atendidas as expectativas, até mais do que eu imaginava, eu achava até, que era bom, eu duvidei um pouco, porque pensei, como assim não terá mais que aspirar tanto, as vezes, aspirava vinte vezes por dia. Vou dar mama e não vai sair pela traqueo? Eu achava sinceramente ilusão. Mãe 2

Observa-se ao ler o relato destas mães, que elas geram esperança de ver seus filhos melhorarem, visualizam isto e descrevem muita claramente o que vivenciaram, promovendo nestas mães um sentimento de poder cuidar e sentir que o cuidado gerou algo bom e benéfico ao seu filho.

A esperança de um processo de reabilitação favorável nessa condição, também é discutido por Menezes (2010) quando relata que a ocorrência do adoecimento representa na vida das famílias, níveis diferentes de estresse. Entretanto, quando se apresenta a família a oportunidade de vivenciar momentos de uma reabilitação satisfatória ao estado de saúde da criança e quando parte desta evolução benéfica provém da mãe no processo de cuidar, sentimentos anteriormente de impotência e fragilidade, são transformados em esperança e satisfação.

O estudo de Davim (2009) demonstrou que as mães expressam sofrimento pelo inesperado, tristeza pelo sofrimento do filho. Em situação conflituosa, as mães verbalizam fatos e sentimentos de dor, medo e preocupação. Em contrapartida, expressam esperança e um desejo de lutar pela recuperação do filho e de vê-lo melhorar.

Para a família, o quadro clínico da criança torna-se uma situação marcante e algumas vezes, constrangedora, em especial para a mãe, pois, além do inesperado adoecimento do filho, experimenta ambientes, condutas terapêuticas desconhecidas para ela e procedimentos dolorosos. Nessas circunstâncias e com possibilidades do uso de novas tecnologias para o tratamento, renasce nessas mães um sentimento de esperança, apesar da ansiedade, de não estar preparada para presenciar situações novas, elas expressam o impacto que a melhora do filho representou, como expressados nos depoimentos:

[...] Minhas expectativas foram atendidas com certeza absoluta, na verdade muito além do que eu esperava, eu ouvi atentamente a orientação dos profissionais e posso dizer que recebi informações valiosas que nos ajudaram a vê-lo melhorar a cada dia. Mãe 7

[...] As expectativas foram atendidas com certeza, foi mais do que eu esperava, eu esperava que ele pudesse melhorar a respiração e foi além disso, ela conseguiu mamar no peito de novo e depois ela começou a comer e depois falar, eu escutava ela me chamar de mãe foi o dia mais emocionante pra mim. Mãe 9

[...] Olha foi muito mais do que eu esperava que ia acontecer de bom, foi assim eu tinha um dor de ver minha filha sofrendo. [...] com um ano depois de colocar a válvula ela já estava começando a fechar a traqueo e logo depois ela tirou a traqueo. Mãe 6

A satisfação destas mães ao relatarem a experiência com seus filhos é expressada quando disseram que o uso da válvula PASSY-MUIR® superou suas expectativas e mostraram a importância de os profissionais de saúde estarem atentos aos seus sentimentos e buscarem estratégias de motivação para encorajá-las a superar os desafios diante dos ciclos do tratamento de saúde do filho.

Fraga (2010), em um estudo com recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva mostra que a doença do filho tem potencial de atingir o emocional das mães de forma significativa. As famílias e as mães, em particular, experimentem sentimentos ambivalentes em relação ao adoecimento do filho devido suas condições de vulnerabilidade.

A vulnerabilidade pode ser percebida quando a expectativa não é atendida totalmente, mas, observa-se que as mães apontaram uma qualidade de vida das crianças após o uso da válvula PASSY-MUIR® e relataram os sentimentos positivos gerados pela percepção dessas melhorias.

[...] Não respondeu 100% as minhas expectativas, porque eu achava que logo que ela colocasse a válvula ela ia tirar a traqueo e isso não aconteceu. Mãe 8

[...] As expectativas foram atendidas sim, porque o médico falou que nunca mais ele ia comer, só pela sonda e isso mudou [...] depois que ele colocou a válvula ele mamou no peito e hoje ele pode comer, minha expectativa era essa e de fato aconteceu [...] eu pulava de alegria. Mãe10

[...]O que mais chamou a atenção foi que vi outra criança que usava a válvula e emitia sons e fiquei emocionada, que não é o caso da minha filha ainda, é algo que eu gostaria que fosse com ela. Mãe 11

A percepção de que os filhos poderiam voltar a ser amamentados, bem como voltariam a emitir sons com o uso da válvula PASSY-MUIR® levou as mães a mostrarem satisfação com cada passo do processo de reabilitação. Isso reforça o fato de que os sentimentos positivos e negativos devem ser reconhecidos pelos profissionais de saúde que estão inseridos na reabilitação dessas crianças de forma que possam oferecer suporte às mães durante todas as fases.

Sentimentos de frustração e confiança das mães de crianças traqueostomizadas podem ser comparados aos relatados por mães com filhos prematuros que são internados em UTI e representam uma experiência crítica para mães e familiares. Assim, os profissionais das equipes de saúde devem demonstrar zelo com maximização dos cuidados destinados à recuperação da saúde do bebê, mas também com valorização dos cuidados à família fragilizada (SOBIESKI,2012).

Barros (2008), refere que o impacto para os pais quando o filho apresenta algum problema de saúde que necessite cuidados constantes, do nascimento ao longo da sua vida, desafia também não somente as famílias, mas também aos profissionais de saúde, no sentido do cuidado integral, pois estas crianças demandam atenção de uma equipe multiprofissional e este grupo necessita de apoio e suporte para ajudá-los no seu papel de cuidadores tanto no auxílio técnico como também emocional uma vez que parte dessas famílias geram expectativas ora positivas, ora negativas em relação ao tratamento do filho.

### **Sentimentos em poder amamentar**

O aleitamento materno é uma prática natural e eficaz, um direito da criança, uma fase norteada de expectativas e dúvidas. Neste contexto, é preciso que a equipe de saúde

conheça a realidade de cada família, da mãe, para a atuação de acordo com a vivência da nutriz, não definindo ações baseadas em ideias pré-estabelecidas (MARQUES,2011).

Na rotina de atendimentos a estas mães, algumas puérperas, mães pela primeira vez, que iniciam o aleitamento materno não apresentam queixas e dificuldades significativas. No entanto, algumas precisam de apoio, incentivo e até mesmo de orientação, pois sentem-se inseguras frente ao desafio de nutrir, sentimentos como medo de não ser capaz de produzir leite suficiente para seu filho se desenvolver (SILVA ALMEIDA,2010)

O aleitamento materno é tratado, inclusive pelos profissionais de saúde sem a compreensão necessária acerca da sua complexidade, mesmo que no cotidiano das ações de saúde eles se deparem com entraves, insucessos e com o desmame precoce. Nas situações de adoecimento da criança, ainda em fase do aleitamento materno, os profissionais de saúde se deparam com mães angustiadas, amedrontadas e frustradas em não conseguir amamentar seus filhos. Essa situação pode ser agravada quando o aleitamento materno é interrompido em crianças que foram submetidas a uma traqueostomia em decorrência de algum agravo à saúde e essas mães ainda lidam com a dificuldade em alimentar essas crianças com outros alimentos.

A busca de alternativas para superar as dificuldades do aleitamento materno entre as mães com filhos traqueostomizados mostrou que o uso da válvula PASSY-MUIR® propiciou às mães recuperarem sua autoestima e as fizeram sentirem-se capazes. A plenitude dessa experiência pode ser observada com as falas das mães ao retornarem ao aleitamento materno.

[...] Foi um sensação muito boa, porque já estávamos passando por momentos difíceis, muitas provocações, amamentar meu filho é uma sensação de plenitude, porque você entende que ele está conseguindo ter o alimento que ele mais precisa [...]foi praticamente crucial naquele momento, em termos emocionais e alimentar dele. Mãe 1

[...] Poder dar de mamar, foi uma experiência que achei que não ia mais viver [...] foi muito especial dar de mamar pra ele depois de tudo que passamos, foi um presente em meio a tanta luta[...] eu dar mamar a ele com a válvula foi muito mais tranquilo para os dois, eu por causa do medo dele engasgar e ele porque não ficava ofegante e não tossia mais enquanto era alimentado. Mãe 2

[...] Quando a fonoaudióloga colocou ele no peito com uma sondinha pra auxiliar e ele mamou e eu vi que não saiu pela traqueo foi algo que eu nunca pensei em viver[...], foi um momento feliz, mais feliz do que o dia que ele nasceu, foi um sentimento melhor do mundo. Mãe 3

Observou-se a alegria e satisfação dessas mães quando tiveram a oportunidade em retomar o aleitamento materno e, como esse sentimento as completavam na plenitude da maternidade e, o resgate da função primordial de nutrir seus próprios filhos aponta para a satisfação que a relactação trouxe para elas.

Cruz,(2017) confirma os sentimentos demonstrados pelas mães que retomaram o aleitamento materno quando afirma que para as mães o ato de aleitar representa um momento prazeroso, de satisfação, alegria, conforto, troca de afeto, carinho e amor.

Entretanto, no ato de amamentar, as mães vivenciam um conjunto de emoções e dificuldades, mas na superação são expressados pela alegria, prazer, realização pessoal e a satisfação durante o processo de aleitamento materno. Estas experiências sociais do processo do amamentar demonstram que esta prática pode ser prazerosa, apesar das dificuldades (CABRAL,2013).

Corroborando os sentimentos de frustração das mães das crianças traqueostomizadas em um estudo com mães que tiveram dificuldades iniciais com a amamentação mostrou que elas sentem que estão sozinhas e expostas como resultado de seu sofrimento, relacionadas tanto à situação do bebê quanto ao comportamento indiferente dos profissionais. Buscando preencher essa lacuna é necessário dar prioridade ao estabelecimento de uma relação de cuidado caracterizada pela partilha, a fim de apoiar o bem-estar da mãe.

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança, é um processo de intensa ligação afetiva na relação entre o binômio mãe/filho que repercute no desenvolvimento emocional das mães, uma vez que o aleitamento promove momentos de prazer, contentamento, alívio, bem-estar (COSTA,2005), e isto é observado nas falas descritas abaixo.

[...] Depois de dar de mamar para ele de novo, foi muito bom, nessa hora eu ficava feliz [...]ele mamava e isso deu um alívio em mim, porque eu sabia que eu dar de mamar faria bem para ele. Mãe 4

[...] Poder dar de mamar pra ela de novo, foi o mais importante de tudo pra mim, foi o melhor [...]como eu falei foi o dia mais feliz, achei que nunca mais ia poder dar de mamar pra ela, uma alegria tão grande que não posso explicar [...] quando ela mamava no meu peito eu não queria que acabasse àquela hora, queria dar de mamar toda hora pra colocar ela no colo e sentir ela mamando e rindo pra mim. Mãe 5

[...] Depois que ela colocou a válvula e mamou no peito eu fiquei olhando pra ver se ia sair leite pela traqueo e não saiu, eu chorei, chorei de alegria[...] isso mudou de um dia para o outro e só uma mãe que amamenta sabe o que é isso, foi maravilhoso pra mim [...]foi a parte mais feliz pra

mim [...] quando ele vinha no colo e puxava a blusa pra mamar isso era o que eu mais amava. Mãe 6

O retorno ao aleitamento materno com o auxílio da válvula PASSY-MUIR® propiciou às mães das crianças traqueostomizadas recuperar o sentimento de prazer durante o ato de amamentar e o sucesso na prática, momentos muito valorizados por estas mães, o contato, o olhar e os sentimentos que estes momentos promoveram.

Experimentar esses sentimentos na lactação pode ser fundamental o êxito entre as mães com crianças traqueostomizadas porque elas vivenciam dificuldades além do processo do aleitamento materno com crianças sem agravos à saúde. Entretanto elas relataram que as dificuldades vividas foram compensadas pelo sentimento que experimentaram quando se voltaram a amamentar seus filhos traqueostomizados com o auxílio da válvula PASSY-MUIR®. Suas expressões dos sentimentos de satisfação com o retorno ao aleitamento materno vêm ao encontro da afirmativa de Lima (2013) quando afirma que é preciso estar atentos para a maneira como cada mulher percebe o aleitamento, para que se evite vinculá-la tão somente a nutrição, mas também ao prazer em aleitar, e a expressão de amor da mãe pelo filho.

Para as mães das crianças traqueostomizadas, quando tiveram acesso à válvula PASSY-MUIR®, o retorno ao aleitamento materno mostrou que essa ação foi muito mais do que o nutrir como forma de alimento por si só, mas envolveu sentimentos de esperança, consolo, gratidão a Deus, do receber um presente e de um recomeço ao retomarem o aleitamento materno, os quais são descritos abaixo nas falas da mães a seguir.

[...] Poder amamentar foi o milagre, o milagre que me trouxe a esperança, eu sentava e até esquecia da hora quando eu amamentava, foi meu melhor presente, presente de Deus[...] foi tudo novo, extraordinário[...] o dia que foi retirada a sonda de alimentação foi o dia mais feliz, chorou eu, meu marido, a enfermeira, a fonoaudióloga [...] ter uma experiência de sucesso depois de viver uma grande luta, foi consolador, foi um recomeço amamentá-la [...]eu só tenho a agradecer a Deus e a vocês. Mãe 7

[...] Foi um tempo inesquecível aprender tudo de novo, parecia que ela tinha nascido naqueles dias, eu tomei remédio para o leite descer, usei spray, uma bombinha pra ordenhar, eu fiz tudo que estava a meu alcance valeu cada minuto[...] foi lindo e consolador[...]foi um presente de Deus[...]nós vivemos um momento muito especial, porque ela não podia se alimentar via oral antes.[...] amamentar foi um recomeço, uma alegria

imensa depois de tanta luta, nunca imaginei viver isso, ela dormir em meus braços mamando[...]só posso dizer que foi uma nova vida. Mãe 9

[...] Graças a Deus foi um sucesso a válvula, o maior presente foi que eu consegui realizar meu sonho de amamentar meu filho e dessa vez por muito, muito tempo[...]olha nem que eu quisesse poderia explicar o que eu vivi, foi sobrenatural o que Deus fez por nós, foi um presente, um presente que não posso medir[...] Não foi fácil, mas nós conseguimos vencer muitos desafios, ajudá-lo aprender a sugar, a engolir, a mamar no peito novamente[...]foram vários dias, mas com toda a alegria digo que foram dias de glória, foi a recompensa melhor de todas. Mãe 10

Os sentimentos expressados pelas mães das crianças traqueostomizadas mostraram que o retorno ao aleitamento materno foi um desafio vencido no cuidado de seus filhos. Esperar, desejar, sentir, vivenciar, vencer, compartilhar, sentimentos expressados por essas mães em relatos tão peculiares, sentimentos tão especiais que muitas não conseguem descrever, apenas sentem. Um prazer sem medida, imensurável, um contentamento real para o que para elas parecia tão distante e inatingível, o sonho de aleitar seus filhos novamente, sonho este possível com o apoio de profissionais de saúde e de uma força inigualável de mães que nunca desistiram.

A continuidade do aleitamento materno após dificuldades na amamentação, segundo Lina Palmer, Gunila Carlsson, David Brunt, Maria Nystrom(2015) provem da segurança existencial. Sentimentos persistentes de insegurança existencial podem ser uma séria barreira à amamentação, principalmente quando associados a agravos à saúde do filho, e pode resultar em medo do relacionamento com a amamentação. Os profissionais de saúde precisam estar atentos a esta complexa crise existencial relacionada à segurança ou à insegurança e seus efeitos na decisão de amamentar quando se deparam com mães cujos filhos sofreram algum agravo à sua saúde, como no caso das crianças traqueostomizadas deste estudo.

As mães apresentam esperança de ver seus filhos evoluírem e, neste processo de reabilitação, quando retornam ao aleitamento materno e percebem os benefícios que o uso da válvula PASSY-MUIR® traz para o bem estar de seus filhos, elas expressam sentimentos de felicidade, alegria e conforto em especial por estarem sendo acompanhados por profissionais que lhes dão o suporte. Nesse sentido, podem ser repensadas estratégias que potencializem as ações a fim desenvolver novas possibilidades na atenção e qualidade de vida destas crianças e mães no processo de do aleitamento materno (ROSO,2014).

## **Apoio dos profissionais de saúde**

O cuidado e o apoio à nutriz no processo do aleitamento materno por familiares, amigos é indispensável, entretanto, vale ressaltar que os profissionais de saúde desempenham um papel crucial para o sucesso da lactação ( MARQUES,2011).

Nesse sentido a forma como os profissionais abordam, orientam, acolhem e apoiam é considerado primordial na rede de suporte a nutriz e a família. A família busca de resposta nos serviços de saúde para as questões inerentes ao aleitamento materno e cabe aos profissionais identificar os obstáculos que influenciam nesta prática e medidas auxiliares com o objetivo de minimizar as dificuldades de cada nutriz em especial e de seu filho, para efetivar o aleitamento materno (ALBUQUERQUE 2014).

O aleitamento materno se torna mais complexo e com possibilidades de interrupção quando ocorre algum agravo à saúde da criança ou da mãe. Em se tratando de crianças que são submetidas a traqueostomia, os profissionais devem estar atentos e ter prontidão para o suporte a essas mães que vão enfrentar outros obstáculos, mesmo na presença de produção de leite adequada para as necessidades do seu filho.

Ao observar as falas das mães nas descrições a seguir, podemos visualizar como o apoio dos profissionais de saúde foi fundamental e de extremo valor para essas mães e suas famílias

[...] Eu sempre tive o suporte da fonoaudióloga, não foi um atendimento de saúde pública, foi pessoal, porque construímos um vínculo e esse vínculo nos levou até a condição que o ... está hoje, usando a válvula[...] nós conseguimos trocar informações com ela conforme eu ia passando pela condição, ela orientou que ia conseguir mamar, isso foi bom nos deu uma visão do futuro. Mãe 1

[...]A fonoaudióloga me instruiu muito bem, nos deixou ir pra casa quando teve segurança que ele estava bem, ela viu ele mamar, não desistir de vê-lo sugar, ele mamou e foi incrível, surpreendente pra mim [...] fui muito bem assistida pela equipe de saúde[...] o que eu vejo até hoje é apoio deles sempre [...] a fonoaudióloga, os fisioterapeutas, os médicos, todos os profissionais me apoiaram, sem apoio eu não conseguiria ir em frente. Mãe 2

[...]De verdade eu encontrei quatro anjos que me ajudaram muito, a fonoaudióloga, o pediatra, a fisioterapeuta e a enfermeira, que sempre estavam ali para me ajudar... as pessoas certas na minha vida, foi assim que eu consegui, Deus me deu forças e com os profissionais certos nós conseguimos. Mãe 3

[...] Sim eu tive muito apoio de todos, não posso reclamar, é muito bom quando você tem apoio[...]quando vocês visitam meu filho em casa, sinto que meu filho é importante pra vocês e isso pra uma mãe é tudo[...]depois desse cuidado de vocês a vida dele mudou pra melhor, mudou 100%, vocês me deram de volta ouvir a voz dele, a fala, fiquei feliz em escutar a vozinha dele, muito lindo viver isso. Mãe 4

As mães das crianças traqueostomizadas apontaram para o zelo que os profissionais de saúde tiveram para com elas e seus filhos. Nesse sentido, o cuidado produzido pelos profissionais de saúde buscou a preservação do potencial saudável dessas mães no retorno ao aleitamento materno e ele pode estar assentado na concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si (SOUZA et al., 2005).

Nessa concepção a articulação de uma rede de cuidado com profissionais comprometidos com a assistência se faz necessária e para tal, os cuidados fornecidos pelos profissionais da saúde necessitam de constante aprimoramento, reduzindo a separação entre mãe e profissional e, este assume o papel de incentivador, orientador e de suporte, estimulando a prática do aleitamento materno, principalmente diante de agravos à saúde da criança quando, a postura dos profissionais pode ser determinante para o sucesso das propostas alternativas de cuidado, principalmente quando envolvem tecnologias desconhecidas pelas mães (KLOCK, 2012).

ROSO (2014) discutindo a internação de bebês prematuro enfatiza que é necessário potencializar a presença dos profissionais de saúde no cenário dos cuidados com o binômio mãe e bebê, priorizando o cuidado e promovendo a formação do vínculo, refletindo de maneira significativa na assistência à essas famílias. Essa assertiva deve estar presente em situações de crianças com agravos a saúde e em especial com crianças traqueostomizadas, considerando que elas são mais vulneráveis a complicações e as mães devem ter suporte para o seu cotidiano de cuidado no domicílio.

Considerando as mães do estudo, observa-se que o apoio dos profissionais de saúde foi considerado decisivo na mudança da qualidade de vida da criança, no seu desenvolvimento e elas relataram o suporte recebido como imprescindíveis para as ações de reabilitação propostas para o cuidado dos seus filhos traqueostomizados.

[...] Ela foi muito bem cuidada ..., foi muito importante ter vocês, porque eu não conseguiria, sem vocês não poderia, vocês todos foram especiais[...]o enfermeiro me ajudou bastante, ele acreditou que ela ia melhorar, por isso encaminhou para a fonoaudióloga[...]a fonoaudióloga

marcava sempre pra eu ir, até que eu conseguisse dar de mamar sozinha[...] vocês foram anjos na minha vida, ainda são anjos, porque eu não sabia nada[...]o cuidado de vocês continua até hoje, vocês nunca irão desistir dela e eu só posso dizer obrigada e que Deus abençoe vocês. Mãe 5

[...]Quando a fonoaudióloga disse que ela podia mamar de novo e perguntou se eu queria, eu disse sim, foi difícil, mas ela não desistiu, me ajudou, me ensinou[...]conhecer a fonoaudióloga e seu trabalho foi a nossa esperança [...] O apoio de vocês, foi tudo, sem vocês não conseguiria cuidar da minha filha, foram maravilhosos, se preocupavam com ela, ligavam pra saber como ela estava e continuam a cuidar [...]Obrigada sempre, sempre, um grupo assim tinha que ter em qualquer lugar, vocês se ajudam entre si e ficam felizes com a gente, Deus abençoe sempre. Mãe 6

[...] Eu não sabia que o trabalho do fonoaudiólogo era tão importante assim, este trabalho foi fundamental, eu não teria vencido se não fosse tão bem orientada [...] eu não sabia que esse auxílio da relactação era tão espetacular, todos deveriam ser orientados por uma equipe assim [...]só podemos ser gratos a essa equipe e de ter conhecido pessoas tão especiais[...] acima de todo conhecimento vocês amam o que fazem[...]durante o processo que ele aprendeu a sugar e eu aprendi a ser uma mãe que amamentava, em momento nenhum me senti desamparada [...]sabe, muitas cidades têm profissionais incríveis no SUS e nem sabem que têm [...]vocês são incrivelmente talentosos e humanos. Mãe 7

[...] Eu tive muito apoio, sabe, os enfermeiros, a fonoaudióloga, deram muita ajuda[...] quando eu achava que não ia dar certo, vocês me ajudaram a não desistir[...] perguntavam se ela estava bem, sempre muito atenciosos e por isso ela melhorou tanto, foi muito bom ter gente pra me ajudar, se não, não tinha conseguido [...]vocês cuidam muito bem. Mãe 8

O suporte recebido pelas mães foi essencial no processo de reabilitação das crianças traqueostomizadas e os profissionais de saúde e as mães puderam interagir e trocar experiências e conhecimentos para a promoção e proteção da saúde tanto dos filhos como das mães. Nesse sentido Souza et al. (2013) afirmam que os profissionais da saúde devem se apropriar das tecnologias em saúde, mas agregar valores vitais que não são permanentes mas envolvem decisões, sempre compartilhadas. Ações dessa natureza percebidas pelas mães estudadas possibilitou que elas tivessem confiança na tecnologia proposta com o uso da válvula PASSY-MUIR® e permitiu que retomassem o aleitamento materno.

Souza et al. (2013) afirmam que as práticas em saúde que buscam extrapolar a adoção de um modelo ideal de assistência e de adesão a padrões e normas, podem ser um potente fomentador de cuidados e nesse sentido ao avaliar a satisfação de mulheres com o apoio recebido, para o aleitamento materno, em unidades de saúde observou-se que, em

unidades em que a satisfação das usuárias com as práticas desenvolvidas era, pelo menos regular o aleitamento materno foi mais eficaz OMS (2010).

Alguns estudos ressaltam, ainda, que a falta de uma rede e de apoio social favorece a interrupção do aleitamento materno e favorece a decisão das mães por outros alimentos complementares, como a oferta de leite de fórmula infantil em mamadeiras e, uma das justificativas seria de que ao nutrir o bebê dessa forma, as mães teriam um tempo maior para desempenhar outras atividades (BRASIL,2009; HASSELMANN, 2008., DAMIÃO,2008). De outro lado, Castro, (2008) observou, em seu estudo, fatores determinantes que incentivaram as mães para o AM, e observou que em situações específicas a continuidade do AM é prejudicada em virtude de um apoio social que incentiva o aleitamento artificial.

Para crianças com agravos à saúde, o aleitamento materno pode ser um fator preponderante no seu crescimento e desenvolvimento. No caso das crianças traqueostomizadas, a retomada do aleitamento materno permitiu as mães perceberem os benefícios dessa prática e o apoio e incentivo dos profissionais de saúde foi fundamental e decisivo para o retorno e a continuidade.

[...] Se você tem um profissional que vem com a possibilidade de melhora de seu filho é de muito valor, foi isso que a fonoaudióloga, que os profissionais fizeram por ela [...] eu fui incentivada e eu incentivo muitas mães que ainda não experimentaram desse trabalho, que tenham essa experiência, porque vale a pena[...] se eu não tivesse conhecido o trabalho da fonoaudióloga, meu filho não teria mamado no peito de novo[...] eles lutaram por nossa filha, nos apoiaram e por isso conseguimos[...] foram anjos que conhecemos[...]foi um tempo muito especial pra nós[...] são poucos profissionais que se dedicam desse jeito, vocês investiram nela[...] obrigada por tudo, que Deus abençoe vocês. Mãe 9

[...] Sempre tive orientação de vocês quando eu precisei, hoje eu faço tudo de forma natural, foi uma vitória ter aprendido tudo com vocês[...]eu tive muito apoio e mesmo após ela ter melhorado eu continuo a ter apoio, porque cuidam dele até hoje[...]meu filho é exemplo para outras famílias, isso me alegra demais, porque a evolução dele não ajudou somente ele, mas toda equipe que ajuda ele e para as famílias que precisam de vocês também[...]eu só tenho gratidão a vocês ,pelo apoio, pelo amor que dedicaram ao meu filho, nunca desistiram ,usaram todos os recursos pra vê-lo melhorar, mesmo na condição crítica dele, vocês acreditaram que ele venceria. Mãe 10

As mães das crianças traqueostomizadas expressam a importância das ações que as levaram a identificar a promoção de impactos positivos nas condições de vida dos seus

filhos e da família. Pôde-se observar que os profissionais de saúde que atenderam essas mães buscaram incorporar o conceito de integralidade do cuidado, criando vínculos, acolhimento e dando autonomia para essas mães no cuidado dos seus filhos bem como, na retomada do aleitamento materno.

Assim, os profissionais de saúde devem minimizar a sentimentos de isolamento e superproteção das famílias e abrir espaço para que as mães tragam suas dúvidas, frustrações e ansiedades, bem como deem oportunidade a elas de incorporar tecnologias que trarão mais qualidade de vida aos filhos traqueostomizados. Para isso é também necessário fornecer, às famílias, informações precisas e atualizadas sobre a condição de seus filhos, para que se possa criar um ambiente de confiança na busca de cuidados alternativos e saber como lidar com situações cotidianas (MARQUES et al. 2018).

A relação de confiança entre profissional e família tem relação direta com o sucesso ou insucesso do retorno ao aleitamento materno das crianças traqueostomizadas e como é preciso novos caminhos que favoreçam essa prática e, este estudo buscou mostrar quando expõe a importância de um novo olhar dos profissionais da equipe multidisciplinar frente às incapacidades identificadas nas mães e seus filhos traqueostomizados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade do uso de cânula de traqueostomia repercute na deglutição e isto é incontestável. Nesse contexto, os profissionais de saúde devem compreender melhor esses impactos e buscar estratégias para auxiliar e minimizar os fatores que interferem na deglutição e que contribuem para o desmame precoce do aleitamento materno. A identificação e o gerenciamento destes fatores como a disfagia por exemplo, são essenciais para uma abordagem segura nos pacientes traqueostomizados. Tomando posse de estratégias terapêuticas, o fonoaudiólogo pode utilizar a válvula Passy- Muir® que tem importante valor na assistência desses pacientes.

No decorrer desta pesquisa pudemos verificar os benefícios do uso do dispositivo nomeado válvula de deglutição Passy-Muir® para a retomada do aleitamento materno.

Após criteriosa avaliação e compreensão do quadro clínico do paciente por meio da análise da história pregressa do paciente, da doença de base, da observação da anatomia e funcionalidade do Sistema Sensório Motor Orofacial foi possível planejar as estratégias para readequar as funções orofaciais deficitárias.

No decorrer desta pesquisa o fonoaudiólogo pôde assistir os pacientes traqueostomizados e iniciar a reabilitação com auxílio da válvula Passy-Muir®, com o objetivo do restabelecer o aleitamento materno, o que de fato ocorreu, promovendo a readaptação da fisiologia da respiração, da fonação e da deglutição.

Durante o processo de reabilitação os benefícios observados apontaram para a retomada do aleitamento das 11 crianças assistidas nesse estudo, segurança ao aleitar, redução da produção de secreção, reduções diárias do número de aspirações de vias áreas, melhora no padrão respiratório, vocalizações (balbucios e choro), melhora na qualidade do sono da criança, readequação da deglutição e sucção, e a introdução de novos alimentos.

Em suma, as respostas na abordagem através do uso da válvula Passy-Muir® foram benéficas e satisfatórias e promoveram uma mudança significativa na qualidade de vida, nas atividades diária e prática da criança e de sua família. No entanto são necessárias outras pesquisas futuras que por sua vez abordem estas temáticas, ampliando e construindo conhecimentos nesta área de atuação, uma vez que há um número limitado de estudos que correlacionem tais temas na literatura. Os resultados obtidos nesta pesquisa poderão contribuir para prática clínica dos fonoaudiólogos e profissionais de áreas afins, como também para as políticas de saúde coletiva.

Portanto, o estudo é relevante para a comunidade científica e para a sociedade em geral para profissionais e futuros profissionais da área da saúde, relacionados direta ou indiretamente à área de saúde materno-infantil.

## REFERÊNCIAS

ABREU, P.C; MAIA, E.S; CAETANO, MENDONÇA, A. Desinsuflação do cuff da traqueostomia nos pacientes em desmame da ventilação mecânica. **Rev. Bras. Fisioter.** vol.16, p.222, 2012. Disponível em:<<http://rbf-bjpt.org.br/article/52e802d45ce02a195e000004>>. Acesso em: 14 out. 2016.

ALBESHARAT, R.; EHRMANN, M.A.; KORAKLI, M.; YAZAJI, S.; VOGEL, R.F. Phenotypic and genotypic analyses of lactic acid bacteria in local fermented food, breast milk and faeces of mothers and their babies. **Syst Appl Microbiol.** 2011;34:148-55. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21300508>>. Acesso em: 16 out. 2016. Tradução livre do autor.

ALBUQUERQUE, ANVETE LEAL DE. **Representações sociais de nutrízes adolescentes sobre o apoio de sua rede social durante a amamentação.** 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/12001> .Acesso em: 24 maio 2018

ALBUQUERQUE, J. L. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço. **Geopolítica(s)**, Natal, v. 3, n. 2, p. 185-205, 2012. Disponível em:< [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31659091/limites\\_e\\_paradoxos.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31659091/limites_e_paradoxos.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2017.

ALMEIDA, TATIANA MAGALHÃES DE ET AL. Risk of excessive sodium intake in the use of a thickener for dysphagia. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 101, n. 1, p. e15-e17, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2013002700019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2013002700019&script=sci_arttext). Acesso em: 23 maio 2018

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) – Ministério da Saúde, RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 - **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em: 20 out. 2016.

BARBOSA, J. A.G.; SANTOS, Fabrícia Paula Castro; SILVA, Pablo Marcelo Castilho. Fatores associados à baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo e ao desmame precoce [http://dx. doi. org/10.15601/1983-7631/rt. v6n11p154-16](http://dx.doi.org/10.15601/1983-7631/rt.v6n11p154-16). **Revista Tecer**, v. 6, n. 11, 2013.

BARROS MEB, VIEIRA LFD, BERGAMIN MP, SCARABELLI RS. As articulações saúde e trabalho: relato de experiência em um hospital público, Vitória, Espírito Santo. **Cad Saúde Colet (Rio J)** 2006; 14:451-68. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000157&pid=S0102-311X200800090002000005&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000157&pid=S0102-311X200800090002000005&lng=pt).Acesso em:25 maio 2018.

BARROS, A.P.B; PORTAS, J.G.; QUEIJA, D.S. Implicações da traqueostomia na

Comunicação e na deglutição. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço**, v. 38, n. 3, p. 202-7, 2009. Disponível em: <<http://www.fonovim.com.br/arquivos/e3ea46e68c92e587ac9cec2085b7f180-Implica----es-da-traqueostomia-na-comunica----o.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

BERELSON, B. **Content analysis in communication research**. New York: Hafner; 1984. Tradução livre do autor

BERNARDI, SARAH ALVARENGA; BERRETIN-FELIX, GIÉDRE; DA SILVA-ARONE, Marcela Maria Alves. Cânulas traqueais e disfagia orofaríngea: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v.44, nº 4, p. 187-193, Outubro / Novembro / Dezembro 2015. Disponível em: <http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2015/07/Rev-SBCCP-44-4-Artigo-08.pdf>. Acesso em: 23 maio 2018

BERNARDI, J. R.; GAMA, C. M.; VITOLO, M. R. Impacto de um programa de atualização em alimentação infantil em unidades de saúde na prática do aleitamento materno e na ocorrência de morbidade. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1213-1222, jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000600018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600018)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

BIROLINI, D et al. **Cirurgia de Emergência**. 1ª ed. 1993. Editora Atheneu.

BOLZAN, G. P. Contribuição da ausculta cervical para a avaliação clínica das disfagias orofaríngeas. **Revista CEFAC**, Londrina, v. 15, n. 2, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462013000200023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000200023)>. Acesso em: 14 nov. 2016.

BORDALO, J. D. **Aleitamento Materno–relactação e lactação induzida**. Mestrado Integrado em Medicina. Universidade da Beira Interior. Faculdade de Ciências da Saúde. Covilhã, 2008. Disponível em: <[www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=d0d3569768d736c5](http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=d0d3569768d736c5)>. Acesso em: 14 nov. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: MS; 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_prevalencia\\_aleitamento\\_mater\\_no.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_mater_no.pdf). Acesso em: 24 maio 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução 446, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em 02 out. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução 510, de abril de 2016**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 02 out. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal da Saúde. Brasil é referência mundial em amamentação**. 2016. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/aleitamento-materno/25099-brasil-e-referencia-mundial-em-amamentacao>>. Acesso em: 12 out. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portal da Saúde. Desafios para a juventude**. 2016. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/noticias/entrevistas/627->

coordenadora-da-saude-do-jovem-do-ministerio-da-saude-fala-sobre-desafios-para-a-juventude>. Acesso em: 24 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM n.2.488 de 21 de outubro de 2011**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 22 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS n 154 de 24 de janeiro de 2008**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 28 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_puerperio\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf)>. Acesso em: 07 jan. 2017

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 193, de 23 fevereiro de 2010**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/prt0193\\_23\\_02\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/prt0193_23_02_2010.html)>. Acesso em: 08 de jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Série Cadernos de Atenção Básica nº11. Brasília 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento\\_desenvolvimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf)>. Acesso em: 08 jan. 2017

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília 2004. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda_compro_crianca.pdf)>. Acesso em: 08 jan. 2017

\_\_\_\_\_. Estratégia Nacional da Promoção do Aleitamento Materno e da Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde, **Manual de Implementação**, Brasília: versão preliminar, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_nacional\\_promocao\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf)>. Acesso em 07 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. **Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu**. Disponível em: <<http://www.pmfi.pr.gov.br/conteudo/?idMenu=1004>> Acesso em: 10 out. 2016.

BUTNARU, C.S.; COLREAVY, M.P.; AYARI, S.; FROEHLICH P. Tracheotomy in children: evolution in indications. **Internacional Jornal Pediatr Otorhinolaryngol**. 2006;

70:115-9. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16169607>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

CABEÇA, LUCIANA PALÁCIO FERNANDES ET AL. **Molduras da Comunicação de Notícias Difíceis em UTI Neonatal: sentidos do presente, reflexos para o futuro**. 2014. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/1434>. Acesso em: 23 maio 2018

CABRAL, VLM; CAMPESTRINI, S. **Mães desejosas de amamentar enfrentam desamparo profissional**-Programa do Aleitamento Materno. 2010. Disponível em: <[revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/66/53](http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/66/53)>. Acesso em: 14 jan. 2017.

CABRAL, PATRÍCIA PEREIRA ET AL. Motivos do sucesso da amamentação exclusiva na perspectiva dos pais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 454-62, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/16996>. Acesso em 24 maio 2018

CABRE et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independent living older persons. **Journal of American Geriatrics Society**. 2011;59(1):186-7. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21226704>>. Acesso em: 07 jan. 2017. Tradução livre do autor.

CAMINHA, M.F.C.; BATISTA FILHO, M.; SERVA, V.B.; ARRUDA, I.K.G.; FIGUEIRO, A. J.N.; CABRAL DE LIRA, P.I.; Tendência temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Rev Saúde Pública**. 2010; 44(2): 240- 8. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200003)>. Acesso em: 12 jan. 2017.

CARR, M.M. et al. Complications in pediatric tracheostomies. **The Laryngoscope**, v. 111, n.11, p. 1925-1928, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11801971>>. Acesso em: 12 Jan. 2017. Tradução livre do autor.

CARTER, P.; BENJAMIN, B. Ten-year review of pediatric tracheotomy. **Ann Otol RhinoLayngol**.1983;92 (4 Pt 1):398-400. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6881848>>. Acesso em 12 jan. 2017. Tradução livre do autor.

CASTRO LMC, ROTEMBERG S, DAMIÃO J, MALDONADO LA, ROSADO CP, BAPTISTA NO. Concepções de mães sobre a alimentação da criança pequena: o aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares. **Cad. Saúde Coletiva** 2008; 16(1):83-98. Disponível [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000187&pid=S1413-8123201300020000800055&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000187&pid=S1413-8123201300020000800055&lng=en). Acesso em: 24 maio 2018.

CATÁLOGO HOSPITALAR. **Cânula de Traqueostomia**. Disponível em: <<http://catalogohospitalar.com.br/canula-de-traqueostomia.html>>. Acesso em: 20 out. 2016

CIRURGICA PASSOS. **Cânula De Traqueostomia Pvc C/ Balão 6.5 Estéril Solidor**. Disponível em: < <http://cirurgicapassos.com.br/canula-de-traqueostomia-pvc-c-bal-o-6-5-esteril-solidor.html>>. Acesso em: 20 out. 2016

CHÁVEZ F.S.; CHOCANO, A.D. “Órgãos” o “estruturas” fonoarticuladoras: un deslinde teórico – conceptual. **Rev. CEFAC**. 2010. Set-Out: 12(5):715-904. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n5/es\\_a01v12n5.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n5/es_a01v12n5.pdf)>. Acesso em: 12 Jan. 2017. Tradução livre do autor.

CLARETT M, ANDREU MF, SALVATI IG, DONNIANNI MC, MONTES GS, RODRÍGUEZ MG. Effect of subglottic air insufflation on subglottic pressure during swallowing. **Med Intensiva**. 2013 Mar 5. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/23473519>. Acesso em: 24 maio 2018

CLAVÉ, P. et al. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. **Clinical Nutrition**, v. 27, n. 6, p. 806-815, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18789561>>. Acesso em: 12 jan. 2017. Tradução livre do autor.

CORBETT, H.J. ET AL. Tracheostomy—a 10-year experience from a UK pediatric surgical center. **Journal of pediatric surgery**, v. 42, n. 7, p. 1251-1254, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17618889>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

COSTA, C. C.; et al. Decanulação: atuação fonoaudiológica e fisioterapêutica. **Distúrbios da Comunicação**. ISSN 2176-2724, v. 28, n. 1, 2016

COSTA, ROBERTA. **Reflections of the team of health on the kangaroo-mother method in a unit of neonatology: a dialogue based on the problem-solving boarding**. 2005. Dissertação (Master in Nursing) – Post Graduation Course in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Florianópolis. 228p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/102720>. Acesso em 24 maio 2018

CRUZ, NAYARA MENDES ET AL. Vivência das mães na transição para o desmame natural. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 3, p. 19-24, 2017. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/583>. Acesso em 24 maio 2018.

DA CRUZ, ANA RUTE MARTINS ET AL. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/9530>. Acesso em: 23 maio 2018

DAMIÃO JJ. Evolução do Aleitamento Materno. Associação Brasileira de Nutrição, Associação de Nutrição do Estado do Rio de Janeiro. In: **XX Congresso Brasileiro de Nutrição**; 2008 Maio 25-28; Rio de Janeiro, Brasil; 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000171&pid=S1413-8123201300020000800047&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000171&pid=S1413-8123201300020000800047&lng=pt). Acesso em: 24 maio 2018

DATASUS, **Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015** - Edição 2015  
Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201&id=6903>>.  
Acesso em: 12 jan. 2017.

DAVIM RMB, ENDERS BC, DANTAS JC, SILVA RAR, NÓBREGA EJPB. Método mãe-canguru: vivência de mães no alojamento conjunto. **Rev. RENE**. 2009;10(1):37-44  
Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3240/324027965004/> Acesso em: 23 maio 2018

DE MENDONÇA PICININ, ISABELA FURTADO ET AL. **Modelo de assistência multidisciplinar à criança traqueostomizada**. Disponível em: [http://file:///D:/Downloads/v26s6a04%20\(2\).pdf](http://file:///D:/Downloads/v26s6a04%20(2).pdf) . Acesso em: 24 maio 2018.

DENZIN N.K, LINCOLN Y.S, editors. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

EDMOND, K.M.; KIRKWOOD, B.R.; AMENGA-ETEGO, S.; OWUSU-AGYEI, S.; HURT, L.S. Effect of early infant feeding practices on infection specific neonatal mortality: an investigation of the causal links with observational data from rural Ghana. **Am J Clin Nutr**. 2007;86:1126-31. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17921392>>. Acesso em: 07 jan. 2017.

EDMOND, K.M.; ZANDOH,C.; QUIGLEY,M.A.; AMENGA-ETEGO,S.; OWUSUAGYEI S.; KIRKWOOD, B.R. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**. 2006;117: e380-6. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/117/3/e380>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

FALEIROS, F.T.V.; TREZZA; E.M.C., CARANDINA; L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev Nutr**. 2006; 19(5): 623-30. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732006000500010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000500010)>. Acesso em: 13 jan. 2017.

FAVERO, SAMARA REGINA ET AL. Complicações Clínicas da disfagia em pacientes internados em uma UTI. **Distúrbios da Comunicação**, v. 29, n. 4, p. 654-662, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/31796>. Acesso em 24 maio 2018.

FRAGA TF, AMANTE LN, ANDERS JC, PADILHA MICS, HENCKEMAEIR L, COSTA R, BOCK LF. Percepção das mães sobre o processo comunicacional na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Eletrônica Enferm** [ periódico na internet]. 2009 [acesso em 20 maio 2010];11(3):612-9 Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/47175>. Acesso em: 23 maio 2018

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. **Cad saúde pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Acesso em: 20 mar 2017.

FRAGA, J.C.; CONTELLI, F.; KRUEL, J.; COSTA, E.C.; BACKES, A Traqueostomia pediátrica: relato de uma série de casos. **Revista AMRIGS**. 2008; 52:60-66. Disponível em: <<http://www.amrigs.org.br/revista/52-01/rc04.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

FRANÇA, M.C.T.; GUIGLIANI, E.R.J.; OLIVEIRA, L. D; WEIGERT, E.M.L.; ESPÍRITO SANTO, L.C.; KÖHLER, C.V. ET AL. Uso da mamadeira no primeiro mês de vida: Determinantes e influência na técnica de amamentação. **Rev Saúde Pública**. 2008; 42(4):607-14. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400005)>. Acesso em: 17 jan. 2016.

FREEMAN, S. A.; TOGHER, L.; PHIPPS, P; ELKINS, M. A clinic audit of management of patients with a tracheostomy in a Australian tertiary hospital intensive care unit: Focus on speech language pathology. **Int J Speech Lang Pathol**. 2011; 13(6):518-25. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21936760>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

FREITAS, A A.S. ; COELHO, M.J.; FONTÃO, M. M. Os Cuidados Cotidianos aos Homens Adultos Hospitalizados com Traqueostomia por Câncer na Laringe. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 4, p. 703, 2012.

FUJIMORI, E.; MINAGAWA, A.T.; LAURENTI, D.; MONTERO, R.M.J.M.; BORGES, A.L.V.; OLIVEIRA, I.M.V. Duração do aleitamento materno em menores de dois anos de idade em Itupeva, São Paulo, Brasil: há diferenças entre os grupos sociais? **Rev Bras Saúde Matern Infant**. 2010; 10(1): 39-49. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000100004)>. Acesso em: 20 jan. 2017.

FURKIM, A. M.; RODRIGUES, K. A. **Disfagias Nas Unidades De Terapia Intensiva**. 1º edição: editora Roca. São Paulo, 2014.

GASPAR MRF, MASSI GAA, GONÇALVES CGO, WILLIG MH. A equipe de enfermagem e a comunicação com o paciente traqueostomizados. **Rev. CEFAC**. 2015; 17(3):734-44. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1693/169339754007.pdf>. . Acesso em: 23 maio 2018

GIANOLI, GJ; MILLER, R.H.; GUARISCO, J.L.; Tracheotomy in the first year of life. **Ann Otol Rhinol Laryngol**. 1990; 99:896-901. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241016>>. Acesso em: 21 jan, 2017. Tradução livre do autor.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar: **Como fazer pesquisa 8º ed. qualitativa em Ciências Sociais**. 8º ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOMES, T. A. B. F.; CHAVES, Katia Regina Jacinto. Alterações da mecânica respiratória na traqueostomia: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 40, n. 3, p. 161-165, 2011. Disponível em: <http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/11/REVISTA-SBCCP-40-3-artigo-12.pdf>. Acesso em: 23 maio 2018

GOMES, REGINA HELENA SENFF ET AL. A comunicação do paciente traqueostomizado: uma revisão integrativa. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 5, p. 1251-1259, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1693/169348334025/>. Acesso em: 24 maio 2018

GROSSBACH I, STRANBERG S, CHLAN L. Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. **Critical Care Nurse**. 2011;31(3):46-60. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/early/2010/08/31/ccn2010728.full.pdf>. Acesso em: 23 maio 2018

GUIZARDI POLIDO, CAROLINA ET AL. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 5, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3070/307023877005/>. Acesso em 24 maio 2018.

HANNICKEL, S. ET.AL. O comportamento dos laringectomizados frente à imagem Corporal. **Rev bras cancerol**, v. 48, n. 3, p. 333-9, 2002. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v03/pdf/artigo1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo1.pdf). Acesso em: 22 jan. 2017.

HASSELMANN MH, WERNECK GL, SILVA CVC. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Cad Saude Publica** 2008; 24 (Supl. 2):341-352. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2008001400019&script=sci\\_arttext&lng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2008001400019&script=sci_arttext&lng=pt). Acesso em: 24 maio 2018

ITAMOTO, C. H., ET AL. Indicações e complicações de traqueostomia em crianças. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 76, n. 3, p. 326-331, 2010.

JUNGES, C.F.; RESSEL, L.B.; BUDÓ, M.L.D.; PADOIN, S.M.M.; HOFFMANN, I.C.; SEHNEN, G.D. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. **Rev Gaúcha Enferm**. 2010; 31(2): 343-50. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000200020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200020). Acesso em: 19 jan. 2017.

KAUFMANN, C. C.; ALBERNAZ, E. P.; SILVEIRA, R. B.; SILVA, M. B.; MASCARENHAS, M. L. W. Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. **Revista Paulista de Pediatria**, [S.I.], v. 30, n. 2, p. 157-165, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822012000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000200002). Acesso em: 12 jan. 2017.

KLOCK, PATRÍCIA; ERDMANN, ALACOQUE LORENZINI. Cuidando do recém-nascido em UTIN: Convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 45-51, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a06>. Acesso em 24 maio 2018.

LIMA, LAÍS SILVA; SOUZA, SARAH NANCY DEGGAU HEGETO. Percepção materna sobre o apoio recebido para a amamentação: o olhar na perspectiva da vulnerabilidade programática. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 73-90, 2013. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/12595>. Acesso em 24 maio 2018

LINA PALMÉR, GUNILLA CARLSSON, DAVID BRUNT, MARIA NYSTRÖM. Existential security is a necessary condition for continued breastfeeding despite severe initial difficulties: a life world hermeneutical study. **International Breastfeeding Journal** v.10, p 10:17, 2015. Disponível em: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-015-0042-9> Acesso em 24 maio 2018.

MAHADEVAN, M.; BARBER,C.; SALKELD,L.; DOUGLAS,G.; MILLS,N. Pediatric Tracheotomy: 17 year review. **Internacional Journal Pediatr Otorhinolaryngol**. 2007;71:1829-35. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17953995>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

MAMEDE, DANIELA; BARBOSA, FABIANA MARIA BEZERRA. **Influência da traqueostomia na permanência da ventilação mecânica e no tempo de internação**. 2017. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/17356>. Acesso em: 23 maio 2018

MANGILLI, L. D.; MORAES, D. P.; MEDEIROS, G. C. Protocolo de avaliação fonaudiológica preliminar (PAP). In: ANDRADE, C. R. F.; LIMONGHI, S. C. O. **Disfagia prática baseada em evidências**. São Paulo: Sarvier, 2012. p. 45-61.

MENEZES, FERNANDA TEIXEIRA. **Reabilitação da deglutição: tempo e fatores prognósticos em pacientes disfágicos hospitalizados**. 2010. Disponível em: <http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/10008>. Acesso em: 23 maio 2018

MENEZES, MARINA ET AL. **A criança e sua rede familiar: significações do processo de hospitalização**. 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/103271>. Acesso em: 23 maio 2018

MARCHESAN, I. Q.; FURKIM, A.M.; SANTINI,C.S.; Deglutição-normalidade In: **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: Pró-Fono, p. 3-18, 1999.

MACHT M, WIMBISH T, BODINE C, MOSS M. ICU-acquired swallowing disorders. **Crit Care Med**. 2013;41(10):2396-405. Disponível em: [https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2013/10000/ICU\\_Acquired\\_Swallowing\\_Disorders.16.asp](https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2013/10000/ICU_Acquired_Swallowing_Disorders.16.asp). Acesso em 24 maio 2018

MARCON, S S., et al. Estratégias de cuidado a famílias que convivem com a doença crônica em um de seus membros-DOI: 10.4025/ciencuccuidsaude. v8i0. 9720. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, p. 70-78, 2010.

MARCONDES, E. et al. **Pediatria Básica**. 9.ed.São Paulo: Sarvier, 2002

MARIANO, Grasielly Jeronimo dos Santos. Relactação: Identificação de práticas bem-sucedidas. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 3, p. 163-170, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000100017](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100017)>. Acesso em: 12 jan. 2017.

MARQUES, EMANUELE SOUZA; COTTA, ROSÂNGELA MINARDI MITRE; PRIORE, SILVIA ELOIZA. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, 2011. Disponível em: <http://www.locus.ufv.br/handle/123456789/12757>. Acesso em 24 maio 2018

MARQUES GMV; SANTOS NA; JUNIOR FGR; ET AL. Intervention with parents and caregivers as assistance strategy for persons with special needs. **Rev Fund Care Online**. 2018 abr/jun; 10(2):374-378. Disponível em : DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.374-378> Acesso em 24 maio 2018.

MARTINS, ELIS MAYRE DA COSTA SILVEIRA ET AL. Vivência de mães no cuidado à criança diabética tipo 1. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 14, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3323>. Acesso em: 24 maio 2018

MESTRAL C, IQBAL S, FONG N, LEBLANC J, FATA P, RAZEK T, KHWAJA K. Impact of a specialized multidisciplinary tracheostomy team on tracheostomy care in critically ill patients. **Can J Surg**. 2011; 54(3). Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21443833>>. Acesso em: 14 jan. 2017. Tradução livre do autor.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. 2008.

MINAYO, M.C. Conceitos básicos sobre metodologia e sobre abordagens qualitativas. In: Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo, Hucitec, 2010.

MONTEIRO, J.C.S.; GOMES, F.A.; NAKANO, M.A.S. **Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos**. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(1): 146-50. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100018)>. Acesso em: 19 jan. 2017.

NOBRE S ET AL. – Traqueostomia em idade pediátrica. **Acta Pediatr Port** 2011;42(6):269-73Disponívelem: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4279/3179>. Acesso em: 23 maio 2018

O' CONNOR WHITE, A. C. Tracheostomy decannulation. **Respir Care**. 2010; 55(8): 1076-81.21. Disponível em: <<http://www.rcjournal.com/contents/08.10/08.10.1076.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Indicators for assessing infant and young child and feeding practices, part II*. Genebra: OMS; 2010. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664\\_eng.pdf;jsessionid=4F5CC40C997B23BFC8E594F685C23221?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf;jsessionid=4F5CC40C997B23BFC8E594F685C23221?sequence=1). Acesso em: 24 maio 2018

DE OLIVEIRA, JENIFER ANDREIA NASCIMENTO ET AL. A influência da família na alimentação complementar: relato de experiências. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 11, n. 1, p. 75-90, 2016.

PARK ET AL. Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. **Geriatric Nursing**. 2013;20:1-6. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23528180>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

PADOVANI, A. R.; ANDRADE, C. R. F. Protocolo de introdução e transição da alimentação por via oral (PITA). In: ANDRADE, C. R. F; LIMONGI, S. C. O. (Org). **Disfagia: prática baseada em evidências**. São Paulo: Sarvier, 2012. p. 74-85

PEREIRA KD, MACGREGOR AR, MITCHELL RB. Complications of neonatal tracheostomy: a 5-year review. **Otolaryngol Head Neck Surg**. 2004; 131:810-3. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15577773>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

RODRIGUES M.S.P.; LEOPARDI, M.T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza (CE): Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999.

ROMERO, Carlos M. et al. Swallowing dysfunction in nonneurologic critically ill patients who require percutaneous dilatational tracheostomy. **Chest Journal**, v. 137, n. 6, p. 1278-1282, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20299629>>. Acesso em: 20 Jan. 2017. Tradução livre do autor.

ROSO, CAMILA CASTRO ET AL. Vivências de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 47-54, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/10246>. Acesso em 24 maio 2018.

RUGGIERO, F.P.; CARR, M.M. Infant tracheotomy: results of a survey regarding technique. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**. 2008; 134:263-7. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18347250>>. Acesso em 15 jan. 2017.

RUIZ EP, Caro P, Pérez-Frías J, Cols M, Barrio I, Torrent A, et al. Paediatric patients with a tracheostomy: a multicentre epidemiological study. *Eur Respir J*. 2012; 40(6):1502-7. Disponível em: <http://erj.ersjournals.com/content/40/6/1502.short> .Acesso em: 24 maio 2018.

RUSSEL, C. **Traqueostomia: um manual multiprofissional**, Greenwich Medical Media Limited, 2004.

SALDIVA, S. R. D. M.; VENANCIO, S. I.; GOUVEIA, A. G. C.; CASTRO, A. L. S.; ESCUDER, M. M. L.; GIUGLIANI, E. R. J. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2253-2262, nov. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100018)>. Acesso em: 12 jan. 2017.

SANTANA, LIANE ET AL. Critérios para avaliação clínica fonoaudiológica do paciente traqueostomizado no leito hospitalar e internamento domiciliar. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 2, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1693/169331137019/>. Acesso em 24 maio 2018

SANTANA, J. C. ET AL. Método mãe canguru e suas implicações na assistência: percepção da equipe de enfermagem. **Enfermagem Revista**, v. 16, n. 1, p. 34-49, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13017>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

SANTUS, P.; GRAMEGNA, A.; RADOVANOVIC D, RACCANELLI R, VALENTI V, RABBIOSI D, ET AL. A systematic review on tracheostomy decannulation: a proposal of a quantitative semiquantitative clinical score. **BMC Pulm Med**. 2014; 14: 201. Disponível em : <<http://bmcpulmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2466-14-201>>. Acesso em: 18 Jan. 2017.

SERRA-PRAT, MATEU ET AL. Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. **Journal of American Geriatrics Society**, v.59, n.1, p.186-187, 2011. Disponível em : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21226704>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

SHEERAN, NICOLA; JONES, LIZ; ROWE, JENNIFER. The relationship between maternal age, communication and supportive relationships in the neonatal nursery for mothers of preterm infants. **Journal of neonatal Nursing**, v. 19, n. 6, p. 327-336, 2013. Disponível em: [https://www.journalofneonatalnursing.com/article/S1355-1841\(13\)00007-0/fulltext](https://www.journalofneonatalnursing.com/article/S1355-1841(13)00007-0/fulltext). Acesso em 24 maio 2018.

SILVA, MARIA CRISTINA DIAS; PAZ, ELISABETE PIMENTA ARAÚJO. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 223-229, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127713099003.pdf>. Acesso em 24 maio 2018

SILVA ALMEIDA, INEZ ET AL. Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4836/483648970004/>. Acesso em: 24 maio 2018

SILVA, D. I da. **Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança segundo o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado. 2013.

SILVEIRA, Natyele Rippel et al. **Representações sociais de enfermeiros acerca dos cuidados paliativos na terapia intensiva**, 2016. Disponível em :  
 .<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/168128/341352.pdf?sequence=1>>  
 Acesso em: 21 abril. 2017.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth, Tratado De Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Guanabara Koogan, 2005.

SOBIESKI DOS ANJOS, LUCY ET AL. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 65, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a04v65n4>. Acesso em: 23 maio 2018

SOUZA, MARIA DE LOURDES DE; SARTOR, VICENTE VOLNEI DE BONA; PRADO, MARTA LENISE DO. Subsídios para uma ética da responsabilidade em Enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 14, n. 1, p. 75-81, Mar. 2005 Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100010&lng=en&nrm=iso)>. Access on 23 may. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000100010>.

SOUZA, ELAINE ANGÉLICA CANUTO SALES. **Reflexões acerca da amamentação: uma revisão bibliográfica**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Felício dos Santos, 2010. 26 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2271.pdf>. Acesso em: 24 maio 2018

SOUZA, SARAH NANCY DEGGAU HEGETO DE; MELLO, DÉBORA FALLEIROS DE; AYRES, JOSÉ RICARDO DE CARVALHO MESQUITA. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1186-1194, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2013.v29n6/1186-1194/>. Acesso em: 24 maio 2018.

SUTT, A-L FRASER JF. Speaking valves as Standard care with tracheostomised mechanically ventilated patients in intensive care unit [periódicos na internet]. **J crit care**. 2015; 30(5): 1119-20. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883-9441\(15\)00357-3](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883-9441(15)00357-3). . Acesso em: 23 maio 2018

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 Crit Care**. 2015; 30(3): 491-4. Disponível em :  
 <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25599947>>. Acesso em: 12 Jan. 2017. Tradução livre do autor.

SUTT A-L ET AL. Speaking valves in trachostomised ICU patients weaning off mechanical ventilation - do they facilitate lung recruitment? [periódicos na internet]. **J Crit Care.** 2016; 20: 91. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4818462/>. Acesso em: 23 maio 2018

TEODORO, ROSEMEIRE BATISTA et al. Aleitamento materno: processo educativo com mulheres como estratégia para evitar o desmame precoce. 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. O positivismo. A fenomenologia. O marxismo. São Paulo: Atlas, 1996.

UNISA, S. et al. Population-based study to estimate prevalence and determine risk factors of gallbladder diseases in the rural Gangetic basin of North India. **HPB**, v. 13, n. 2, p. 117-125, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3044346/>>. Acesso em: 14 jan. 2017. Tradução livre do autor.

VALIM, M. A. B.; et al. **Relação do tempo máximo de fonação na proteção laringotraqueal em pacientes com disfagia neurogênica secundária a acidente vascular encefálico.** 2009.

VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; SALDIVA, S. R. D. M.; GIUGLIANI, E. R. J. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e distrito federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, jul.-ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572010000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400012)>. Acesso em: 16 jan. 2017.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M do C. MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. **Saúde de mães e crianças no Brasil**: progressos e desafios. *The Lancet*, London, p. 32-36, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_2.pdf)> Acesso em: 17 fev. 2016.

VINHAL, LAURA MENESES ET AL. **Aspectos psicológicos de mães de crianças em tratamento oncológico.** 2012. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/1792> Acesso em 24 maio 2018.

WETMORE, R.F.; BLUESTONE, C.D.; STOOL, S.E.; ALPES, C.M.; ARJMAND, E.M.; CASSELBRANT, M.L.; DOHAR, J.E. ET AL., Tracheotomy. editors. **Pediatric Otolaryngology.** 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2003. p. 1583-98. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/jped/v85n2/v85n2a03.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global burden of disease.** Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/gbd/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/gbd/en/)>. Acesso em: 14 jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Expert Consultation on Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding.** Geneva: march, 2001. Disponível em : <[http://www.who.int/nutrition/publications/optimal\\_duration\\_of\\_exc\\_bfeeding\\_report\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf)>. Acesso em: 17 jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNICEF. **Baby-friendly Hospital Initiative:** Revised, updated, and expanded for integrated care. Geneva: WHO, 2009. Disponível em : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23926623>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

ZANATA IL, SANTOS RS, HIRATA GC. Tracheal decannulation protocol in patients affected by traumatic brain injury. **Int. Arch. Otorhinolaryngol.** 2014; 18: 108-114. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-48642014000200108](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-48642014000200108)>. Acesso em: 18 jan. 2017.

ZIELSKE J, BOHNE S, BRUNKHORST FM, AXER H, GUNTINAS-LICHIUS O. Acute and long-term dysphagia in critically ill patients with severe sepsis: results of a prospective controlled observational study. **Eur Arch Otorhinolaryngol.** 2014;271(11):3085-93 Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00405-014-3148-6>. Acesso em: 23 maio 2018

## APENDICES

### APÊNDICE I



*Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação*



*Comitê de Ética em Pesquisa – CEP  
Aprovado na CONEP em 04/08/2000*

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Aparecida Baggio (pesquisadora responsável), juntamente com a aluna Janaina Adriana da Cunha de Lima, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira – Nível Mestrado, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada: **Relactação de crianças traqueostomizadas por meio de uso de válvula de deglutição: experiências e significados atribuídos por mães que vivenciaram o processo** que tem como objetivo geral: Compreender como mães de crianças traqueostomizadas entre 0 e 24 meses experienciaram e significam o processo de relactação por meio do uso de válvula de deglutição. Esperamos com o estudo contribuir com melhores práticas em saúde, principalmente para auxiliar os profissionais atuantes na rede de saúde na melhoria da qualidade do cuidado ao recém-nascido prematuro, garantindo a continuidade do cuidado a este segmento populacional e suas famílias.

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar do referido estudo e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo(a) da garantia de sua participação.

Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio da concessão de entrevista gravada em gravador digital de voz, resguardando a sua identidade. O áudio e ou a transcrição da entrevista poderão ser acessados sempre que desejar, mediante solicitação.

As pesquisadoras, Maria Aparecida Baggio e Janaina Adriana da Cunha de Lima colocam-se disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (45) 99953 0974 ou (45) 99973 8051, pelos e-mails: mariabaggio@yahoo.com e janalimafono@hotmail.com ou pessoalmente. Em caso de questionamento, dúvida ou relato de algum acontecimento, os pesquisadores poderão ser contatados a qualquer momento. Se necessitar de maiores informações acerca da pesquisa, o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIOESTE é: (45) 3576 81 00.

Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou se aceitar a participar, retirar o seu consentimento a qualquer momento. Você não pagará nem receberá qualquer ônus

para participar da pesquisa, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo, não implicará nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Se você se sentir constrangido (a) para responder qualquer pergunta de pesquisa, terá a liberdade para não responder, solicitar a próxima pergunta ou interromper a entrevista.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, serão assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. A sua participação no estudo poderá beneficiar a enfermagem, a comunidade científica e a sociedade com aperfeiçoados conhecimentos sobre o tema do estudo.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

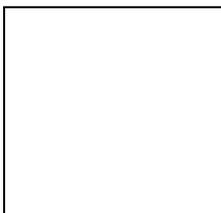
Este documento será assinado em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante da pesquisa.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura dos pesquisadores: \_\_\_\_\_

Impressão datiloscópica do participante, se analfabeto(a)



Foz do Iguaçu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

## APÊNDICE II

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

PARTICIPANTE DO ESTUDO (Criança e mãe / responsável)

Questionário estruturado

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Identificação do Participante e ordem da entrevista: \_\_\_\_\_

| <b>Dados da criança</b>  |
|--|
| <b>Data de nascimento:</b> ___/___/_____   |
| <b>1. Sexo:</b><br>a. ( ) Masculino b. ( ) Feminino  |
| <b>2. Idade gestacional ao nascer:</b><br>a. ( ) ≤28 semanas b. ( ) 29-32 semanas c. ( ) 33-37 semanas   |
| <b>3. Peso ao nascer:</b> <span style="float: right;"><b>Apgar: 1min__ 5min__</b></span><br>a. ( ) ≤ 1000g b. ( ) 1001-1500g c. ( ) 1501-2000g d. ( ) ≥ 2001g  |
| <b>4. Idade ao iniciar a relactação:</b><br>a. ( ) ≤3 meses b. ( ) 4-6 meses c. ( ) 7-12meses d. ( ) 13-18 meses e.( ) 19-24 meses   |
| <b>5. Peso ao iniciar a relactação:</b><br>a. ( ) 1500-2000g b. ( ) 2001-2500g c. ( ) 2501-3000g d. ( ) ≥ 3001g  |
| <b>8. Idade que realizou a traqueostomia:</b><br>a. ( ) ≤3 meses b. ( ) 4-6 meses c. ( ) 7-12meses d. ( ) 13-18 meses e.( ) 19-24 meses  |
| <b>9. Causa pela qual foi realizada a traqueostomia:</b><br>a. Parada respiratória e/ou cardíaca( ) b. Insuficiência respiratória grave ( ) c. Obstruções das vias aéreas ( ) d. doenças ou traumas neuromusculares ( ) e. queimaduras ( ) f. corpos |

|  |
|--|
| <p>estranhos( ) g. anomalias congênitas ( ) h. neoplasias( ) i. edema de glote( ) f. Outra causa: _____</p>  |
| <p><b>10. Período que permaneceu interrompida a amamentação:</b></p> <p>a. &lt; 1 mês ( ) b. 45 dias ( ) c. 2 meses( ) d. 3 meses( ) e. 4 meses( ) f. mais de 4 meses ( )</p>  |
| <p><b>Dados da mãe</b></p>   |
| <p><b>Data de nascimento:</b> ___/___/_____</p>  |
| <p><b>1. País de procedência:</b></p> <p>a. ( ) Argentina b. ( ) Brasil c. ( ) Paraguai</p>  |
| <p><b>2. Cidade de procedência:</b></p> <p>_____</p>   |
| <p><b>3. Estado civil:</b></p> <p>a. ( ) Solteira b. ( ) Casada c. ( ) Viúva d. ( ) Divorciada e. ( ) Outro _____</p>  |
| <p><b>4. Escolaridade:</b></p> <p>a. ( ) Ensino fundamental completo b. ( ) Ensino fundamental incompleto c. ( ) Ensino médio completo d. ( ) Ensino médico incompleto e. ( ) Ensino superior f. ( ) Ensino superior incompleto g. ( ) Pós-graduação h. ( ) Analfabeto</p> |
| <p><b>6. Profissão:</b></p> <p>a. ( ) Autônomo b. ( ) Aposentada c. ( ) Empregada com carteira assinada d. ( ) Desempregada d. ( ) Concursada e. ( ) Outro _____</p>   |
| <p><b>7. Renda familiar:</b></p> <p>a. ( ) Abaixo de 1 salário mínimo b. ( ) Entre 1 e 3 salários mínimos c. ( ) Entre 3 e 5 Salários mínimos d. ( ) Acima de 5 salários mínimos</p>   |
| <p><b>8. Número de pessoas na casa:</b></p> <p>a.( )1 b.( )2 c.( )3 d.( )4 e.( )5 f.( )6 g.( )7 ou mais</p>  |
| <p><b>9. Número de cômodos na casa:</b></p> <p>a. ( ) 1 b. ( ) 2 c. ( ) 3 d. ( ) 4 e. ( ) 5.( ) g. ( ) 7 ou mais</p>   |

**9. Imóvel:**

a. alugado b. próprio ( ) c. residem com outra família( )

**Número de filhos:**

a. ( ) 1 b. ( ) 2 c. ( ) 3 d. ( ) 4 e. ( ) 5. ( ) f. ( ) 6 g. ( ) 7 ou mais

**Idade dos filhos:**

1º filho ( ) 2º filho ( ) 3º filho ( ) 4º filho ( ) 5º filho ( ) 6º filho ( ) 7º filho ( )

**Sexo dos filhos: F para feminino e M para masculino**

1º filho ( ) 2º filho ( ) 3º filho ( ) 4º filho ( ) 5º filho ( ) 6º filho ( ) 7º filho ( )

**APÊNDICE III****INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: Questionário semiestruturado****Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**Identificação do Participante e ordem da entrevista:** \_\_\_\_\_

1. Você sabia que seu(sua) filho(a), pelo fato de ter sido traqueostomizado e utilizar a válvula de deglutição, poderia ser amamentado novamente? Comente.
2. Fale-me sobre sua experiência na relactação do(a) seu(sua) filho(a) com o uso da válvula de deglutição.
3. Comente que significados você atribui a essa(s) experiência(s).
4. Comente como foi para você poder amamentar seu(sua) filho(a) após a adaptação da válvula de deglutição.
5. Descreva como foi o processo de relactação do seu(sua) filho(a).
6. Comente sobre as mudanças observadas no dia-a-dia após a adaptação da válvula de deglutição.
7. Descreva quais eram suas expectativas após a adaptação da válvula de deglutição. Elas foram atendidas? Comente.
8. Comente sobre sua experiência na transição do seu filho do ambulatório de fonoaudiologia para casa, após a adaptação da válvula de deglutição.
9. Conte-me que facilidades que você experienciou e experiencia após a adaptação da válvula de deglutição.
10. Conte-me que dificuldades você experienciou e experiencia após a adaptação da válvula de deglutição.
11. Fale-me como você percebe a atuação dos profissionais de saúde no processo de relactação do seu filho(a).

## ANEXOS

### ANEXO I:

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Relactação de crianças traqueostomizadas por meio de uso de válvula de deglutição: experiências e significados atribuídos por mães que vivenciaram o processo

**Pesquisador:** Maria Aparecida Baggio

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 68009817.0.0000.0107

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.087.116

##### Apresentação do Projeto:

A pesquisa é de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. O local do estudo será o Ambulatório de Fonoaudiologia do Centro de Especialidade Médicas (CEM), da Secretaria de Saúde do município de Foz do Iguaçu, PR,

##### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Compreender como mães de crianças traqueostomizadas entre 0 e 24 meses de idade experienciaram e significam o processo de relactação por meio do uso de válvula de deglutição.

**Objetivo Secundário:**

Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico das mães de crianças que foram traqueostomizadas entre 0 e 24 meses de idade, relactadas por meio do uso de válvula de deglutição e caracterizar as crianças que foram traqueostomizadas entre 0 e 24 meses, relactadas por meio do uso de válvula de deglutição.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos sempre tem que constar o risco de constrangimento e qual tipo de assistência será dado ao sujeito. NO CASO DE ALGUÉM SENTIR-SE MAL O SAMU SERÁ ACIONADO

**Endereço:** UNIVERSITARIA

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**CEP:** 85.819-110

**UF:** PR

**Município:** CASCAVEL

**Telefone:** (45)3220-3272

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.087.116

**Riscos:**

Este estudo não oferece risco a seus participantes. Quanto a danos, prejuízos e constrangimentos é garantido que os mesmos não serão expostos a tal, bem como serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados relatados.

**Benefícios:**

No que tange aos benefícios, esta pesquisa poderá proporcionar inusitados conhecimentos acerca da adaptação e uso da válvula de deglutição no processo de relactação de pacientes traqueostomizados em região de fronteira, a partir da experiência das mães. O estudo tem como intuito despertar o conhecimento e instigar a comunidade científica, profissionais da saúde e a sociedade com inéditos resultados acerca do tema, uma vez que os dados coletados poderão ser a base teórica que contribuirá na melhoria das ações em saúde, principalmente para auxiliar os profissionais atuantes na rede de saúde um olhar especializado a criança traqueostomizada e sua família, garantindo o cuidado a esta população e suas famílias.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Necessário realizar as adequações solicitadas para estar em conformidade ética de acordo com as exigências deste Comitê.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos os termos de apresentação obrigatórios.

**Recomendações:**

Realizar as adequações solicitadas para estar em conformidade ética de acordo com as exigências deste Comitê.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Realizar as adequações solicitadas para estar em conformidade ética de acordo com as exigências deste Comitê.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                 | Arquivo  | Postagem               | Autor | Situação |
|--------------------------------|--|------------------------|-------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P<br>ROJETO_913199.pdf | 05/05/2017<br>16:04:48 |       | Aceito   |

**Endereço:** UNIVERSITARIA

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**UF:** PR

**Telefone:** (45)3220-3272

**Município:** CASCAVEL

**CEP:** 85.819-110

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.087.116

|  |  |                        |                           |        |
|--|--|------------------------|---------------------------|--------|
| Outros   | Termosodeimagem.pdf                    | 05/05/2017<br>16:02:22 | Maria Aparecida<br>Baggio | Aceito |
| Outros   | Termodadosdearquivo.pdf                | 05/05/2017<br>16:01:48 | Maria Aparecida<br>Baggio | Aceito |
| Declaração de<br>Instituição e<br>Infraestrutura                   | Termocampoestudo.pdf                   | 05/05/2017<br>16:01:04 | Maria Aparecida<br>Baggio | Aceito |
| Outros   | Instrumentocoletadadosestruturados.pdf | 05/05/2017<br>16:00:32 | Maria Aparecida<br>Baggio | Aceito |
| Outros   | Instrumentocoletadados.pdf             | 05/05/2017<br>16:00:01 | Maria Aparecida<br>Baggio | Aceito |
| Outros   | Declaracaopesquisadores.pdf            | 05/05/2017<br>15:59:28 | Maria Aparecida<br>Baggio | Aceito |
| Projeto Detalhado /<br>Brochura<br>Investigador                    | Projeto.pdf                            | 05/05/2017<br>15:58:35 | Maria Aparecida<br>Baggio | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | TCLE.pdf                               | 03/05/2017<br>16:40:52 | Maria Aparecida<br>Baggio | Aceito |
| Folha de Rosto   | folharosto.pdf                         | 03/05/2017<br>16:40:23 | Maria Aparecida<br>Baggio | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CASCADEL, 29 de Maio de 2017

Assinado por:  
Fausto José da Fonseca Zamboni  
(Coordenador)

**Endereço:** UNIVERSITARIA

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**UF:** PR

**Município:** CASCAVEL

**CEP:** 85.819-110

**Telefone:** (45)3220-3272

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

## Declaração

Solicito alteração de pesquisador responsável para a pesquisa: Relactação de crianças traqueostomizadas por meio de uso de válvula de deglutição: experiências e significados atribuídos por mães que vivenciaram o processo, CAAE número 68009817.0.0000.0107, por motivo de mudança de orientação, após a coleta de dados. A pesquisadora Ana Maria de Almeida, CPF 744.739.488-20, por ser da mesma área de pesquisa aceitou conduzir a orientação, a partir de 20 de outubro de 2017.

Foz do Iguaçu, 21 de maio de 2018.



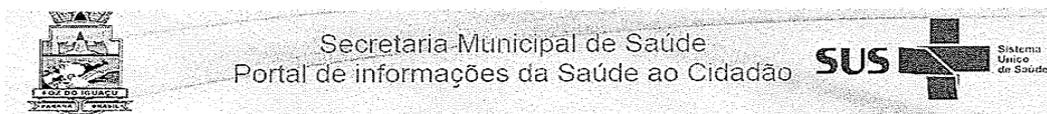
---

Maria Aparecida Baggio



---

Ana Maria de Almeida



## ANEXO II

### TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO

**Título do projeto:** Relactação de crianças traqueostomizadas por meio de uso de válvula de deglutição: experiências e significados atribuídos por mães que vivenciaram o processo.

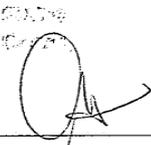
**Pesquisador (es):** Profª Drª Maria Aparecida Baggio e Janaina Adriana Cunha de Lima

**Local da pesquisa:** Centro de Especialidades Médicas- Ambulatório de Fonoaudiologia

**Responsável pelo local de realização da pesquisa:** Caroline Santana Ribeiro dos Santos

O(s) pesquisador(es) acima identificado(s) está(estão) autorizado(s) a realizar a pesquisa e a coleta de dados, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando sua confidencialidade e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa segundo as normas da Resolução 466/2012 CNS/MS e suas complementares.

Foz do Iguaçu, 26 de abril de 2017

  
\_\_\_\_\_  
Coordenadora do CEM – Caroline Santana Ribeiro dos Santos

**Caroline Santana R. Santos**  
Coordenação do C. E. M.