



NORMA

NÚMERO: 011/2016
DATA: 28/10/2016
ATUALIZAÇÃO 03/03/2017

ASSUNTO: Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto
PALAVRAS-CHAVE: Traqueotomia e traqueostomia abertas, traqueotomia percutânea e cricotirotomia
PARA: Médicos e Enfermeiros do Sistema de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros, ouvidos o INFARMED, a Administração do Sistema de saúde, IP e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte:

NORMA

1. A realização de ostomias respiratórias no adulto deve ser considerada em determinadas condições das complicações das seguintes situações clínicas (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)¹⁻³:
 - a) Doença inflamatória aguda ou edema angioneurótico;
 - b) Doença inflamatória crónica (sífilis, doença granulomatosa e doenças do colagénio);
 - c) Traumatismos faciais ou cervicais;
 - d) Corpos estranhos faringolaríngeos;
 - e) Estenose laríngea (glótica ou subglótica) e estenose traqueal;
 - f) Controlo da ventilação em cirurgia de cabeça e pescoço;
 - g) Insuficiência respiratória crónica;
 - h) Entubação traqueal por mais de 5 dias (permanências longas em ventilador, quando há previsão de uso de ventilador após o 5º ou 7º dia de intubação orotraqueal, ou sendo indispensável a sedação da pessoa);
 - i) Síndrome de apneia obstrutiva do sono;



- j) Obstrução aérea por retenção de secreções, ventilação ineficaz ou ambas;
 - k) Paralisia bilateral das cordas vocais;
 - l) Patologia neurológica e doenças degenerativas neuromusculares;
 - m) Edema pós-radioterapia;
 - n) Tumores da cavidade oral, faríngeos ou laríngeos (malignos/benignos; intrínsecos/extrínsecos).
2. A realização de ostomias respiratórias em idade pediátrica deve ser considerada nas situações de necessidade de ventilação prolongada (conceito amplo de 2-134 dias de acordo com a patologia), designadamente, nas seguintes situações clínicas (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I):
- a) Prematuridade;
 - b) Doenças neuromusculares⁴;
 - c) Malformações congénitas⁵;
3. Devem ser indicadas para cirurgia de emergência, as pessoas que apresentam obstrução da via aérea sem possibilidade de obtenção de outra via respiratória, em particular, de causa traumática, tumoral ou corpo estranho (Nível de Evidência C, Grau de Recomendado I).
4. A pessoa e/ou o representante legal devem ser informados e esclarecidos acerca da necessidade do acompanhamento clínico na ostomia respiratória, dos benefícios e dos riscos do tratamento e quando deve contactar a equipa de saúde.
5. Deve ser obtido um consentimento informado escrito de acordo com a Norma nº 015/2013 “Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito”.
6. A ostomia respiratória em situação de emergência ventilatória ou em intervenção programada, em ambiente hospitalar, deve ser realizada por equipa médica especializada, após proposta de decisão terapêutica da equipa médica responsável pelo acompanhamento da pessoa.
7. Os dispositivos médicos devem ser prescritos à pessoa (idade pediátrica e adulto) com ostomia respiratória, após alta da unidade de internamento³.



8. A intervenção de enfermagem da pessoa a ser submetida a cirurgia de ostomia respiratória^{6,7} deve ser efetuada nas fases pré e pós-ostomia por enfermeiros com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia nos cuidados hospitalares (consulta de enfermagem de estomaterapia e unidade de internamento), nos cuidados domiciliários, nas unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)⁶⁻⁸.
9. A educação para a saúde dirigida à pessoa com ostomia respiratória e/ou representante legal e/ou cuidador, realizada por enfermeiro com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia, iniciada na fase pré-ostomia^{13,11} (consulta de enfermagem de estomaterapia e internamento) e reforçada na fase pós-operatória (cuidados hospitalares, cuidados domiciliários, unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos) com plano detalhado sobre a preparação da alta (da unidade de internamento na fase pós-ostomia e alta hospitalar) deve incluir (Anexo II)⁶⁻⁸:
- a) Ensinar, instruir, treinar, supervisionar e apoiar no desenvolvimento de habilidades de autocuidado da traqueotomia e da traqueostomia;
 - b) Cuidados com higiene geral e oral;
 - c) Cuidados com a alimentação^{6,9} na pessoa com traqueotomia ou com traqueostomia^{6,9,19};
 - d) Comunicação na pessoa com traqueotomia⁶ e na pessoa com traqueostomia^{6,9,10};
 - e) No dia da alta reavaliar educação para a saúde e orientar no uso de dispositivos (filtros, lenços, cânulas, escovilhões, etc);
 - f) Referenciar para apoios na comunidade.
10. Deve ser implementada a intervenção de enfermagem à pessoa (idade pediátrica e adulto) com ostomia respiratória na fase pós-ostomia, realizado por enfermeiro com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia, nos cuidados hospitalares, nos cuidados domiciliários e nas unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos (consultar Anexo III e dispositivos em Anexo I) (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)⁶⁻⁸:
- a) Cuidados ao estoma e pele na traqueotomia, pelo menos, 2 vezes por dia e sempre que o penso está húmido^{6,9,11};



- b) Cuidados ao estoma e pele na traqueostomia diariamente e de acordo com as condições clínicas da pessoa e com o dispositivo selecionado^{6,9,11};
- c) Higienização das cânulas (rígidas – interna e externa; silicone) de manhã, à noite e sempre que está obstruída de secreções^{6,9,11,12};
- d) Substituição da cânula externa na traqueotomia do adulto pelo enfermeiro, em ambiente hospitalar, de acordo com protocolo definido a nível local e a indicação de periodicidade definida pelo fabricante ou por indicação clínica;
- e) Participação na troca da cânula em idade pediátrica em cuidados hospitalares;
- f) Material de fixação da cânula externa de traqueotomia deve trocar-se sempre que está molhado, com perda de integridade ou impregnado de secreções e/ou conteúdo hemático;
- g) Permeabilidade das vias aéreas no adulto e em idade pediátrica; Seguinto para reavaliação do autocuidado, prevenção e deteção de complicações da pele peri-estoma e do estoma e avaliação da adaptação aos acessórios de ostomias, introduzindo as alterações, sempre que necessário.

11.A substituição da cânula externa na traqueotomia do adulto deve ser realizada por profissional de saúde com formação, definido a nível local e de acordo com a indicação de periodicidade definida pelo fabricante ou por indicação clínica (Anexo III) (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

12.A troca da cânula em idade pediátrica deve ser realizada em ambiente hospitalar, por equipa especializada (médico ou enfermeiro com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de ostomias respiratórias), sempre que necessário com utilização de um condutor e técnica de Seldinger e quando necessário com apoio de anestesiologia (Anexo III) (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

13.A monitorização e seguimento em idade pediátrica e no adulto, realizada por enfermeiro com formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia na consulta de enfermagem de estomaterapia devem incluir:

- a) Avaliação do estado geral;
- b) Avaliação do estoma e pele peri-estoma;



- c) Capacitação de autocuidado;
- d) Adesão ao plano terapêutico;
- e) Melhoria global referida pela pessoa;
- f) Periodicidade seguinte e sempre que existem intercorrências:
 - i. Até aos 15 dias; e
 - ii. Aos 30 dias; e
 - iii. Aos 3 meses, 6 meses e 12 meses; e
 - iv. Anualmente.

14.A monitorização, controlo clínico e seguimento do adulto devem ser realizados pelo médico, com registo no processo clínico e efetuado a nível da consulta de especialidade hospitalar com periodicidade definida de acordo com a situação clínica e contexto individual (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

15.Em idade pediátrica, a monitorização, controlo clínico e seguimento devem ser efetuados a nível da consulta de especialidade hospitalar de pediatria e de otorrinolaringologia e quando necessário com apoio de anesthesiologia, com periodicidade definida de acordo com a situação clínica e contexto individual (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).

16.Deve ser assegurada a reabilitação vocal das pessoas (idade pediátrica e adulto) com traqueostomia.

17.Na pessoa (idade pediátrica e adulto) com ostomia respiratória em seguimento hospitalar deve ser enviada aos cuidados de saúde primários informação médica e de enfermagem, após prévio contacto telefónico ou eletrónico com médico e enfermeiro dos cuidados de saúde primários.

18.Deve ser referenciada ao serviço de urgência a pessoa com ostomia respiratória e que apresenta:

- a) Dificuldade respiratória por obstrução;
- b) Perdas hemáticas.

19.Nas pessoas com ostomias respiratórias reinternadas deve ser implementado protocolo local de acordo com o Grupo Coordenador Local (GCL) do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA).



20. Deve ser referenciada, a efetivar de imediato, a consulta de enfermagem de estomatoterapia ou consulta médica, após contacto prévio telefónico e, na sua impossibilidade, o enfermeiro deve contactar o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (Saúde 24), quando a pessoa apresenta:

- a) Lesões cutâneas peri-estoma (maceração, escoriação, eritema, zona de pressão e ulceração);
- b) Estenose do estoma;
- c) Perda da capacitação de autocuidado.

21. A prescrição inicial por um período de 30 dias de dispositivos médicos no adulto deve ser efetuada a nível da consulta de especialidade hospitalar e a prescrição de continuidade por um período de 180 dias a nível da consulta de especialidade hospitalar e/ou dos cuidados de saúde primários.

22. A prescrição inicial por um período de 30 dias e de continuidade por um período de 90 dias de dispositivos médicos em idade pediátrica deve ser efetuada a nível da consulta de especialidade hospitalar.

23. Prévia à decanulação em idade pediátrica, deve ser efetuado (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I):

- a) Avaliação clínica com observação específica da laringe e hipofaringe;
- b) Realização de treino de decanulação;
- c) Quando existe cânula fenestrada (interna e externa) deve ser realizada oclusão por períodos por tempos progressivamente maiores em que deve ser efetuada a monitorização da saturação de oxigénio com registo do procedimento em lista verificação definida a nível local.
- d) Quando não existe cânula fenestrada, esta deve ser trocada por outra cânula (2 números abaixo) e efetuada a oclusão por períodos;
- e) Realizada polissonografia (PSG) tipo I devido à necessidade de excluir patologia respiratória relacionada com o sono¹³: a PSG tipo I pode ser realizada cerca de 1 mês após início de treino de tapar a cânula com o objetivo da decanulação⁴;



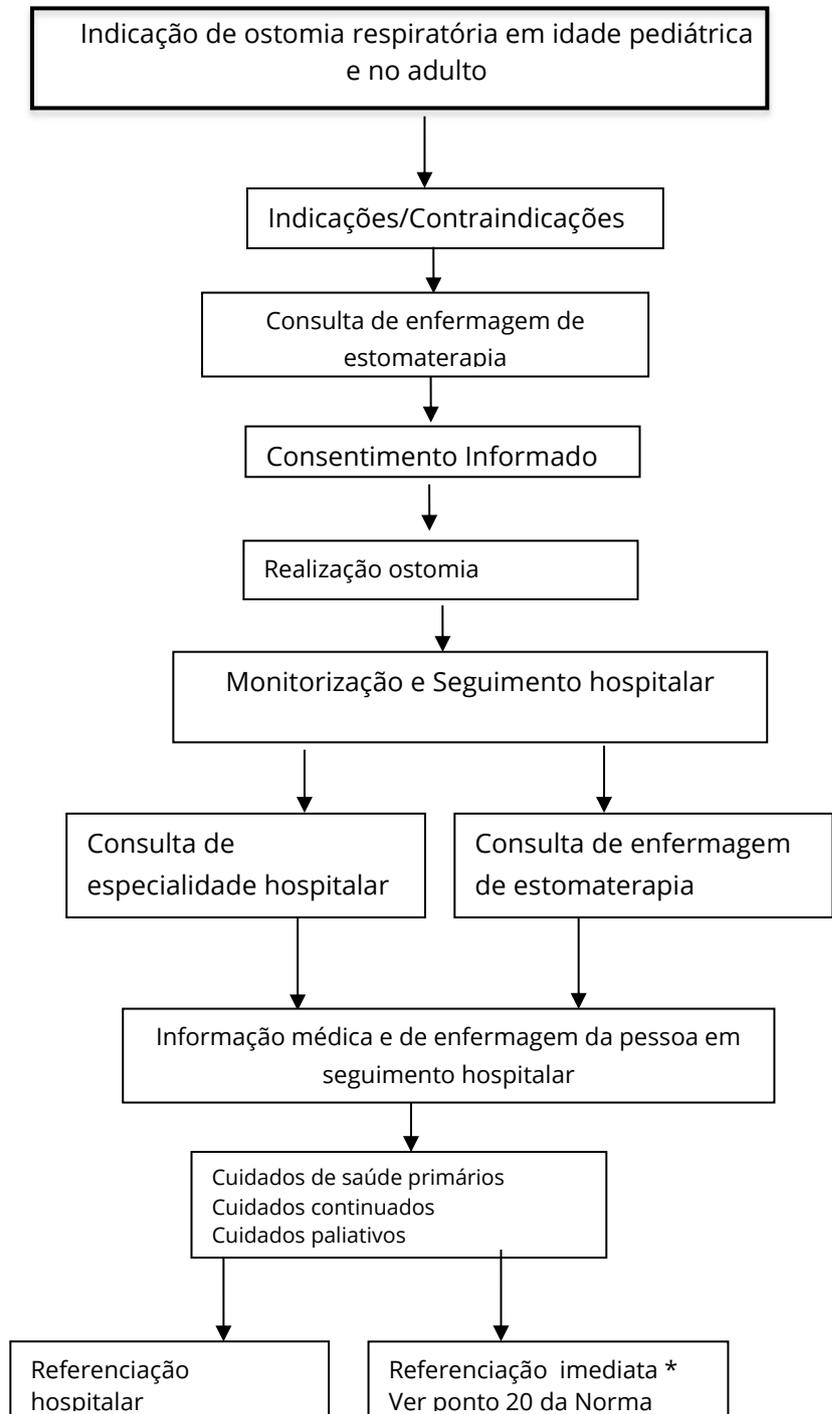
- f) Quando PSG não apresenta alterações deve ser contactada médico de otorrinolaringologia para decanulação.

24. Devem ser registados no processo clínico todas as avaliações/procedimentos/intervenções efetuadas e resultado das mesmas, por ordem cronológica.

25. Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.



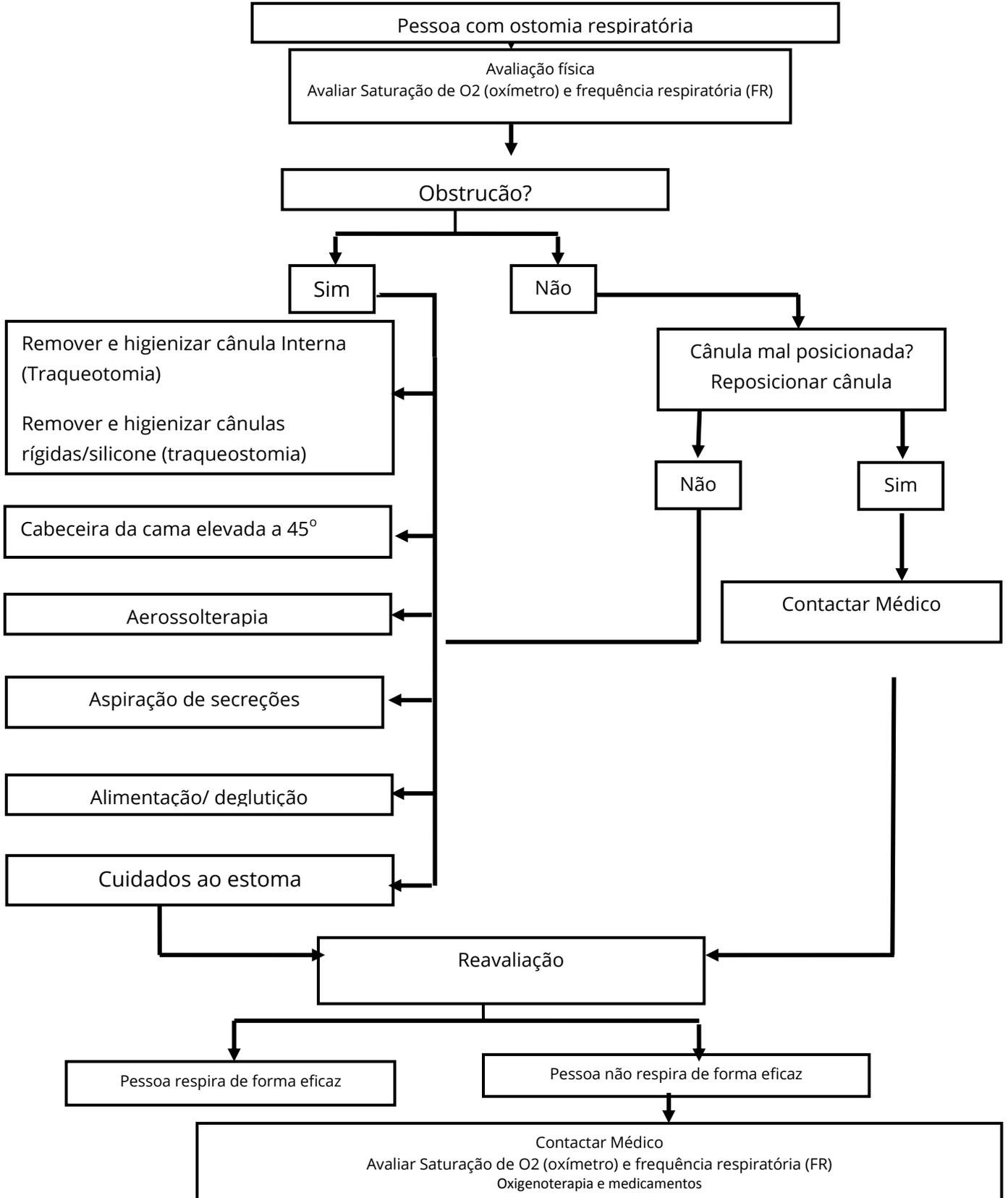
26. O algoritmo clínico
Ostomias respiratórias



*A consulta de enfermagem de estomaterapia ou consulta médica nos cuidados continuados, cuidados paliativos e cuidados de saúde primários ou, na sua impossibilidade, contactar Saúde 24



Avaliação na pessoa com ostomia respiratória





27.O instrumento de auditoria clínica

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma " Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto "				
Unidade:				
Data: ___/___/___		Equipa auditora:		
1: Consentimento Informado				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que a pessoa e/ou o representante legal são informados e esclarecidos acerca da necessidade do acompanhamento na ostomia respiratória, dos benefícios e dos riscos do tratamento e quando deve contactar a equipa de saúde				
Existe evidência de que é obtido um consentimento informado escrito de acordo com a Norma nº 015/2013 "Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito"				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
2: Intervenção Médica				
A: Realização de Ostomia				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência que no adulto e em idade pediátrica a ostomia respiratória em situação de emergência ventilatória ou em intervenção programada, em ambiente hospitalar, é realizada pela equipa médica especializada após proposta de decisão terapêutica da equipa médica responsável pelo acompanhamento da pessoa				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
B: Indicações Clínicas				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que no adulto a realização de ostomia respiratória é considerada em determinadas condições das complicações das seguintes situações clínicas: doença inflamatória aguda ou edema angioneurótico; doença inflamatória crónica (sífilis, doença granulomatosa e doenças do colagénio); traumatismos faciais ou cervicais; corpos estranhos faringolaringeos; estenose laríngea (glótica ou subglótica) e estenose traqueal; controlo da ventilação em cirurgia de cabeça e pescoço; insuficiência respiratória crónica; entubação traqueal por mais de 5 dias (permanências longas em ventilador, quando há previsão de uso de ventilador após o 5º ou 7º dia de intubação oro-traqueal, ou sendo indispensável a sedação da pessoa); síndrome de apneia obstrutiva do sono; obstrução aérea por retenção de secreções, ventilação ineficaz ou ambas; paralisia bilateral das cordas vocais; patologia neurológica e doenças degenerativas neuromusculares; edema pós-radioterapia; tumores da cavidade oral, faríngeos ou laríngeos (malignos/benignos; intrínsecos/extrínsecos)				
Existe evidência de que na idade pediátrica a realização de ostomias respiratórias em idade pediátrica é considerada nas situações de necessidade de ventilação prolongada (conceito amplo de 2-134 dias de acordo com a patologia), designadamente, nas seguintes situações clínicas: prematuridade; doenças neuromusculares; malformações congénitas				
Existe evidência de que é indicada para cirurgia de emergência, a pessoa que apresenta obstrução da via aérea sem possibilidade de obtenção de outra via respiratória, em particular, de causa traumática, tumoral ou corpo estranho				
Existe evidência que os dispositivos médicos são prescritos à pessoa (idade pediátrica e adulto) com ostomia respiratória, após alta da unidade de internamento.				
Subtotal	0	0	0	



ÍNDICE CONFORMIDADE				%
C: Troca de Cânula e Decanulação				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que em idade pediátrica, prévia à decanulação, é efetuado: avaliação clínica com observação específica da laringe e hipofaringe; realização de treino de decanulação; quando existe cânula fenestrada (interna e externa) é realizada oclusão por períodos por tempos progressivamente maiores em que deve ser efetuada a monitorização da saturação de oxigénio com registo do procedimento em lista verificação definida a nível local; quando não existe cânula fenestrada, esta é trocada por outra cânula (2 números abaixo) e efetuada a oclusão por períodos; realizada polissonografia (PSG) tipo I devido à necessidade de excluir patologia respiratória relacionada com o sono: a PSG tipo I pode ser realizada cerca de 1 mês após início de treino de tapar a cânula com o objetivo da decanulação; quando PSG não apresenta alterações é contactado médico de otorrinolaringologia para decanulação				
Existe evidência de que no adulto a substituição da cânula externa na traqueotomia é realizada por profissional de saúde com formação definido a nível local e de acordo com a indicação de periodicidade definida pelo fabricante ou por indicação clínica				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE				%
D: Monitorização				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que no adulto a monitorização, controlo clínico e seguimento são realizados pelo médico, com registo no processo clínico e efetuado a nível da consulta de especialidade hospitalar com periodicidade definida de acordo com a situação clínica e contexto individual				
Existe evidência de que em idade pediátrica a monitorização, controlo clínico e seguimento, com registo no processo clínico são efetuados a nível da consulta de especialidade hospitalar de pediatria e de otorrinolaringologia e quando necessário com apoio de anestesiologia, com periodicidade definida de acordo com a situação clínica e contexto individual				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE				%
E: Prescrição Inicial e de Continuidade				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que no adulto a prescrição inicial por um período de 30 dias de dispositivos médicos no adulto é efetuada a nível da consulta de especialidade hospitalar e a prescrição de continuidade por um período de 180 dias a nível da consulta de especialidade hospitalar e/ou dos cuidados de saúde primários				
Existe evidência de que em idade pediátrica a prescrição inicial por um período de 30 dias e de continuidade por um período de 90 dias de dispositivos médicos é efetuada a nível da consulta de especialidade hospitalar				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE				%
F: Articulação com Cuidados de saúde Primários				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa (idade pediátrica e adulto) com ostomia respiratória em seguimento hospitalar é enviada informação médica aos cuidados de saúde primários, após prévio contacto telefónico ou eletrónico com médico				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE				%
G. Referenciação Hospitalar				



Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que é referenciado ao serviço de urgência a pessoa com ostomia respiratória e que apresenta: dificuldade respiratória por obstrução; perdas hemáticas				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
3: Intervenção de Enfermagem				
A: Fases Pré e Pós-Ostomia				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa (idade pediátrica e adulto) a ser submetida a cirurgia de ostomia respiratória a intervenção de enfermagem é efetuada nas fases pré e pós-ostomia por enfermeiro com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia a nível dos cuidados hospitalares (consulta de enfermagem de estomaterapia e unidade de internamentos), dos cuidados domiciliários e das unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
B: Cuidados de Estomaterapia na Fase Pós-Ostomia				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa (idade pediátrica e adulto) com ostomia respiratória, na fase pós-ostomia, realizado por enfermeiro com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia, nos cuidados hospitalares, cuidados domiciliários e unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos são implementados os seguintes cuidados (consultar Anexo III e dispositivos em Anexo I): cuidados ao estoma e pele na traqueotomia, pelo menos, 2 vezes por dia e sempre que o penso está húmido; cuidados ao estoma e pele na traqueostomia diariamente e de acordo com as condições clínicas da pessoa e com o dispositivo selecionado; higienização das cânulas (rígidas-interna e externa; silicone) de manhã, à noite e sempre que está obstruída de secreções; participação da cânula externa na traqueotomia do adulto pelo enfermeiro (em ambiente hospitalar) quando definido a nível local e de acordo com a indicação de periodicidade definida pelo fabricante ou por indicação clínica; substituição da cânula externa na traqueostomia do adulto em ambiente hospitalar de acordo com protocolo definido a nível local e indicação de periodicidade definida pelo fabricante ou por indicação clínica; colaboração na troca de cânula pediátrica em cuidados hospitalares; material de fixação da cânula externa de traqueotomia trocado sempre que está molhado, com perda de integridade ou impregnado de secreções e/ou conteúdo hemático; permeabilidade das vias aéreas; seguimento para reavaliação do autocuidado, prevenção e deteção de complicações da pele peri-estoma e do estoma e avaliação da adaptação aos acessórios de ostomias, introduzindo as alterações, sempre que necessário				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
C: Educação para a Saúde				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que a educação para a saúde dirigida à pessoa (idade pediátrica e no adulto) com ostomia respiratória e/ou representante legal e/ou cuidador, realizado por enfermeiro com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia, iniciada na fase pré-ostomia (consulta de enfermagem de estomaterapia e internamento) e reforçada na fase pós-operatória (cuidados hospitalares, nos cuidados domiciliários e nas unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos) com plano detalhado sobre a preparação da alta (da unidade de internamento				



na fase pós-ostomia e alta hospitalar) inclui (Anexo II): ensinar, instruir, treinar, supervisionar e apoiar no desenvolvimento de habilidades de autocuidado da traqueotomia e da traqueostomia; cuidados com higiene geral e oral; alimentação na pessoa com traqueotomia (a realização de uma traqueotomia pode ter impacto mecânico ou fisiológico no ato da deglutição) ou com traqueostomia (via entérica, até indicação médica); comunicação na pessoa com traqueotomia e na pessoa com traqueostomia; no dia da alta reavaliar educação para a sa e orientar no uso de dispositivos (filtros, lenços, cânulas, escovilhões, etc); referenciar para apoios na comunidade				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
C: Troca de Cânula em Idade Pediátrica				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que em idade pediátrica a troca da cânula é realizada em ambiente hospitalar, por equipa especializada (médico ou enfermeiro com experiência e formação específica e reconhecida em cuidados de ostomias respiratórias), sempre que necessário com utilização de um condutor e técnica de Seldinger e quando necessário com apoio de anestesiologia				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
D: Articulação com Cuidados de Saúde Primários				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa (idade pediátrica e adulto) com ostomia respiratória em seguimento hospitalar é enviada informação de enfermagem aos cuidados de saúde primários, após prévio contacto telefónico ou eletrónico com enfermeiro				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
E: Monitorização e Seguimento				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa a monitorização e seguimento em idade pediátrica e no adulto, realizada por enfermeiro com formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia na consulta de enfermagem de estomaterapia inclui: avaliação do estado geral; avaliação do estoma e pele periestoma; capacitação de autocuidado; adesão ao plano terapêutico; melhoria global referida pela pessoa				
Existe evidência de que na pessoa a monitorização e seguimento em idade pediátrica e no adulto é realizada por enfermeiro com formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia na consulta de enfermagem de estomaterapia com a periodicidade seguinte e sempre que existem intercorrências: até aos 15 dias; e aos 30 dias; e aos 3 meses, 6 meses e 12 meses; e anualmente				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
F: Referenciação				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de a referenciação, a efetivar de imediato, a consulta de enfermagem de estomaterapia ou consulta médica nos cuidados continuados, cuidados paliativos e cuidados de saúde primários, é realizada, após contacto prévio telefónico e, na sua impossibilidade, o enfermeiro contacta o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (Saúde 24), quando a pessoa apresenta: lesões cutâneas peri-estoma (maceração, escoriação, eritema, zona de pressão e ulceração); estenose do estoma; perda da capacitação de autocuidado				
Subtotal	0	0	0	



ÍNDICE CONFORMIDADE				%
3: Reinternamento				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa com ostomia respiratória reinternada é implementado protocolo local de acordo com o Grupo Coordenador Local (GCL) do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE				%
4: Reabilitação vocal				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na pessoa em idade pediátrica ou no adulto com traqueostomia é assegurada a reabilitação vocal				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE				%
5: Registos Médicos e de Enfermagem				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que são registados no processo clínico todas as avaliações/procedimentos/intervenções efetuadas e resultado das mesmas, por ordem cronológica.				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE				%

Avaliação de cada padrão: $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$



28.O conteúdo da presente Norma foi validado cientificamente pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas e será atualizado sempre que a evidência científica assim o determine.

29.Os conteúdos relativos à intervenção de enfermagem foram validados pelo *Chief Nursing*.

30.O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.



Francisco George

Diretor-Geral da Saúde



TEXTO DE APOIO

Conceitos, definições e orientações

- A. Estomaterapia: é uma área diferenciada de cuidados de saúde, que integram o saber científico-técnico, princípios de relação de ajuda e através da informação, ensinamentos e aconselhamento, permite à pessoa que irá ou foi submetida a uma ostomia prosseguir a nível pessoal, familiar, profissional e social, com as necessárias “modificações” o mais rápido possível, concretizando objetivos e metas⁶.
- B. Estoma: *Stoma* é uma palavra de origem grega que significa “abertura” ou boca, utilizada para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca no corpo¹⁴.
- C. Ostomia: a técnica da ostomia é a abertura de um órgão por meio cirúrgico, resultando numa boca em contacto com o meio externo, com diferentes finalidades e indicações, como, eliminações urinárias e ou intestinais, para alimentação ou para respiração. A nova abertura recebe o nome de ostomia e a denominação é atribuída de acordo com o segmento e o aparelho de onde provém⁶. A sua designação inicia-se pelo nome do local seguido de ostomia (ex: traqueostomia - abertura na traqueia para respiração). As ostomias são classificadas segundo a localização, o tempo de permanência e a técnica cirúrgica¹⁵.
- D. Pessoa ostomizada: as pessoas portadoras de estomas apresentam características comuns que as unem formando um grupo especial constituído por pessoas com necessidades, reações e comportamentos próprios, implícitos da sua subjetividade e identidade mas com necessidades comuns à problemática que estão a experienciar - a presença de um estoma¹⁶.
- E. Traqueotomia: consiste numa intervenção cirúrgica na qual é feita uma abertura temporária das vias aéreas a nível da traqueia, na face anterior do pescoço ao nível do 3º ou 4º anel traqueal, abaixo da cartilagem cricoide, na qual se insere uma cânula (interna e externa) de diâmetro e comprimento adequado com ou sem *cuff* (balão) de forma a manter as vias aéreas permeáveis^{6,17}.



- F. Traqueostomia: consiste num procedimento de maior complexidade, no qual é feita uma abertura cirúrgica da traqueia seguida de sutura do orifício cutâneo subjacente à pele, ou seja, o ato de realizar um traqueostoma para preservar a função respiratória. É sempre definitivo e realiza-se nas laringectomias totais e na presença de graves problemas de deglutição (glossectomia). A respiração faz-se exclusivamente pelo orifício do traqueostoma⁶.
- G. As ostomias respiratórias podem ser provisórias ou definitivas, de acordo com indicação clínica. A necessidade de dispositivos de suporte à pessoa portadora de uma ostomia respiratória depende, da indicação clínica, das comorbilidades, da idade e do tipo de ostomia (se uma criança ou adulto, se a ostomia é provisória ou definitiva ou se é uma traqueotomia ou traqueostomia). A escolha dos dispositivos médicos da traqueotomia e da traqueostomia é da responsabilidade médica.
- H. Cânula de traqueotomia ou traqueostomia: deve adequar-se ao tamanho da via aérea do candidato(a), sendo que o diâmetro interno da cânula é medido em mm:
- 1) Tubo que assegura a comunicação (artificial: traqueostomia ou traqueotomia) entre a traqueia e a pele para que esta não encerre;
 - 2) Características das cânulas:
 - a) As cânulas estão desenhadas para se adaptarem à forma da traqueia na ostomia respiratória (traqueotomia ou traqueostomia);
 - b) Existem vários tipos de cânulas de diferentes calibres e comprimentos;
 - c) As cânulas podem ser semirrígidas quer de plástico, quer PVC, (compostas por um *Kit* com cânula interna e externa, tampa e obturador) e de silicone reforço de metal flexível, usadas em neonatologia e pediatria;
 - d) Duração variável de acordo com o tipo, indicação clínica ou do fabricante.
- I. Outros dispositivos médicos para pessoas com ostomia respiratória:
- 1) Fixador de cânula ou suporte de tubo de traqueostomia – a fita de nastro e/ou fixador de velcro;



- 2) Filtros permutadores de calor e de humidade têm o objetivo de aquecer, humidificar e filtrar o ar inspirado, prevenindo infeções respiratórias. Existem filtros adaptáveis em cânulas rígidas, em cânulas/botões de silicone e em placas adesivas;
- 3) Outras proteções de estoma em “tecido” (ex: lenço) ou com película autocolante;
- 4) Prótese fonatória: dispositivo colocado cirurgicamente, através de criação de fístula traqueoesofágica por médico otorrino;
- 5) Escovilhões ou escovas, para limpeza de prótese fonatória e para limpeza de cânulas de traqueo(s)tomia;
- 6) Dispositivo de proteção para banho para adaptação às placas adesivas e de “borracha” para aplicação direta.

J. A deteção e prevenção de complicações deverão ser objeto de monitorização:

- 1) Complicações imediatas^{3,7,9}: dor e edema, afonia (ausência total de voz), aumento das secreções traqueais, mau posicionamento ou falso trajeto da cânula, apneia por terminar o estímulo respiratório hipóxico, sinais e sintomas de hemorragia, obstrução da via aérea/cânula por tampão mucoso, pneumotórax ou pneumomediastino, lesão das estruturas adjacentes (parede posterior da traqueia, esófago, carótida, tronco braquiocefálico, nervos recorrentes, glândula tiroide).
- 2) Complicações mediatas^{3,7,9}: sinais e sintomas de hemorragia, infeção, infeção e deiscência da sutura, traqueíte, celulite, exteriorização da cânula externa na traqueotomia; enfisema subcutâneo; disfagia; laceração traqueal e fístula traqueo-esofágica; dor e edema; secreções purulentas e/ou com cheiro fétido;
- 3) Complicações tardias^{3,7,9}: dificuldades na extubação; disfagia; recidiva tumoral; estenose traqueal; tecido granulação; hemorragia; complicações da prótese fonatória (candidíase, rejeição, etc); fístulas; lesões cutâneas peri-estoma (maceração, eritema, escoriação, úlcera).

K. A educação para a saúde pressupõe a capacitação da pessoa para a gestão da sua situação de saúde e as alterações decorrentes desta. É necessário assegurar que, após a alta



- cirúrgica, a pessoa e/ou representante legal e/ou família e/ou cuidador adquirirem as habilidades mínimas para manutenção do autocuidado e gestão do regime terapêutico.
- L. Na pessoa com prótese fonatória a intervenção de enfermagem visa a capacitação do autocuidado (higiene, posicionamento e funcionamento), sem prejuízo do seguimento pelo terapeuta da fala na reabilitação vocal.
- M. O enfermeiro com formação específica e reconhecida e experiência em cuidados à pessoa com ostomia instrói, ensina e treina para o autocuidado. É da responsabilidade do enfermeiro que acompanha a pessoa com ostomia e família e/ou representante legal e/ou família e/ou cuidador, a informação sobre estratégias adaptativas que visem a recuperação da autonomia, o acompanhamento, a avaliação da eficácia das mesmas e a avaliação das competências adquiridas.

Fundamentação

- A. Em relação ao número real de pessoas com ostomia, não existem dados agregados nacionais, podendo ser possível aceder à informação a disponibilizar por cada unidade de saúde.
- B. A nível nacional em 2015, temos uma estimativa de 53 consultas de estomaterapia em atividade, 43 em unidades hospitalares e 10 em centros de saúde, desenvolvidas por enfermeiras. O horário e os dias de funcionamento das consultas variam, assim como os critérios para atendimento (pré-operatório, pós-operatório, momento de alta e no seguimento). Estas consultas estão organizadas de forma diferente, algumas fazem o seguimento da pessoa com ostomia (eliminação, respiratório ou alimentação), outras fazem o seguimento da pessoa com ostomia de eliminação e ainda outras avaliam a pessoa com ostomia digestiva e ostomia urinária, separadamente.
- C. Os dispositivos médicos dispensados em farmácia da comunidade estão restritos aos produtos cuja utilização foi determinada pelo fabricante como sendo segura para utilização em auto-cuidado, estando excluídos produtos de utilização profissional.



- D. Dada à diversidade de dispositivos médicos a disponibilizar na fase pós-ostomia, os mesmos devem ser disponibilizados de acordo com o tipo de cirurgia, o tempo de permanência da mesma e o estado clínico da pessoa.
- E. A durabilidade de uma cânula depende muito do tipo de cânula, do tipo de ostomia respiratória e do estágio em que a pessoa se encontra no seu percurso. Bem como a necessidade de outro material acessório. A única exceção é para as cânulas de silicone e botões em que se pode prever a sua durabilidade, respeitando quer as indicações clínicas quer as recomendações dos fabricantes.
- F. Reveste-se da maior importância o acesso a uma equipa interdisciplinar de profissionais de saúde com conhecimentos e competências para garantir a prestação de cuidados de qualidade na gestão da ostomia².
- G. Todas as pessoas com ostomias respiratórias necessitam de apoio educacional, psicossocial e de treino, a fim de se adaptarem e cumprirem com sucesso o autocuidado da ostomia.
- H. A associação de enfermeiros de ferida, ostomia e continência dos Estados Unidos, *Wound Ostomy Continence Nurse Society* (WOCN) refere que as pessoas submetidas a cirurgia de ostomia, temporária ou permanente, exigem cuidados físicos e emocionais, intensos e contínuos para retornar a sua vida diária. Os enfermeiros prestam cuidados especializados com os objetivos de maximizar a independência para o autocuidado e apoiam as pessoas a adaptarem -se às mudanças que surgem devido à presença do estoma. A necessidade de cuidados especiais continuam muito para além do período cirúrgico mediato (WOCN Society, 2010)¹⁸.
- I. O ensino/treino e o seguimento devem estar disponíveis para todas as pessoas com ostomia.
- J. As primeiras consultas de enfermagem de estomaterapia, em Portugal, surgiram em 1991 e foram regulamentadas pelo Despacho do Ministério da Saúde, de 24 de Fevereiro de 1995, do, então Ministro da Saúde, Dr. Paulo Mendo, que definiu a criação de “atendimento de Enfermagem em Estomaterapia” e como prioridade a formação na área.



No referido Despacho são descritas como funções da enfermeira no atendimento em estomaterapia “Garantir o atendimento pessoal e telefónico dos ostomizados residentes na área (que pode ou não estar incluída na área de influência do estabelecimento; Ajustar os dispositivos adequados caso a caso); Instruir os utentes para correta utilização do material; Acompanhar e solucionar os problemas decorrentes; Manter atualizados os ficheiros dessas pessoas; Elaborar as especificações do material para efeitos de aquisição e Colaborar nas comissões de escolha do material”.

- K. As primeiras enfermeiras para além da formação que se iniciou para cumprimento do decreto-lei começaram a frequentar cursos pós graduação e a formaram-se em universidades inglesas, francesas e espanholas, cujos cursos de estomaterapia são acreditados pelo *World Council of Enterostomal Therapists* (WCET) com o título próprio de “*Experto Universitario en Estomaterapia*” com carga horária de 420 horas teórica/prática e incluem conteúdos teóricos relativos a ostomias respiratórias, eliminação, alimentação e fístulas.
- L. Um novo ciclo iniciou-se em 2012 com o “Curso de Formação Avançada em Estomaterapia” realizado pela Universidade Católica Portuguesa, em parceria com a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (APECE) num total de 80 horas letivas presenciais - componente teórica/prática - num total de 200 horas e com acreditação pelo WCET, perfazendo um total de 60 enfermeiros com formação avançada. Tem sido, também, praticado em algumas unidades de saúde formações intituladas “noções essenciais em estomaterapia ” ou “atualizações em estomaterapia” da responsabilidade dos centros de formação respetivos, com a coordenação das enfermeiras que exercem funções em consultas de estomaterapia, com carga horária que pode ir até às 63 horas.
- M. Os dados relativos aos enfermeiros inscritos na APECE mostram que 50 enfermeiros têm o curso de formação avançada com 200 horas teórico/prática (33,78%), 21 enfermeiros (14,19%), têm formação básica, (consideramos formação básica os cursos com carga horária de 50 horas com componente teórica), 14 enfermeiros (9,46%) têm formação em universidades do exterior com “Titulo Próprio de “*Experto Universitario en Estomaterapia*”



(carga horária de 420 horas). No que refere à experiência profissional em estomatoterapia, encontram-se a exercer funções nesta área 15 enfermeiros com 5 ou menos anos (10,14%), 17 enfermeiros entre 5 a 10 anos (11,49%), 16 Enfermeiros entre 10 a 15 anos (10,81%) e com mais de 15 anos, 15 enfermeiros (8,78%). Cerca de 15% dos enfermeiros com formação em diferenciada não exercem funções na consulta de estomatoterapia.

Avaliação

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- D. A implementação da presente Norma pode ser monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
 - 1) Proporção de pessoas com traqueostomia e traqueostomia abertas, traqueotomia percutânea e cricotirotomia;
 - 2) Consumos discriminados de dispositivos médicos na fase pós-ostomia.

Comité Científico

- A. A presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus colégios de especialidade e do Conselho de Enfermagem da Ordem dos



Enfermeiros, ao abrigo do protocolo existente entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Enfermeiros.

- B. A elaboração da proposta da presente Norma foi efetuada por Artur Conde, Helena Loureiro, Dinis da Silva, Filipe Freire, Manuela Honório, Filipa Tavares, Isabel Morais, Dora Neves, Artur Conde e Miguel Magalhães.
- C. A elaboração da proposta da presente Norma teve a representação da ACSS, através de Sofia Mariz e do INFARMED, através de Miguel Antunes e Helena Monteiro.
- D. A elaboração da proposta da presente Norma teve a representação da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomatoterapia (APECE).
- E. Todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.
- F. A avaliação científica do conteúdo final da presente Norma foi efetuada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde.

Coordenação executiva

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada por Cristina Martins d'Arrábida.

Coordenação técnica

A coordenação técnica da atual versão da presente Norma foi assegurada por Cristina Ribeiro Gomes e Sérgio Gomes.



Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas

Pelo Despacho n.º 8468/2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 149, de 3 de agosto de 2015, a Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas tem como missão a validação científica do conteúdo das Normas de Orientação Clínica emitidas pela Direção-Geral da Saúde. Nesta Comissão, a representação do Departamento da Qualidade na Saúde é assegurada por Carlos Santos Moreira.

Referências Bibliográficas

1. RUSSEL , C.; MATTA, B. - *Tracheostomy - A Multiprofessional Handbook*. São Francisco, CA: Greenwich Medical Media Limited. 2004. ISBN 1-84110-152-4392pp.
2. MORRIS, L.; AFIFI , S. - *Tracheostomies - The Complete Guide* – Springer Publishing. 2010. ISBN: 0826105173. P.256
3. ST. James Hospital Nursing – *Tracheostomy care guidelines* [em linha]. Londres. Actual. Dez. 2015. [consult. 3 Agost. 2016].DisponívelemWWW:<URL:http://www.stjames.ie/GPsHealthcareProfessionals/Conferenc esCourses/TracheostomyTalks/Tracheostomy%20Guidelines%20(2013).pdf
4. Henningfeld, J.K e al. Liberation From Home Mechanical Ventilation and Decannulation in Children. 2016, Wiley Periodicals Inc., *Pediatric Pulmonary* 51:838-849.
5. Douglas, C.M et al. *Paediatric tracheostomy – An 11 year experience at a Scottish paediatric tertiary referral centre*. *Int J Ped Otorhinolaryngol* October 2015, volume 79, issue 10. p1673-1676
6. SANTOS, I.; SEIÇA, A. - A Pessoa Submetida a ostomia respiratória. In: MORAIS, I. *et al*. *Estomaterapia: O saber e o cuidar*. Lisboa: Lidel, 2012. ISBN 978-972-757-881-8 (pp.5-16) p. 88.
7. SONOBE, H.M. - Traqueostomia: como Cuidar. In PAULA, M.; PAULA, P.; CESARETTI, I. – *Estomaterapia: Temas Básicos em Estomas*. São Paulo: Cabral Editora. 2006, pp. 211-224.



8. Santos, Morais, I. et al. Estomaterapia. O saber e o cuidar. Associação Portuguesa Enfermeiros de Cuidados de Estomaterapia. Ano.LIDEL).
9. SANTOS, J. - Optimização das Ostomias de Ventilação - Guia para profissionais de saúde que cuidam de pessoas portadoras de traqueostomia. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2011.
10. OLIVEIRA, R.A. *et al.*, - Cuidando da Pessoas com traqueostomia Pós-Laringectomia, In: SANTOS, Vera L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. - Assistência em Estomaterapia. Cuidando de Pessoas com Estomias. 2ª Edição .São Paulo: Editora Atheneu, 2015. p.83-101.
11. HORTENSE, F. - Traqueostomia: cuidados. In PAULA, M.; PAULA, P.; CESARETTI, I. - Estomaterapia em Foco e o Cuidado Especializado. São Paulo: YENDIS, 2015. ISBN 978-85-7728-459-7 (pp.251-266) p. 437.
12. TEDDE, M. *et al* - Traqueostomia: Indicações, Técnicas e Cuidados no Adulto, In: Santos Vera L.C.G.; CESARETTI, Isabel U.R. - Assistência em Estomaterapia. Cuidando de Pessoas com Estomias. 2ª Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.pp.153-165.
13. Aurora, R. Nischa et al. *Practice Parameters for The Respiratory Indications for Polysomnography in Children*. SLEEP. 2011, Vol 34, Nº 3.p379-387
14. SILVA, R. *et al*. Feridas: Fundamentos e Atualizações em Enfermagem. 2ªEd São Caetano do Sul: Editora Yendis. 2009.
15. GEOVANINI, T. ; JUNIOR, A. - Manual de Curativos. 2ª ed. São Paulo: Corpus. 2008.
16. CESARETTI, I. - O Cuidar de Enfermagem na Trajectória do Ostomizado: Pré & Trans & Pós-operatórios. In CESARETTI I. - Assistência em Estomaterapia. São Paulo: Atheneu. 2005.
17. MAREK, Jane F. - Sistema Respiratório. In PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F.- Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Pratica Clínica. 6ª Ed. Vol. II. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7. p. 955-1172.
18. WOCN Society (2010). *Wound, Ostomy and Continence Nursing Scope & Standards of Practice*. Mt. Laurel, NJ: Author. WOCNCB. (2010). WOCNCB® Examination Handbook. Acedido em <http://www.wocncb.org/become-certified/wound-ostomy-continence/how-toapply.php>.



- ¹⁹. Urrestarazua, P. et al. *Consenso sobre el cuidado del niño con traqueostomía Clinical consensus statement on the care of the child with a tracheostomy*. Arch Argent Pediatr 2016;114(1):89-95 / 114 (1):89-95).



ANEXOS

Anexo I- Dispositivos médicos para ostomias respiratórias:

- a) Traqueotomia (Quadro 1):
- i. Cânulas rígidas longas (cânula interna e externa em liga de prata, plástico biocompatível ou PVC) fenestradas e não fenestradas;
 - ii. Cânulas Rígidas Longas com *cuff* (balão);
 - iii. Cânulas Aramadas;
 - iv. Cânulas internas de substituição quando não integram o *Klt*;
 - v. Escovilhão para higienização das cânulas;
 - vi. Penso protetor;
 - vii. Fitas de fixação (indicada “fita” de nastro);
 - viii. Filtros permutadores de calor e humidade;
 - ix. Obturador;
 - x. Em idade pediátrica a cânula deve adequar-se ao tamanho da via aérea sem exercer pressão¹⁹:
 - (i). Cânulas pediátricas em plástico (com ou sem cânula interna) com *cuff* (balão) e sem *cuff* (balão) tais como:
 - a. 2,5mm de diâmetro interno (DI) nos prematuros com peso < 1000gr;
 - b. 5,5 mm crianças 8-10 (a indicação de cânulas com *cuff* (balão) em pediatria deve ser reservada a crianças ventiladas e com dificuldades de deglutição, devendo ser efetuada verificação diária da pressão do *cuff* (balão) para evitar lesão do epitélio:
 - i. Pressão não deve ultrapassar os 20 cm água¹⁹.
 - (ii). Cânulas pediátricas de silicone aramadas com e sem *cuff* (balão).



Quadro 1 – Dispositivos médicos da traqueotomia

Dispositivos específicos da Traqueotomia de vários tamanhos/dimensões
Cânulas rígidas longas (cânula interna e externa) fenestradas e não fenestradas de diâmetros internos
Cânulas rígidas longas com cuff (balão) e fenestradas de diâmetros internos
Cânulas rígidas longas com cuff (balão) de diâmetros internos
Cânulas aramadas sem cuff (balão) e com cânula interna de diâmetros internos
Cânulas aramadas com cuff (balão) de diâmetros internos
Cânulas aramadas sem cuff (balão) e sem cânula interna de diâmetros internos
Cânulas aramadas sem cuff (balão) e com fixação móvel de diâmetros internos
Cânulas aramadas com cuff (balão) e com fixação móvel de diâmetros internos
Cânulas Internas de substituição
Escovilhão para higienização das cânulas
Penso protetor
Bobines de nastro/fitas (fitas de fixação de nastro)
Filtros permutadores de calor e humidade
Obturador
Cânulas pediátricas em plástico (cânula interna e externa) com cuff (balão) e sem cuff (balão) de de diâmetros internos
Cânulas pediátricas em plástico (cânula interna e externa) com cuff (balão) e sem cuff (balão) de de diâmetros internos
Cânulas pediátricas silicone aramadas peça única com e sem cuff (balão) de diâmetros internos



b) Traqueostomia (Quadro 2 e Quadro 3):

i. Os mesmos dispositivos da traqueotomia, e:

- (i) Cânulas rígidas curtas;
- (ii) Cânulas e botões de silicone;
- (iii) Placas adesivas;
- (iv) Lenços;
- (v) Filtros permutadores de calor e humidade (adesivos ou não);
- (vi) Fitas de fixação (banda para fixação de cânulas em velcro, “fitas” de nastro);
- (vii) Fixadores adesivos para cânulas;
- (viii) Escovilhão de prótese fonatória (caso exista);
- (ix) *Kit* mãos livres;
- (x) Laringe eletrónica;
- (xi) Prótese fonatória;
- (xii) Proteções para banho.

c) Aspirador de secreções no domicílio;

d) Sistema para sondas de aspiração de secreções;

e) Sondas de aspiração de secreções (idade pediátrica e adulto).



Quadro 2 - Dispositivos médicos da traqueostomia

Dispositivos específicos da Traqueostomia de vários tamanhos/dimensões
Os mesmos dispositivos da traqueotomia, e:
Cânulas rígidas curtas de diâmetros internos
Cânulas e botões de silicone de diâmetros internos e comprimentos
Placas adesivas para suporte do filtro permutador de humidade e calor ou do <i>Kit</i> mãos livres ou de proteção de banho
Filtros permutadores de calor e humidade
Bobines de nastros/fitas
Banda para fixação de cânula de traqueostomia (velcro)
Adesivo para fixação de cânula
Proteção da ostomia para duche/banho
Escovilhão de prótese fonatória (caso exista)
Compressas tecido não tecido (TNT) 10 x10 (5 compressas)
Escovilhão limpeza/higienização da cânula
Aspirador de secreções no domicílio
Sistema para sondas de aspiração de secreções
Sondas de aspiração de secreções (idade pediátrica e adulto)



Quadro 3 – Dispositivos para reabilitação vocal

Dispositivos específicos para reabilitação vocal
Escovilhão de prótese fonatória (caso exista)
<i>Kit</i> mãos livres para comunicação oral (produção de voz traqueo-esofágica)
Laringe eletrónica (amplificadores de voz)
Prótese fonatória (gerador de voz)



Anexo II – Educação para a saúde em cuidados de estomaterapia

Educação para saúde em cuidados de ostomias respiratórias⁶⁻⁸:

- a) Ensinar, instruir, treinar, supervisionar e apoiar no desenvolvimento de habilidades de autocuidado da traqueotomia (higiene da pele e estoma, substituição e higienização da cânula interna, cânula ou botão de silicone, prótese fonatória, colocação do penso protetor, placa adesiva, substituição das fitas de fixação e aplicação da proteção/filtro de traqueo(s)tomia);
- b) Cuidados a ter durante a higiene geral;
- c) Importância da higiene oral;
- d) Cuidados com alimentação na pessoa com traqueotomia (pode ter impacto mecânico ou fisiológico no ato da deglutição):
 - i. A pessoa com traqueotomia deve:
 - (i). Adotar o posicionamento sentado durante a alimentação e manter uma alimentação variada e equilibrada, mastigando bem os alimentos.
 - (ii). Reforço hídrico diário individualizado à pessoa (água, chá ou sumos naturais) e temperatura ambiente;
 - (iii). Avaliar na pessoa com traqueotomia:
 - a. Presença de alterações na deglutição (ex: disfagia (para sólidos, líquidos ou ambos));
 - b. Quando se verifica saída de alimentos/líquidos pela traqueotomia a pessoa deve suspender de imediato a alimentação oral e contactar médico assistente;
 - c. Pode haver necessidade de adequar a consistência dos alimentos, de acordo com o grau de deglutição e tolerância alimentar da pessoa.



- ii. Na pessoa com traqueostomia, a alimentação deve ser realizada por via entérica, até indicação médica e após esta fase:
- (i) Vigiar o início da alimentação oral (risco de fístula);
 - (ii) Adotar o posicionamento correto durante a alimentação e manter uma alimentação variada e equilibrada, mastigando bem os alimentos;
 - (iii) Reforço hídrico diário individualizado à pessoa (água, chá ou sumos naturais) e atendendo à temperatura ambiental;
 - (iv) Alertar que poderá apresentar alterações do paladar;
 - (v) Nas pessoas que apresentam prótese fonatória e quando se verifica saída de alimentos/líquidos pela mesma, deve suspender-se alimentação oral e contactar médico assistente que procederá à substituição da mesma.
- e) Comunicação na pessoa com traqueotomia:
- (i) Na pessoa com cânula sem *cuff* (balão) insuflado, ensinar e treinar a comunicar com cânula de traqueotomia;
 - (ii) Na pessoa com cânula com *cuff* (balão) insuflado, ensinar técnicas alternativas de comunicação (linguagem gestual, mímica facial, escrita).
- f) Comunicação na pessoa com traqueostomia:
- (i) Ensinar técnicas alternativas de comunicação (linguagem gestual, mímica facial, escrita, fala murmurada);
 - (ii) Seguimento pelo terapeuta da fala para reaprender e escolher a técnica de voz mais adequada para si [voz esofágica, voz traqueo-esofágica (prótese fonatória), laringe eletrónica].
- g) No dia da alta reavaliar educação para a saúde, orientar no uso de dispositivos (filtros, lenços, cânulas, escovilhões, etc) e referenciar para apoios na comunidade.



Anexo III – Intervenção de enfermagem na fase pós-ostomia

A. Intervenção de enfermagem na ostomia respiratória⁶⁻⁸:

a) Cuidados ao estoma e pele na traqueotomia devem ser realizados, pelo menos, 2 vezes por dia e sempre que o penso protetor está húmido:

- i. Lavagem das mãos com água e sabão líquido;
- ii. Preparação de material necessário (anexo IV, Quadro 1):
 - (i) Sabão líquido neutro e água;
 - (ii) Cloreto de sódio a 0,9% (pessoa sob ventilação ou no pós-operatório imediato);
 - (iii) Compressas tecido-não-tecido (TNT) ou lenços de papel macios;
 - (iv) Escovilhão para higienização da cânula;
 - (v) Penso protetor;
 - (vi) Tipo de fixação que minimiza o risco de exteriorização da cânula¹⁴;
 - (vii) Cânula interna de substituição;
 - (viii) Uso de luvas (pessoa em unidade de cuidados intensivos deve ser utilizada técnica asséptica);
- iii. Os cuidados devem ser realizados com a cânula externa devidamente fixada;
- iv. Retirar o penso protetor;
- v. Lavar e secar a pele peri-estoma;
- vi. Aplicar creme hidratante hidrossolúvel;
- vii. Colocar penso protetor entre a cânula e a pele;

b) Cuidados ao estoma e pele na traqueostomia devem ser realizados diariamente e de acordo com as condições clínicas da pessoa e com o dispositivo selecionado:

- i. Lavagem das mãos com água e sabão líquido;



- ii. Preparação de material necessário (Anexo IV, Quadro 2):
 - (i) O mesmo material da traqueotomia; e
 - (ii) Escovilhão para prótese fonatória (caso exista);
 - (iii) Adequar dispositivos de acordo com o estoma e indicações cirúrgicas;
 - (iv) Tipo de fixação que assegura o conforto individual.
- iii. Remover o dispositivo de proteção do estoma (cânulas rígidas, de silicone, placas adesivas);
- iv. Realizar *toilette* brônquica;
- v. Realizar a limpeza da prótese fonatória com escovilhão apropriado (caso exista);
- vi. Lavar e secar a pele peri-estoma e traqueostoma, impedindo a entrada de água pelo mesmo;
- vii. Aplicar creme hidratante hidrossolúvel (na pessoa sem placa adesiva);
- viii. Colocar dispositivo de proteção.

c) Higienização das cânulas (rígidas – interna e externa; silicone) deve ser realizada de manhã, à noite e sempre que está obstruída de secreções:

- i. Lavagem das mãos com água e sabão líquido;
- ii. Preparação do material necessário (Anexo IV, Quadro 3):
 - (i) Cânula interna (traqueotomia);
 - (ii) Cânula rígida interna e externa, cânula/botão de silicone (traqueostomia);
 - (iii) Escovilhão;
 - (iv) Água e sabão líquido neutro;
 - (v) Solução estéril (apenas em ambiente hospitalar).
- iii. Remover apenas a cânula interna na traqueotomia;
- iv. Remover cânula rígida interna e externa ou silicone na traqueostomia;



- v. Realizar a limpeza da cânula com escovilhão apropriado, água e sabão líquido neutro;
- vi. Passar a cânula por solução estéril (ambiente hospitalar);
- vii. Secar e reintroduzir a cânula interna.

d) Substituição da cânula externa na traqueotomia do adulto pelo enfermeiro quando definido a nível local e de acordo com a indicação de periodicidade definida pelo fabricante ou por indicação clínica:

i. Material necessário na traqueotomia (Anexo IV, Quadro 4):

- (i) Cânula interna;
- (ii) Cânula externa;
- (iii) Obturador de ponta romba;
- (iv) Luvas;
- (v) Sistema de aspiração funcionante (SOS);
- (vi) Rampa de oxigénio montada e pronta a utilizar (SOS);
- (vii) Fonte de luz;
- (viii) Pinça de 3 ramos/ *laborde*;
- (ix) Fitas de fixação;
- (x) Lubrificante (gel hidrossolúvel).

e) Substituição da cânula externa na traqueostomia no adulto pelo enfermeiro, em ambiente hospitalar, de acordo com protocolo definido a nível local e indicação de periodicidade definida pelo fabricante ou por indicação clínica;

d) Material necessário na traqueostomia (Anexo III, Quadro 5):

- (i) Cânula rígida interna e externa;
- (ii) Cânula/botão de silicone;
- (iii) Fitas de fixação;
- (iv) Lubrificante (gel hidrossolúvel).

e) Intervenção de enfermagem na traqueotomia:



- (i) Explicar o procedimento à pessoa (criança, adolescente ou adulto) e/ou representante legal e/ou curador de cuidados e/ou cuidador;
 - (ii) A cânula externa só deve ser substituída por profissional de saúde com formação específica.
- iv. Intervenção de Enfermagem na traqueostomia:
- (i) Explicar o procedimento à pessoa (criança, adolescente ou adulto) e/ou representante legal e/ou curador de cuidados e/ou cuidador;
 - (ii) Lavagem das mãos;
 - (iii) Remover cânula (rígida ou de silicone);
 - (iv) Higienizar a pele peri-estoma;
 - (v) Colocar nova cânula;
 - (vi) Cânula rígida e cânula/botão de silicone devem ser substituídas de acordo com a indicação do fabricante;
 - (vii) A placa adesiva deve ser substituída de acordo com a situação clínica e contexto individual;
 - (viii) O filtro permutador de calor e humidade com película adesiva deve ser substituído de acordo com a situação clínica e contexto individual;
 - (ix) O filtro permutador de calor e humidade sem película adesiva deve ser substituído de acordo com a situação clínica e contexto individual.

h) Participação na troca da cânula em idade pediátrica que deve ser realizada em ambiente hospitalar, por equipa especializada, recorrendo, quando necessário ao apoio de anestesiologia:

- i. Lavagem das mãos com água e sabão líquido;
- ii. Material necessário na traqueostomia (Anexo III, Quadro 5);
- iii. Utilizar técnica assética cirúrgica;
- iv. Sempre que necessário utilizar um condutor e técnica de Seldinger;



- v. Colocar criança ou adolescente em decúbito dorsal com altura sob/debaixo dos ombros;
 - vi. Aspirar secreções: não utilizar cloreto de sódio a 0,9% (SF), exceto em caso de secreções muito espessas;
 - vii. Higienizar pele peri-estoma com água e sabão e desapertar os atilhos;
 - viii. Realizar manobra de hiperextensão do pescoço e abertura estoma com os dedos;
 - ix. Extrair cânula e colocar nova usando lubrificantes hidrossolúveis (cloreto de sódio a 0,9% (SF) ou lidocaína gel);
 - x. Fixar cânula com atilhos assegurando que passa um dedo entre o atilho e a pele;
 - xi. Quando existe dificuldade na recanulação:
 - (i). Rever técnica;
 - (ii). Quando impossível, deve utilizar tubo endotraqueal que ultrapasse 1-2 cm o tamanho da cânula;
 - (iii). Colocar, posteriormente, cânula de menor tamanho.
- i) O material de fixação da cânula externa de traqueotomia deve trocar-se sempre que está molhado, com perda de integridade ou impregnado de secreções e/ou conteúdo hemático:**
- i. Material necessário (Anexo IV, Quadro 6):
 - (i) Fita de fixação;
 - (ii) Luvas;
 - (iii) Tesoura de pontas arredondadas.
 - ii. Intervenção de enfermagem na traqueotomia:



- (i) Explicar o procedimento à pessoa e/ou representante legal e/ou curador de cuidados e/ou cuidador;
 - (ii) Lavagem das mãos com água e sabão líquido;
 - (iii) Fixar a cânula externa (desde o início até ao final do procedimento);
 - (iv) Remover as fitas de fixação;
 - (v) Colocar novas fitas de fixação;
 - (vi) Fixar a cânula externa para que esta não se exteriorize e não cause estrangulamento.
- ii. Intervenção de enfermagem na traqueostomia:
- (i) Com utilização de cânula, as fitas de fixação (de velcro ou não, de acordo com o conforto da pessoa, estado da pele e condição clínica) podem ser previamente colocadas na cânula rígida externa/cânula de silicone, antes da introdução da mesma no traqueostoma ou após, não havendo necessidade de fixar a cânula externa desde o início do procedimento.
- i) **Permeabilidade das vias aéreas em idade pediátrica e no adulto:**
- i. Material necessário (Anexo IV, Quadro 7):
 - (i) Luvas estéreis;
 - (ii) Aporte de O₂ suplementar;
 - (iii) Sistema e Sonda de aspiração de secreções;
 - (iv) Oxímetro;
 - (v) Dispositivo de aerossolterapia;
 - ii. Intervenção de enfermagem:
 - (i) Detetar sinais e sintomas de dificuldade respiratória;
 - (ii) Cabeceira da cama em semi sentado;



- (iii) Avaliar a permeabilidade da cânula de 4 em 4h;
- (iv) Realizar limpeza da cânula interna (traqueotomia);
- (v) Realizar limpeza da cânula rígida interna e externa, cânula/botão de silicone (traqueostomia);
- (vi) Avaliar a permeabilidade do estoma (se utilizar placas adesivas);
- (vii) Realizar aerossolterapia com dispositivo específico (secreções espessas e/ou hemáticas) para prevenção de rolhão mucoso;
- (viii) Na pessoa com prescrição de oxigenoterapia (se necessário);
- (ix) Na pessoa sob ventilação assistida (se necessário);

iii. Em idade pediátrica:

- (i) Nas traqueotomias pediátricas que não possuem cânula interna, realizar aerossolterapia com dispositivo específico e aspiração de secreções de modo a manter a permeabilidade das vias respiratórias, impedindo a formação de rolhão mucoso;
- (ii) A pressão de sucção deve ser a mais baixa possível, desde que eficaz:
 - a. O tamanho da sonda deve ser inferior a metade do diâmetro interno da cânula;
 - b. A aspiração não deve demorar mais de 5-10 segundos;
 - c. A sonda deve ser retirada com movimento de rotação.
- (iii). Verificar permeabilidade da cânula antes da alimentação ao adormecer e ao acordar.

j) Seguimento para reavaliação do autocuidado, prevenção e deteção de complicações da pele peri-estoma e do estoma e avaliação da adaptação aos acessórios de ostomias, introduzindo as alterações, sempre que necessário.



Anexo IV - Dispositivos médicos e soro fisiológico de acordo com o procedimento

Quadro 1 - Material necessário - Cuidados ao estoma e pele na traqueotomia

Material de Traqueotomia para cuidados ao estoma e pele peri-estoma
Sabão líquido neutro e água
Cloreto de sódio a 0,9% (pessoa sob ventilação ou no pós-operatório imediato ¹⁴)
Compressas tecido-não-tecido (TNT) ou lenços de papel macios
Escovilhão para higienização da cânula
Penso protetor
Fitas de fixação (ex: fita de nastro; evitar fitas de velcro devido a risco de exteriorização da cânula)
Cânula interna de substituição
Uso de luvas (na pessoa em unidade de cuidados intensivos deve ser utilizada técnica asséptica)

Quadro 2 - Material necessário - Cuidados ao estoma e pele na traqueostomia

Material de Traqueotomia para cuidados ao estoma e pele peri-estoma
O mesmo material da traqueotomia; e:
Escovilhão para prótese fonatória (caso exista)
Adequar dispositivos de acordo com o estoma, e indicações cirúrgicas
Não há contra-indicação em usar fitas de velcro



Quadro 3 - Material - Higienização das cânulas

Material de higienização das cânulas
Cânula interna (traqueotomia)
Cânula rígida interna e externa, cânula/botão de silicone (traqueostomia)
Escovilhão
Água e sabão líquido neutro
Solução estéril (apenas em ambiente hospitalar)

Quadro 4 -Material necessário (traqueotomia) - Substituição da cânula externa

Material necessário (traqueotomia) para substituição da cânula externa
Cânula interna
Cânula externa
Obturador de ponta romba
Luvas Sistema de aspiração funcionante (SOS)
Rampa de oxigénio montada e pronta a utilizar (SOS)
Fonte de luz
Pinça de 3 ramos/ <i>laborde</i>
Fitas de fixação
Lubrificante (gel hidrossolúvel)



Quadro 5 - Material necessário na traqueostomia – substituição de cânulas

Material necessário (traqueostomia) para substituição de cânulas
Cânula rígida interna e externa
Cânula/botão de silicone
Fitas de fixação
Lubrificante (gel hidrossolúvel)

Quadro 6 - Material necessário - Fixação da cânula externa de traqueotomia

Material necessário para fixação da cânula externa de traqueotomia
Fita de Fixação
Luvas
Tesoura de pontas arredondadas



Quadro 7: Material necessário - Permeabilidade das vias aéreas

Material necessário - Permeabilidade das vias aéreas
Luvas estéreis
Aporte de O ₂ suplementar
Sistema e sonda de aspiração de secreções
Oxímetro
Dispositivo de aerossolterapia