



Perfil epidemiológico e abordagem fisioterapêutica de pacientes traqueostomizados em uma Unidade de Terapia Intensiva geral

Epidemiological profile and physiotherapeutic approach of tracheostomized patients in a general Intensive Care Unit

Perfil epidemiológico y abordaje fisioterapêutico de pacientes traqueotomizados en una Unidad de Cuidados Intensivos generales

Marina da Silva Melgares¹, Bruna da Silva Gonçalves¹, Bruna Godinho Corrêa¹, Gisele Lima Farias¹.

RESUMO

Objetivo: Primário, traçar o perfil dos pacientes traqueostomizados (TQT), secundário, verificar as técnicas fisioterapêuticas mais prevalentes em uma Unidade de Terapia Intensiva Geral. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, sendo incluídos pacientes com idade ≥ 18 anos, que aceitassem participar do estudo através do TCLE. E, excluídos aqueles com TQT prévia, de emergência, metálica e/ou crônica. A coleta foi realizada através da captação de informações dos prontuários, na ausência delas, os responsáveis eram contatados. A análise estatística foi feita no Software SPSS versão 26.0. **Resultados:** A maioria eram homens (70,6%), com idade ≥ 35 anos (70,6%). Grande parte internado devido rebaixamento do sensório (23,5%) e AVC (23,5%), com tempo de intubação até TQT de até 14 dias (76,5%), e, procedimento realizado principalmente por falta de sensório (82,4%). O desfecho mais prevalente foi melhora geral (68,8%), e as técnicas mais utilizadas pelos fisioterapeutas foram: vibrocompressão (100%) e posicionamento no leito (94,1%). **Conclusão:** Pacientes traqueostomizados com até 14 dias de intubação tendem a ter melhor evolução e desfecho, ressaltando o papel do fisioterapeuta, pois o uso de técnicas motoras e respiratórias corroboram para uma melhora global do paciente.

Palavras-chave: Traqueostomia, Unidades de Terapia Intensiva, Hospital, Serviço hospitalar de fisioterapia.

ABSTRACT

Objective: Primary, to outline the profile of tracheostomy patients (TQT), secondary, to verify the most prevalent physiotherapeutic techniques in a General Intensive Care Unit. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive study, including patients aged ≥ 18 years who agreed to participate through informed consent. Exclusion criteria involved those with prior emergency, metallic, and/or chronic tracheostomy. Data were collected from medical records, and in their absence, caregivers were contacted. **Results:** The majority were male (70.6%), aged ≥ 35 years (70.6%). Many were admitted due to altered level of consciousness (23.5%) and stroke (23.5%), with intubation-to-tracheostomy time of up to 14 days (76.5%). The procedure was mainly performed due to impaired consciousness (82.4%). The most prevalent outcome was overall improvement (68.8%), and the most used physiotherapeutic techniques were vibrocompression (100%) and positioning in bed (94.1%). **Conclusion:** Tracheostomized patients with up to 14 days of intubation tend to have better outcomes, emphasizing the role of the physiotherapist as motor and respiratory techniques contribute to overall patient improvement.

Keywords: Tracheostomy, Intensive Care Units, Hospital, Hospital physical therapy service.

¹ Universidade Católica de Pelotas - RS.

RESUMEN

Objetivo: Primario, perfilar el perfil de los pacientes traqueostomizados (TQT), secundario, verificar las técnicas fisioterapéuticas más prevalentes en una Unidad de Cuidados Intensivos Generales. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, participaron pacientes mayores de 18 años que consintieron mediante informes informados, excluyendo casos previos de traqueostomía de emergencia, metálica y/o crónica. La recopilación de datos se hizo revisando historiales médicos o contactando a responsables cuando necesario, y el análisis estadístico empleó SPSS versión 26.0. **Resultados:** La mayoría de los pacientes eran hombres (70.6%), con edad \geq 35 años (70.6%). Las principales causas de ingreso fueron disminución del nivel de conciencia (23.5%) y accidente cerebrovascular (23.5%). El tiempo de intubación hasta la traqueostomía fue principalmente de hasta 14 días (76.5%), realizándose el procedimiento mayormente por disminución del nivel de conciencia (82.4%). La mejora general fue el resultado más frecuente (68.8%), destacando el uso predominante de técnicas como vibrocompresión (100%) y posicionamiento en la cama (94.1%) por fisioterapeutas. **Conclusión:** Pacientes traqueostomizados con hasta 14 días de intubación tienden a tener mejores resultados, subrayando el papel crucial del fisioterapeuta en las mejoras generales del paciente.

Palabras clave: Traqueotomía, Unidades de Cuidados Intensivos, Hospital, Servicio de fisioterapia hospitalaria.

INTRODUÇÃO

Os hospitais são instituições complexas, possuem tecnologias específicas, de cunho multiprofissional e interdisciplinar, responsáveis por assistir seus pacientes que podem apresentar casos de instabilidade e complicações em seu estado de saúde, nesses casos, cabe à equipe oferecer à eles um atendimento de saúde de média e alta complexidade, como tratamentos clínicos e cirúrgicos (HERDY CD, SÁ EM E FERREIRA I 2022). Um hospital geralmente é composto por diferentes alas, como a cirúrgica, maternidade, pediátrica, atendimento geral, entre outras, assim como as Unidades de Terapia Intensivas (UTI's) que são destinadas a receberem pacientes em estado crítico de saúde (SALLUH JI, et al., 2022).

A UTI é um ambiente que atende casos complexos, composta por aparelhos tecnológicos avançados e utilizando condutas específicas que permitem o paciente seja monitorado de forma contínua, como por exemplo, monitores cardíacos, ventiladores mecânicos, uso de drogas vasopressoras e, também, dispositivos para realizar intervenções (SALLUH JI, et al., 2022). Durante a internação na UTI alguns pacientes são submetidos a intubações endotraqueais e uso de ventilação mecânica (VM) as quais possibilitam a permeabilidade das vias aéreas, facilitam a remoção de secreções permitindo que as vias fiquem resguardadas.

Estudos indicam que cerca de 10% dos pacientes que estão intubados, recebendo um suporte de oxigênio através do ventilador mecânico, com pelo menos 3 dias de suporte ventilatório, são traqueostomizados, onde a indicação mais comum de traqueostomia em UTI é pela necessidade de ventilação prolongada (MEHTA C E MEHTA Y, 2017). A traqueostomia (TQT) é um procedimento cirúrgico no qual o tubo é inserido entre a pele e a traqueia do paciente. O intuito da realização do procedimento é desobstruir vias aéreas, auxiliar no manejo de secreções, reduzir espaço morto e, também, facilitar no desmame da ventilação mecânica (NETO JF, et al. 2020).

Auxiliando nesse processo de melhoria geral do paciente, o profissional fisioterapeuta intensivista é indispensável, pois tem a incumbência da manutenção das vias aéreas pérvias através de mobilizações precoces e técnicas de higiene brônquica, proporcionando a remoção de secreções e prevenindo complicações nessas vias. As manobras utilizadas em cada paciente podem variar, pois a idade, gravidade da doença, motivo da internação e até a colaboração, são fatores que irão interferir no atendimento (MATILDE IN, EID RA, NUNES AF, et al. 2018).

Nesse sentido é de grande relevância o conhecimento atualizado sobre as características gerais dos pacientes traqueostomizados, a fim de oferecer o melhor tratamento disponível que possibilite redução do tempo de internação e de ventilação mecânica em via aérea artificial. Levando em consideração que a literatura a respeito deste assunto está carente de informações atualizadas, tornou-se interessante a

confeção da presente pesquisa. A partir disso, o objetivo primário do estudo foi traçar o perfil dos pacientes submetidos à traqueostomia e, secundário, verificar as técnicas fisioterapêuticas com maior prevalência de uso em uma UTI Geral de um hospital universitário de Pelotas/RS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, de uma série de casos com abordagem quantitativa que teve como população alvo os pacientes internados na unidade de terapia intensiva geral (UTI Geral) de um hospital, Pelotas, RS. A coleta de dados foi realizada na população total submetida a traqueostomia no hospital de interesse entre setembro e novembro de 2023, utilizando um questionário padrão, com questões abertas e fechadas, semi-estruturado, elaborado e preenchido pelas próprias pesquisadoras.

Os dados foram extraídos dos prontuários dos pacientes, após o consentimento do hospital para a coleta, garantia de anonimato dos dados coletados, e, permissão do paciente ou seus responsáveis, no caso do paciente não estar em condições clínicas aptas para fornecer o consentimento, através da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados coletados foram dados quantitativos e qualitativos como idade, sexo, renda, escolaridade, presença de comorbidades, motivo da internação, informações sobre VM, presença de secreção, motivo da traqueostomia, desfecho do paciente e as técnicas de higiene brônquica mais utilizadas pelos fisioterapeutas.

A coleta de dados só foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas sob parecer nº6.325.485 (CAAE: 70348923.3.0000.5339). As pesquisadoras garantem ter seguido os dispostos na Declaração de Helsinki e na resolução n. 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os pacientes selecionados para inclusão do estudo deveriam ter idade igual ou superior a 18 anos, que estivessem internados na UTI no período de setembro a novembro de 2023 e que fossem submetidos a traqueostomia durante a internação na unidade. Os pacientes submetidos a TQT prévia à internação atual na UTI, de emergência, metálica e/ou crônica, encaixavam-se nos critérios de exclusão. Para a análise e processamento dos dados foi utilizado o Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 26.0 com análise de dados descritos em frequência simples e relativa, média e desvio padrão.

RESULTADOS

Conforme os dados da **Tabela 1** demonstram, a amostra final foi composta por 17 pacientes traqueostomizados durante os meses de setembro a novembro de 2023, desses, 70,6% eram do sexo masculino, com idade média de 55,88±21,33 anos, recebiam um salário-mínimo (70,6%), tinha escolaridade até o ensino fundamental incompleto (64,7%), e, 47,1% tinham alguma comorbidade prévia.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes traqueostomizados na UTI de um hospital universitário, n = 17.

Variáveis sociodemográficas	N (%)
Idade	
Média	55,88±21,33
Sexo	
Feminino	5 (29,4)
Masculino	12 (70,6)
Renda	
Salário-mínimo	12 (70,6)
Mais que 1 salário-mínimo	5 (29,4)
Escolaridade	
Até ensino fundamental incompleto	11 (64,7)
A partir do ensino fundamental completo	6 (35,3)
Comorbidades prévias	
Sim	8 (47,1)

Não	9 (52,9)
Total	17 (100,0%)

Fonte: Melgares MS, et al., 2024.

Legenda: UTI = Unidade de Terapia Intensiva.

Com relação às variáveis coletadas a respeito da internação dos pacientes (**Tabela 2**), identificou-se que grande parte foi internada devido ao rebaixamento do sensório (23,5%) e ocorrência de acidente vascular cerebral (23,5%). Além disso, todos os pacientes recebiam suporte por ventilação mecânica, com modo ventilatório mais prevalente de ventilação controlado a volume (47,1%), e parâmetros ventilatórios de PEEP 5cmH₂O (94,1%), FiO₂ até 30 (82,4%), visto que a maioria dos estudos trazem que esse valor é o mais indicado para pacientes que serão submetidos ao procedimento, presença de sedação (70,6%), e, eram pacientes secretivos (94,1%).

O tempo de intubação destes indivíduos até o momento de realização da traqueostomia foi de até 14 dias (76,5%), sendo a traqueostomia realizada devido, principalmente, falta de sensório (82,4%), e, nenhum paciente recebeu suporte de fonoaudiólogo (100%), e, não tiveram complicações na traqueostomia (100%), tendo como desfecho mais prevalente de seus casos a alta da UTI devido melhora geral do quadro (68,8%).

Tabela 2 - Dados relacionados à internação e ao procedimento de traqueostomia dos pacientes da UTI de um hospital universitário, n = 17.

Variáveis	N (%)
Motivo da internação	
Rebaixamento de sensório	4 (23,5)
Acidente automobilístico	3 (17,6)
Dispneia	3 (17,6)
AVC	4 (23,5)
Outros	3 (17,6)
Modo ventilatório no dia ou próximo a TQT	
PCV	6 (35,3)
VCV	8 (47,1)
PSV	3 (17,6)
PEEP	
Cinco	16 (94,1)
Oito	1 (5,9)
FiO₂	
21	3 (17,6)
25	3 (17,6)
30	8 (47,1)
35	2 (11,8)
85	1 (5,9)
Sedação	
Sim	12 (70,6)
Não	5 (29,4)
Secretivo	
Sim	16 (94,1)
Não	1 (5,9)
Tempo de intubação pré traqueostomia	
Até 14 dias	13 (76,5)
Acima de 14 dias	4 (23,5)
Motivo da traqueostomia	
Falha na extubação	2 (11,8)
Tempo de VM prolongado	1 (5,9)
Falta de sensório	14 (82,4)
Acompanhamento com fonoaudiólogo	
Não	17 (100,0)

Complicações na traqueostomia	
Não	17 (100,0)
Desfecho	
Alta da UTI	11 (68,8)
Óbito	5 (31,3)
Total	17 (100,0)

Legenda: UTI = Unidade de Terapia Intensiva; AVC = Acidente Vascular Cerebral; TQT = Traqueostomia; PCV = Ventilação por Pressão Controlada; VCV = Ventilação Controlada a Volume; PSV = Ventilação por Pressão de Suporte; PEEP = Pressão Positiva Expiratória Final; FiO₂ = Fração Inspirada de Oxigênio; VM = Ventilação Mecânica.

Fonte: Melgares MS, et al., 2024.

A **Tabela 3** descreve as técnicas utilizadas pelos fisioterapeutas intensivistas no atendimento prestado aos pacientes, sendo mais prevalente o uso de vibração (94,1%), temp brusca (52,9%), air stacking (52,9%), posicionamento no leito (94,1%), posicionamento da musculatura acessória para a respiração (76,5%) e mobilizações passivas (82,4%), além de uso de vibrocompressão em todos os pacientes (100%). Entretanto, algumas técnicas não eram amplamente utilizadas, como AFE (76,5%) e mobilizações ativo-assistidas (82,4%).

Tabela 3 - Dados relacionados às técnicas fisioterapêuticas realizadas nos pacientes internados e traqueostomizados na UTI de um hospital universitário, n = 17.

Técnicas fisioterapêuticas	N (%)
Vibração	
Sim	16 (94,1)
Não	1 (5,9)
Vibrocompressão	
Sim	17 (100,0)
Temp Brusca	
Sim	9 (52,9)
Não	8 (47,1)
Air stacking	
Sim	9 (52,9)
Não	8 (47,1)
AFE	
Sim	4 (23,5)
Não	13 (76,5)
Posicionamento no leito	
Sim	16 (94,1)
Não	1 (5,9)
Posicionamento da musculatura acessória	
Sim	13 (76,5)
Não	4 (23,5)
Mobilização ativa-assistida	
Sim	3 (17,6)
Não	14 (82,4)
Mobilização passiva	
Sim	14 (82,4)
Não	3 (17,6)
Total	17 (100,0)

Fonte: Melgares MS, et al., 2024.

Legenda: UTI = Unidade de Terapia Intensiva; AFE = Aumento do Fluxo Expiratório.

DISCUSSÃO

De forma geral, os principais achados do estudo foram a predominância do gênero masculino, idade média de adultos tardios, assim como baixa renda e escolaridade, especialmente em um contexto de atendimento

pelo SUS. As motivações para realização da traqueostomia variaram principalmente entre acometimento neurológico e respiratório. Diferenças em relação a comorbidades prévias foram observadas em comparação com outros estudos, como por exemplo a falta de investigação sobre suas doenças e problemas de saúde. A sedação foi comum antes do procedimento de traqueostomia para garantir o conforto dos pacientes, e, os parâmetros ventilatórios, como modo VCV e valores de PEEP e FiO₂, foram consistentes com a literatura, assim como o tempo médio até a traqueostomia de até 14 dias após a intubação orotraqueal.

A ausência de serviços de fonoaudiologia esteve presente em toda amostra e pode impactar a deglutição dos pacientes traqueostomizados. Diversas técnicas fisioterapêuticas foram aplicadas, visando otimizar a ventilação e promover a mobilidade. A alta da UTI foi o desfecho predominante, alinhado com as vantagens da traqueostomia na mecânica respiratória e ao serviço prestado pelo profissional fisioterapeuta.

Os resultados da pesquisa apontaram que o gênero masculino predominou sobre o feminino, sendo encontrados resultados semelhantes no estudo feito por Souza FS et al. (2021), estudo este que também corroborou com a idade média maior que 55 anos, semelhante ao encontrado na nossa amostra. Alguns autores indicam múltiplos fatores relacionados à proeminência maior de homens internados em UTI, dentre eles sobressaem os hábitos comportamentais e sociais, como etilismo, saúde, tabagismo, sedentarismo e a baixa procura aos serviços de promoção e prevenção à saúde (MARQUES CR, SANTOS MR, PASSOS KS, et al., 2020).

Com relação à escolaridade, a mais prevalente foi de ensino fundamental incompleto, conforme o achado do estudo de Cavalcanti AN, et al. (2019), porém na renda estes autores trouxeram sua grande maioria recebendo até dois salários-mínimos, sendo antagonista ao resultado atualmente atingido que traz sua grande maioria recebendo um salário-mínimo. Isso pode ter acontecido, pelo fato de que a UTI em que foi realizada a coleta de dados, ser uma unidade estritamente atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), onde 100% dos pacientes não possuía plano de saúde, corroborando com o estudo de Cavalcanti AN, et al. (2019) que também trouxe a maioria dos seus resultados com baixa renda e escolaridade, em pacientes do SUS.

Observando as complicações predominantes de pacientes submetidos a traqueostomia, os autores Pertussati E, et al. (2021) trazem que os motivos são diversos, porém grande parte ocorre devido ao acometimento do sistema respiratório. O estudo atual evidenciou a maioria dos procedimentos realizados sendo devido acometimento neurológico. Isso pode ser explicado devido o hospital onde ocorreu a coleta, ser de referência neurológica, recebendo mais casos relacionados a patologias deste sistema do que respiratórias.

A partir dos achados no estudo de Mateus AP, et al. (2017) pode-se observar que a grande maioria possuía comorbidades prévias, divergido do presente estudo em que se obteve grande parte dos pacientes sem nenhuma comorbidade prévia, e com uma faixa etária mais alta, concordando com o estudo Reis SF, et al. (2021) que também trouxe uma faixa etária mais alta e sua grande maioria sem comorbidades prévias. Isso pode acontecer devido ao fato de que grande parte da população não tem conhecimento de suas comorbidades prévias, pela falta de busca por investigação e prevenção de acometimentos mais severos (GUIMARÃES AR, ALMEIDA KY e PEREIRA ML, 2020).

O presente estudo trouxe resultados de que a maioria dos pacientes submetidos à traqueostomia estavam sedados antes do procedimento, assentindo com o estudo de Arruda PL, et al. (2019) que também encontrou a maioria dos pacientes neurológicos submetidos à sedação. Com isso, visando o conforto desses pacientes, constatou-se que a sedação seria a melhor opção para a realização do procedimento (SOUZA EM, TAVARES MC, SILVA MC, et al., 2023).

Com relação aos parâmetros ventilatórios, o estudo Durães RR, et al. (2023) encontrou os mesmos resultados obtidos da atual pesquisa onde o modo ventilatório VCV predominou no período de pré traqueostomia, isso pode ter acontecido devido ao modo VCV obter mais vantagem ventilando pacientes neurológicos Correia JB, et al. (2023). O presente estudo obteve um resultado com a grande maioria dos pacientes submetidos a uma PEEP de 5cmH₂O e FiO₂ de até 30%. É consenso na literatura que em certos casos a PEEP mais elevada auxilia na complacência do sistema respiratório, além disso, grandes

porcentagens de FiO₂ não são indicadas em pacientes que necessitam de traqueostomia, pois correm maiores riscos de hemorragia (NASCIMENTO LP, 2022; VICENTE AO, et al., 2020).

Acrescentando-se aos parâmetros ventilatórios pré-traqueostomia, ressalta-se que grande parte da amostra obteve realização do procedimento no período de até 14 dias após a intubação. Com base no estudo de Santos PF, et al. (2021), onde também foi verificada maior prevalência de procedimentos de traqueostomia realizados no mesmo período. Isso ocorre, pois, este período de tempo já é considerado um tempo prolongado de VM, sendo esse um dos principais determinantes para a transição do estado crítico agudo para doença crítica crônica, e, nesse caso, se o paciente não está apto a se manter sem a ventilação mecânica, após sobreviver à doença aguda, é necessário prorrogar o seu uso, sendo então proposto a realização do procedimento de TQT. (SANTOS PF 2021)

Ao tratar-se dos serviços de fonoaudiologia, destaca-se que não foram encontrados na presente amostra, pois o hospital de coleta não possuía especialista na área, o que pode acabar afetando a deglutição desses pacientes, podendo causar atrofia e diminuir amplitude de movimento da articulação temporomandibular, corroborando com Coelho BR, et al. (2019) que trouxe que pacientes traqueostomizados sem acompanhamento de fonoaudiólogo apresentam comprometimento das estruturas orofaríngeas, possivelmente afetando a dinâmica da deglutição.

Com relação às técnicas fisioterapêuticas, as mais usadas na presente amostra foram: vibração, vibrocompressão, TEMP brusca, air stacking, posicionamento no leito, posicionamento de musculatura acessória e mobilização passiva. Sendo que, a técnica de vibração e vibrocompressão, visa facilitar o deslocamento do muco diante das propriedades físicas, com conseqüente diminuição de sua viscosidade. A TEMP brusca desinsufla os pulmões e melhorar a mobilidade da caixa torácica através de sua depressão passiva, reduzindo o espaço morto e o volume residual, aumentando o volume corrente, possibilitando uma maior ventilação pulmonar e aumentando a oxigenação sanguínea (Ruckert OD, et al., 2021).

Na técnica de hiperinsuflação manual ou Air Stacking, ocorre a desconexão do paciente do ventilador, seguida de insuflação pulmonar com um ressuscitador manual, aplicando-se volume de ar maior do que o volume corrente na tentativa de aumentar a capacidade de insuflação para gerar picos de fluxo expiratório maiores, auxiliando no deslocamento de secreções (Almeida MM, et al., 2020). Já o Aumento do Fluxo Expiratório (AFE), é uma manobra utilizada para deslocar e eliminar secreções, que consiste no aumento ativo assistido ou passivo do volume de ar expirado, com o objetivo de mobilizar, deslocar e eliminar as secreções traqueobrônquicas (RUCKERT OD, DONADIO MV, FILHO JP, et al., 2021).

O posicionamento no leito tem como objetivo a otimização da relação ventilação/perfusão, aumentando o volume pulmonar, reduzindo o trabalho ventilatório e cardíaco do paciente (Ruckert, et al., 2021). E, posicionar a musculatura acessória inspiratória, melhora a capacidade pulmonar, isso pois a inadequação do posicionamento afeta o padrão ventilatório, diminuindo a capacidade pulmonar Cordeiro AL e Sarmiento GJ. (2020). Além disso, a técnica de mobilização precoce passiva, feita pelo fisioterapeuta, e ativa-assistida, feita pelo paciente com auxílio do fisioterapeuta, servem para auxiliar na realização de movimentos sobre as articulações e aos tecidos moles, associando com velocidades e amplitude de movimentos variadas, com movimentos fisiológicos ou acessórios terapêuticos.

De acordo com o estudo feito por Matilde IN et al. (2018), dentre as técnicas de higiene brônquicas disponíveis para uso dos profissionais fisioterapeutas, as mais escolhidas foram: vibrocompressão, hiperinsuflação manual/air stacking e a mobilização motora, onde as escolhas das manobras ideais para o paciente eram escolhidas de acordo com sua idade, estado geral, de sua gravidade, patologias, conforto ou cooperação do paciente, corroborando com os achados do presente estudo.

Considerando o estudo de Oliveira LP, et al. (2021), pôde-se observar que houve predominância de pacientes secretivos, semelhante ao resultado da presente amostra, pois nesses pacientes é recorrente ocorrerem falhas na extubação, dificuldade de expectorar, ausência de deglutição, presença de disfagia, infecção pulmonar, fatores que facilitam o aumento da produção de secreção, nesse sentido, torna-se necessária a fisioterapia respiratória para reabilitação e melhora do quadro deste paciente.

Por fim, a atual pesquisa obteve um resultado de desfecho do quadro com a grande maioria de alta da UTI corroborando com o estudo Pertussati E, et al. (2021) que também resultou em um desfecho com a maioria dos pacientes submetidos a traqueostomia com alta da UTI. Isso porque as vantagens da traqueostomia incluem a redução do espaço morto anatômico e da resistência das vias aéreas, o que facilita a mecânica respiratória e, em pacientes críticos, melhora a manutenção das vias aéreas com mais segurança e conforto, segundo Nazario LC, et al. (2020).

Também se torna relevante citar a importância da fisioterapia na recuperação do paciente, visto que inúmeras técnicas de higiene brônquica e mobilizações precoces foram empregadas, auxiliando na recuperação e reabilitação destes pacientes, proporcionando uma maior prevalência de alta. Entretanto, trazemos a tona o fato do presente estudo ter algumas limitações, como o tamanho de amostra reduzido, ainda assim, é relevante salientar que embora haja limitação, o estudo fornece diversas informações relevantes para construção do conhecimento a respeito da temática abordada, além de fornecer embasamento teórico para trabalhos futuros que envolvam essa população.

CONCLUSÃO

Este estudo epidemiológico sobre traqueostomia hospitalar destaca informações cruciais sobre frequência, indicações e fatores associados ao procedimento cirúrgico. Resultados indicam que a transição do tubo endotraqueal para traqueostomia em até 14 dias contribuiu para uma melhor evolução, assim como fatores como: sexo masculino, idade avançada, rebaixamento de sensório e AVC estiveram mais prevalentes nos pacientes traqueostomizados em UTIs. Além disso, a fisioterapia motora e respiratória mostrou eficácia na evolução global dos pacientes, em especial com uso de manobras de vibrocompressão, air stacking, mobilizações passivas, posicionamento no leito e posicionamento de musculatura acessória inspiratória. Essas conclusões têm implicações significativas para a prática clínica e aprimoramento do cuidado aos pacientes submetidos a esse procedimento.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA MM, et al. Aplicação de manobras e estratégias na fisioterapia respiratória: tempo de retomarmos as evidências. *Revista Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2020; 46(4): 20200443.
2. ARRUDA LP, et al. Evolução clínica e sobrevida de pacientes neurocríticos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2019; 53: 03505.
3. BRONDANI CM, et al. Caracterização de pacientes dependentes de um serviço de internação domiciliar. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2021; 3: 689-699.
4. CAVALCANTI AN, et al. Perfil de pacientes adultos em uma unidade de terapia intensiva do nordeste brasileiro. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*, 2019; 4(2): 1113-1125.
5. COELHO BR, et al. Análise da demanda Fonoaudiológica de um hospital referência em cardiopneumologia. *Revista de políticas públicas, SANARE*, 2019; 18(1): 12-21.
6. CORDEIRO ALL e SARMENTO GJV. *Fisioterapia respiratória aplicada ao paciente crítico: manual prático*. Editora Manole. 2020; 1: 528.
7. CORREIA JB, et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica. *Revista Research, Society and Development*, 2023; 12(5): 26212541842.
8. DE SOUZA FS, et al. Sobre a análise dos fatores de risco de mortalidade em pacientes hospitalizados com COVID-19: um estudo baseado em dados utilizando o principal banco de dados brasileiro. *Revista PLoS One*, 2021; 1816(3): 0248580.
9. DURÃES RR, et al. Perfil clínico dos pacientes internados por Covid-19 na unidade de terapia intensiva. *Revista de Saúde e Ciências Biológicas*, 2023; 11(1): 1-5.
10. EBSEH. POP de Mobilização Passiva. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hulw-ufpb/aceso-a-informacao/gestao-documental/pop-procedimento-operacional-padrao/2019-1/urft-unidade-de-reabilitacao-de-fisioterapia-1/pop-urft-101-mobilizacao-passiva.pdf>. Acessado em: 31 de novembro de 2023.
11. GUIMARÃES AR, et al. Rastreamento da cognição na população sem comorbidades clínicas prévias na atenção primária à saúde. *Revista Brazilian Journal of Health Review*, 2020; 3(6): 16144-16156.

12. HERDY CD, et al. A Formação Médica como Fator de Êxito do Sistema Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2022; 2: 25–9.
13. MARQUES CR, et al. Caracterização do perfil clínico e sociodemográfico de pacientes admitidos em uma unidade de terapia intensiva. *Revista Interfaces científicas - Saúde e ambiente*, 2020; 8(2): 446-456.
14. MATEUS AP. Desmame de traqueostomia em pacientes neurológicos responsivos e aresponsivos. *Revista Arquivos de ciências da saúde*, 2017; 24(2): 44-50.
15. MATILDE IN, et al. Manobras de higiene brônquica em pacientes em ventilação mecânica: quais e por que são usadas? *Revista Einstein (São Paulo)*, 2018; 16(1): 1-7.
16. MEHTA C e MEHTA Y. Traqueostomia Percutânea. *Revista Annals of Cardiac Anesthesia*, 2017; 20(1): 19-S25.
17. NASCIMENTO LP. Variáveis clínicas e da mecânica ventilatória obtidas na admissão da UTI de pacientes obesos intubados com COVID-19 crítica podem prever o desfecho da hospitalização em alta ou óbito? Tese (Doutorado em Fisioterapia) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2022; 55.
18. NAZARIO LC, et al. Tendência temporal da traqueostomia em pacientes internados no Sistema Único de Saúde no período de 2011 a 2020. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 2022; 49: 20223373.
19. NETO JF, et al. Complicações de traqueostomia em crianças: uma revisão sistemática. *Revista Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 2022; 88(6): 882-890.
20. OLIVEIRA LP, et al. Perfil de pacientes traqueostomizados em Unidade de Terapia Intensiva adulto. *Revista Research, Society and Development*, 2021; 10(15): 280101522996.
21. PERTUSSATI E, et al. Condições envolvidas na realização de traqueostomia em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem em foco*, 2021; 12(3): 1-6.
22. REIS SF, et al. Perfil dos pacientes submetidos à fisioterapia em uma Unidade de Terapia Intensiva do Extremo Sul da Bahia, Brasil. *Revista Assobrafir Ciência*, 2021; 12: 41995.
23. RUCKERT DO, et al. Intervenções de fisioterapia respiratória utilizadas durante a hospitalização de crianças e adolescentes com asma: relatos profissionais. *Revista Scientia Médica Porto Alegre*, 2021; 31(1).
24. SALLUH JI, et al. A unidade de terapia intensiva resiliente. *Revista Annals of Intensive Care*, 2022; 12:37.
25. SANTOS PF. Traqueostomia durante pandemia de covid-19: comparação de mortalidade em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. 2023. Dissertação (Mestrado em Cirurgia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023; 41.
26. SOUZA EM, et al. Cuidados paliativos em pacientes neurológicos: uma revisão da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 2023; 44: 12791.
27. TRINDADE JS. Infecção relacionada à saúde: Prevalência em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *Revista Research, Society and Development*, 2020; 9: 373997107.
28. VICENTE AO, et al. COVID-19 e Traqueostomia. *Revista ULAKES Journal of Medicine*, 2020; (EE): 151-157.