

## IMPACTO DO USO DA VÁLVULA DE FALA NA DEGLUTIÇÃO E NO PROCESSO DE DECANULAÇÃO

## IMPACT OF THE USE OF THE SPEECH VALVE ON THE SWALLOWING AND DECANULATION PROCESS

Karla Regina Nantes de Oliveira<sup>1</sup>

Patrícia Galdino Franco<sup>2</sup>

Suellen Cristina Ribeiro Akamine<sup>3</sup>

**Resumo:** A válvula de fala pode ser segura e eficaz para pacientes traqueostomizados, conscientes e com tolerância para cuff desinflado, podendo ser acoplada entre 48 e 72 horas após a traqueostomia, dependendo da permeabilidade de vias aéreas. Objetivo: o objetivo desse estudo foi identificar o impacto do uso da válvula de fala nos pacientes adultos hospitalizados na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, visando a deglutição, reintrodução de dieta por via oral de forma segura e decanulação. Método: foi utilizado o método longitudinal com avaliação indireta e di-

1 Fonoaudióloga. Atendimento Home Care. Profissional liberal. Especialista em Motricidade orofacial pela Universidade Católica Dom Bosco

2 Fonoaudióloga. Atendimento Home Care. Profissional liberal. Especialista em Motricidade orofacial pela Universidade Católica Dom Bosco

3 Profissional de serviços hospitalares. Especialista em Gestão de Saúde Pública pela Universidade Unigran. Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família pela Fiocruz e UFMS. Especialista em Psicopedagogia pela Universidade Unaes Anhanguera



reta com protocolos PAP, PITA, PARD, BLUE DAY TEST, PROTOCOLO DE DECANULAÇÃO E ESCALA FOIS em pacientes adultos e hospitalizados. Resultados: quanto ao critério de tempo para decanulação, após o início do treino com a válvula de fala, consideramos os seguintes achados. Todos os pacientes decanularam com no máximo 15 dias, após o início do uso da válvula de fala. Todos iniciaram a alimentação por via oral em no máximo 7 dias, após o uso da válvula de fala. E foram retiradas as SNE em todos os pacientes em no máximo 15 dias após o uso da válvula de fala. Há evidências que o uso da válvula de fala traz impactos positivos no processo de deglutição, reintrodução da dieta por via oral de forma segura e no processo de decanulação. Conclusão: Concluiu-se que o uso da válvula de fala trouxe be-

nefícios aos pacientes, além de facilitar o processo de fonação e o ajuste do padrão respiratório mais próximo do fisiológico previamente a decanulação, também apresenta uma importância na deglutição e uma diminuição no tempo de decanulação.

**Descritores:** Traqueostomia, válvula, deglutição.

**Abstract:** The speech valve can be safe and effective for tracheostomized, conscious patients with tolerance to deflated cuff. It can be coupled between 48 and 72 hours after tracheostomy, depending on the airway permeability. Objective: The objective of this study was to identify the impact of the use of the speech valve on adult patients hospitalized in the city of Campo Grande, in the state of Mato Grosso do



Sul, aiming at swallowing, reintroduction of diet orally in a safe way and decannulation. Method: The longitudinal method with indirect and direct evaluation with PAP, PITA, PARD, BLUE DAY TEST, DECANULATION PROTOCOL AND SCALE was used in adult and hospitalized patients. Results: Regarding the criterion of time for decannulation, after the beginning of the training with the speech valve, we consider the following findings. All patients decannulated within a maximum of 15 days after the use of the speech valve. All started oral feeding in a maximum of 7 days after using the speech valve. And SNE was removed in all patients within 15 days after using the speech valve. There is evidence that the use of the speech valve has positive impacts on the swallowing process, reintroduction of the diet

orally in a safe way and on the decannulation process. Conclusion: It was concluded that the use of the speech valve brought benefits to patients, in addition to facilitating the phonation process and the adjustment of the respiratory pattern closer to the physiological one before decannulation has an importance in swallowing and a decrease in the time of swallowing. Decannulation.

**Keywords:** Tracheostomy, Valve, Deglutition.

## INTRODUÇÃO

A válvula de fala pode ser segura e eficaz para pacientes traqueostomizados, acordados, conscientes, clinicamente estáveis, com vias aéreas superiores pervias e com condições para tolerar a completa desinsuflação do cuff, mantendo adequa-



da ventilação nessa condição. A válvula pode ser acoplada em um paciente de 48 a 72 horas pós-traqueostomia, dependendo da permeabilidade das vias aéreas. (FURKIM A. M. & RODRIGUES K. A, 2014).

O uso da válvula promove a restauração da pressão positiva subglótica reduzindo a aspiração traqueal, melhora da limpeza das vias aéreas por meio do reflexo de tosse, melhora na sensibilidade laríngea e faríngea, diminuindo ocorrência de aspiração traqueal e pneumonias aspirativas, melhora da proteção de vias aéreas, reduzindo assim possíveis traumas a mucosa traqueal e infecções. (MASON M., WATKINS C., 1992).

Estudos realizados com a válvula Passy-Muir sugerem que podem ser utilizadas como um degrau para o processo de decanulação, permitindo ao pa-

ciente se ajustar a um padrão respiratório mais fisiológico, com a exalação do ar pela via superior. Isso permite ao paciente ganhar confiança e ao terapeuta avaliar a patência de via aérea, o que pode reduzir significativamente o processo de decanulação. (PASSY V, 1986)

O desmame de pacientes da ventilação mecânica pode ser considerado como um processo e não como um evento, no qual a válvula de fala Passy-Muir mostrou-se benéfica nessa situação. Grande parte dos estudos associa os benefícios do uso no desmame da ventilação mecânica. Estes variam desde o aumento de desmame e decanulação até melhoras olfatórias (FREY J.A., WOODS, 1991)

A deglutição resulta de atividade neuromuscular complexa e dinâmica, envolvendo estruturas ósseas, musculares e



cartilagenosas do trato digestivo e respiratório atuando de forma organizada. É iniciada pela estimulação química e mecânica de um grande número de estruturas na cavidade oral e faríngea, controlada pelo SNC, e tem como principal função transportar o alimento da boca para o estômago, não permitindo a entrada de nenhuma substância na via aérea, além de assegurar a manutenção do suporte nutricional e a hidratação do indivíduo 5.

O complexo processo de deglutição pode ser interrompido por um número de variáveis mecânicas e funcionais, incluindo a presença da traqueostomia. (TQT). A TQT é um procedimento cirúrgico, frequentemente realizado em situações de emergência para promover desobstrução das vias aéreas e nas intubações prolongadas, porém sua repercussão é imediata, desencadean-

do modificações na integração das funções respiratórias e de deglutição. A TQT prolongada pode comprometer as funções motoras e sensoriais dos mecanismos da deglutição, resultando em disfagia, e favorece o aparecimento de complicações tardias, incluindo estenose traqueal, sangramento, fístulas, infecções, hemorragias e broncoaspiração. (GARCIA FINOTTI, 2017).

O uso da válvula de fala proporciona aos pacientes traqueostomizados a possibilidade de comunicação sem a necessidade da oclusão da cânula de traqueostomia com os dedos, do uso da escrita, de gestos ou de equipamentos eletrônicos. A válvula de fala unidirecional que se fecha durante a expiração, o que causa o direcionamento do ar para a laringe, boca e cavidade nasal, possibilitando a fala. Em adição a esse benefício primário, alguns



outros benefícios podem ser verificados, como redução de secreções, aumento da oxigenação do sangue arterial e aumento da olfação. (7. ELPERN. E. H., BORKGREN OKONEK M., BACON M., GERSTUNG C., SKRZYNSKI M, 2000)

Estudos apontam que o desinsuflar do cuff favorece a deglutição e que a oclusão da traqueostomia também auxilia essa função. Defende – se que a presença da válvula de fala promove a restauração da pressão de ar subglótica e o aumento das sensações faríngeas, facilitando a deglutição e reduzindo o risco de aspiração<sup>8</sup>.

A relevância deste estudo reside em analisar se o uso da válvula de fala contribui no processo de decanulação de forma precoce e verificar a possibilidade de alimentação por via oral de forma segura.

Desta forma, o objetivo desse estudo é identificar o impacto do uso da válvula de fala nos pacientes adultos hospitalizados na cidade de Campo Grande, no estado de Mato grosso do Sul, visando a decanulação e reintrodução da dieta por via oral.

## **MATERIAL E MÉTODO**

**TIPO DE PESQUISA:**  
Método transversal, observacional, retrospectiva e pesquisa de campo. Foram consultados prontuários dos pacientes internados no período de 2016 a 2019, obtidos a partir do sistema MVPEP.

**MATERIAL (SUJEITOS DA PESQUISA):** Pacientes adultos hospitalizados, pacientes com traqueostomia, pacientes com Glasgow . (LITCHMAN S. W., BIRNBAUM I. L., SANFILIPPO M. R., 1995).

**Critérios de inclusão:**



Foram analisados dados de pacientes adultos e idosos, acima de 18 anos, internados no Hospital em Campo Grande, no período de 2016 a 2019 e traqueostomizados com uso de válvula de fala.

Critérios de exclusão:

Dados dos pacientes abaixo de 18 anos, comatosos, pacientes provenientes do centro cirúrgico ou do pronto socorro e dados de pacientes internados no período além do estabelecido acima, pacientes não traqueostomizados e impossibilitados de desinsuflar o cuff. Os pacientes que tiveram alta com traqueostomia foram excluídos.

## MÉTODO

Em cada prontuário, foram coletados os seguintes dados: os pacientes adultos hospitalizados são avaliados pela equipe de Fonoaudiologia, com avalia-

ção direta e indireta com protocolos PAP, PITA, PARD, BLUE DAY TEST, PROTOCOLO DE DECANULAÇÃO E ESCALA FOIS. (ANDRADE & LIMONGI, 2012)

PAP – Protocolo de avaliação preliminar: É um instrumento que visa descrever e avaliar os aspectos gerais, de respiração, de fala, de voz e das estruturas/órgãos orofaciais e cervicais em sujeitos encaminhados para a avaliação da deglutição. Seu objetivo é conduzir o examinador da tomada de decisão da possibilidade de realização dos protocolos que preveem a oferta de diferentes consistências de líquidos e alimentos além de auxiliar na compreensão da fisiopatologia da disfagia, caso esta esteja presente.

PITA – Protocolo fonoaudiólogo de introdução e transição da alimentação por via oral



para pacientes com risco para disfagia: Indicado para todos os pacientes após avaliação do PAP e do PARD que necessitam de uma avaliação com alimentos e líquido de diferentes consistências e diferentes volumes, podendo considerar a realização de técnicas terapêuticas.

PARD – Tem por objetivo a detecção inicial do risco para disfagia, podendo ser considerado como protocolo de screening, e inclui a oferta de volumes controlados de água e alimento pastoso e homogêneo. Este instrumento visa auxiliar o fonoaudiólogo a identificar e interpretar as alterações da dinâmica da deglutição, caracterizar os sinais clínicos sugestivos de penetração laríngea ou aspiração laringotraqueal, definir pontualmente a gravidade da disfagia e estabelecer condutas a partir dos resultados da avaliação. Segundo este

protocolo, a classificação do grau de disfagia é composta por cinco níveis de classificação da deglutição. Assim, o avaliador deve seguir o raciocínio clínico proposto nas especificações dos itens do protocolo, de acordo com os sinais apresentados pelo paciente. Para classificação da disfagia, é necessário que o paciente apresente pelo menos um sinal que o diferencie do nível anterior: Nível I – deglutição normal: normal para líquido e pastoso em todos os itens avaliados. A alimentação via oral é recomendada. Nível II – deglutição funcional: são esperados compensações espontâneas de dificuldades leves em pelo menos uma consistência, com ausência de sinais de riscos de aspiração. A alimentação via oral é recomendada, mas pode ser necessário tempo adicional para esta tarefa. Nível III – disfagia orofaríngea leve: distúrbio de





deglutição presente, com necessidades de orientações específicas dado pelo fonoaudiólogo durante a deglutição. Necessidades de pequenas modificações na dieta, tosse e ou pigarro espontâneos eficazes, leves alterações orais com compensações adequadas. Nível IV – disfagia orofaríngea leve a moderada: existência de risco aspiração, porém reduzido com uso de manobras e técnicas terapêuticas. Necessidade de supervisão esporádica para realização de precauções terapêuticas, sinais de aspiração e restrição de uma consistência, tosse reflexa fraca e voluntária forte. O tempo para alimentação e significativamente aumentado e a suplementação nutricional e indicada. Nível V – disfagia orofaríngea moderada: existência de significativo risco de aspiração. Alimentação oral suplementada por via alternativa, sinais de aspiração para

as duas consistências. O paciente pode se alimentar de algumas consistências utilizando técnicas específicas para minimizar o potencial de aspiração e ou facilitar a deglutição, com necessidade de supervisão. Tosse reflexa fraca ou ausente. Nível VI – disfagia moderada a grave: tolerância de apenas uma consistência com máxima assistência para utilização de estratégias, sinais de aspiração com necessidade de múltiplas solicitações de clareamento, aspiração de duas ou mais consistências, ausência de tosse reflexa, tosse voluntária fraca e ineficaz. Se o estado pulmonar do paciente estiver comprometido e necessário suspender a alimentação por via oral. Nível VII – disfagia orofaríngea grave: impossibilidade de alimentação via oral. Engasgo com dificuldade de recuperação, presença de cianose ou broncoespasmo, aspiração silente para



duas ou mais consistências, tosse voluntária ineficaz, inabilidade de iniciar a deglutição.

**BLUE DAY TEST**– É utilizado o corante azul, o mesmo utilizado em alimentos, para avaliar a deglutição de saliva e as diferentes consistências alimentares e volumes em pacientes traqueostomizados. É verificada a real necessidade de aplicação deste procedimento; deve posicionar o paciente adequadamente; desinsuflar o cuff; realizar aspiração traqueal; aguardar que o mesmo tenha estabilidade respiratória (FC e SpO2); administrar o corante alimentício: Aplica – se 4 gotas de corante alimentício azul no dorso da língua; realizar aspiração traqueal novamente de 04 em 04 horas por 24h, após a verificação de que não houve aspiração de saliva corada imediatamente o avaliador fonoaudiólogo , detectando a necessidade,

poderá realizar a testagem com a consistência alimentar adequada para cada caso, utilizando – se também o corante alimentício azul, quando realizado o procedimento com alimento reorientar a equipe a necessidade de se manter o protocolo de aspirações de 04 em 04 horas ou 48h, realizar as anotações necessárias.

**PROTOCOLO DE DECANULAÇÃO:** 1º dia: Desinsuflar o cuff e adaptar válvula de fala, manter por tempo curto e observar patência da via aérea. 2º dia: Adaptar válvula de fala e verificar possibilidade de manter por 6 horas. 3º dia: Adaptação da válvula pela manhã. O paciente mantendo – se estável clinicamente sem sinais de desconforto respiratório, permanecer com válvula durante todo o período (12 horas). 4º dia: Adaptação da válvula pela manhã, mantendo-se estável e verificar a possibi-



lidade de manter durante a noite (24horas).

É permitida retirada da válvula para aspiração e inalação sendo imprescindível a aspiração da via aérea sempre que o procedimento for realizado. 5º dia: Caso o paciente estiver estável, manter o uso da válvula por mais 24 horas. 6º dia: Ocluir totalmente por 48 horas, comunicar o médico assistente sobre condição favorável para decanulação. 8º dia: Na ausência de secreção, sinais de desconforto respiratório, broncoaspiração e com tosse eficaz, decanula-se o paciente e coloca-se curativo oclusivo no estoma. A retirada da cânula de traqueostomia só ocorrerá após consenso de toda a equipe e liberação médica, sendo assim, qualquer profissional da área poderá realizar a retirada do dispositivo. Caso o paciente não evolua para o próximo passo, voltar um passo

atrás.

FOIS: Escala funcional de ingestão por via oral-Funcional Oral IntakeScale: mede a quantidade e tipo de alimento que o paciente consegue ingerir por via oral de forma segura.

A escala é dividida em níveis, em função de a consistência alimentar que o paciente faz uso: Nível 1: nada por via oral. Nível 2: dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido. Nível 3: dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido. Nível 4: via oral total de uma única consistência. Nível 5: via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações. Nível 6: via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações. Nível 7: via oral total sem restrições.



Terapia Fonoaudiológica: Foram realizadas sessões individuais de fonoterapia para reabilitação de voz, fala e deglutição, através do desmame da ventilação mecânica associado ao uso da válvula de fala. Foram realizados exercícios vocais para melhorar a coaptação glótica, elevação, sustentação, estabilização hiolaringea, estratégias e gerenciamento para a melhora da sialorréia e clareamento laríngeo, exercícios para melhorar a motricidade orofacial, dentre eles, exercícios de mobilidade e força dos órgãos fonoarticulatórios, visando melhora na fase oral e/ou laríngeo. Observando a necessidade do paciente foi realizado também exercícios de sopro com resistência, sucção, terapia direta com baixo volume, com o objetivo de progressão diária e gradativa do volume e consistências da dieta, associado com manobras

de postura e proteção de vias aéreas, com o enfoque no desmame total da SNE e manutenção da dieta por via oral exclusiva e segura.

### TABULAÇÃO E ANÁLISE

Este projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil, sob o n. 22404719.5.0000.5538.

### RESULTADOS

De um total de 10 formulários analisados, 10 constataram que os pacientes foram reabilitados após o uso da válvula de fala, ou seja, todos foram decanulados e retornaram para alimentação por via oral exclusiva de forma segura.

O perfil dos pacientes



analisados, através dos formulários prospectivos, corresponde a adultos hospitalizados, pacientes com traqueostomia e pacientes com Glasgow. (LITCHMAN S. W., BIRNBAUM I. L., SANFILIPPO M. R., 1995).

A maioria do sexo masculino, 8 (80%) pacientes, e 2 (20%) pacientes do sexo feminino. 4 (40%) pacientes com idade superior a 65 anos e 6 (60%) pacientes com idade inferior a 65 anos.

Quanto ao critério de tempo para decanulação, após

o início do treino com a válvula de fala, consideramos os seguintes achados: todos os pacientes decanularam com no máximo 15 dias, após o início do uso da válvula de fala; todos iniciaram a alimentação por via oral em no máximo 7 dias, após o uso da válvula de fala; retiraram-se as SNE em todos os pacientes em no máximo 15 dias após o uso da válvula de fala.

#### QUADRO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

**Quadro 1: Patologias de base, motivo da internação, tempo da internação e tempo de ventilação mecânica**

	Sexo	Idade	Patologia de base	Motivo da internação	Tempo da internação	Ventilação mecânica** (tempo)
Paciente 1	Masculino	16	Paralisia Cerebral	Pneumonia mais crises convulsivas	85 dias	45 dias
Paciente 2	Feminino	65	Edema agudo de pulmão	Broncopneumonia	64 dias	22 dias
Paciente 3	Masculino	71	HAS Trombectomia	Dor torácica	27 dias	8 dias

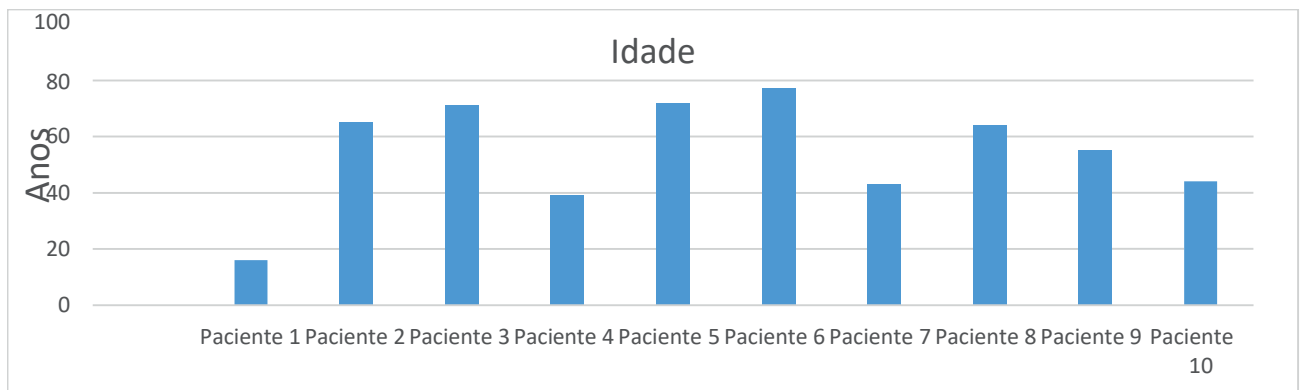


Paciente 4	Feminino	39	Doença de Von Willebrand	Complicações pós procedimento obstétrico	90 dias	78 dias
Paciente 5	Masculino	72	HAS e DPOC	Obesidade mórbida e cirurgia bariátrica	85 dias	45 dias
Paciente 6	Masculino	77	Sem comorbidade	Fasceíte cervical por infecção dentária	56 dias	11 dias
Paciente 7	Masculino	43	Síndrome infecciosa a esclarecer	Crises convulsivas	32 dias	13 dias
Paciente 8	Masculino	64	Parotidectomia complicada	Cirurgia tireoide	33 dias	12 dias
Paciente 9	Masculino	55	Pancreatite	Sepse	95 dias	24 dias
Paciente 10	Masculino	44	Traumatismo Craniano	Descompressão cerebral	35 dias	14 dias

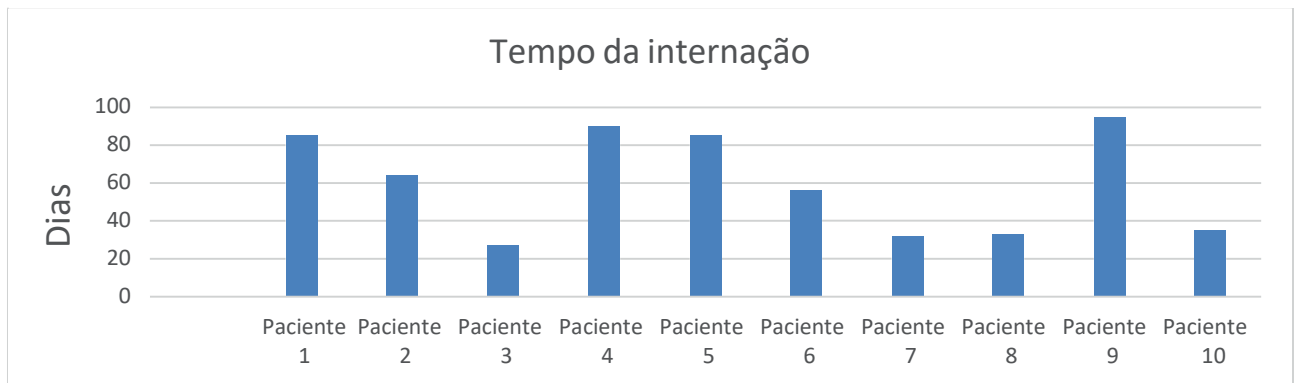
Paciente 1, masculino, portador de paralisia cerebral, internado por pneumonia e crises convulsivas. Paciente 2, feminino, edema agudo de pulmão, internado por broncopneumonia. Paciente 3, masculino, HAS, tromboectomia, AVEI, motivo da internação dor torácica. Paciente 4, feminino, doença de Von willebrand, complicações pós procedimento obstétrico. Paciente 5, masculino, HAS e DPOC, obesidade mórbida e cirurgia bariátrica. Paciente 6, masculino, sem comorbidades, motivo

da internação fasceite cervical por infecção dentaria. Paciente 7, masculino, síndrome infecciosa a esclarecer, crises convulsivas. Paciente 8, masculino, parotidectomia complicada, cirurgia tireóide. Paciente 9, masculino, pancreatite, sepse. Paciente 10, masculino, traumatismo craniano, descompressão cerebral. A média da idade dos pacientes é de 54,6. A média do tempo de internação dos pacientes é de 60,2. A média do tempo de permanência dos pacientes em ventilação mecânica e de 27,2.

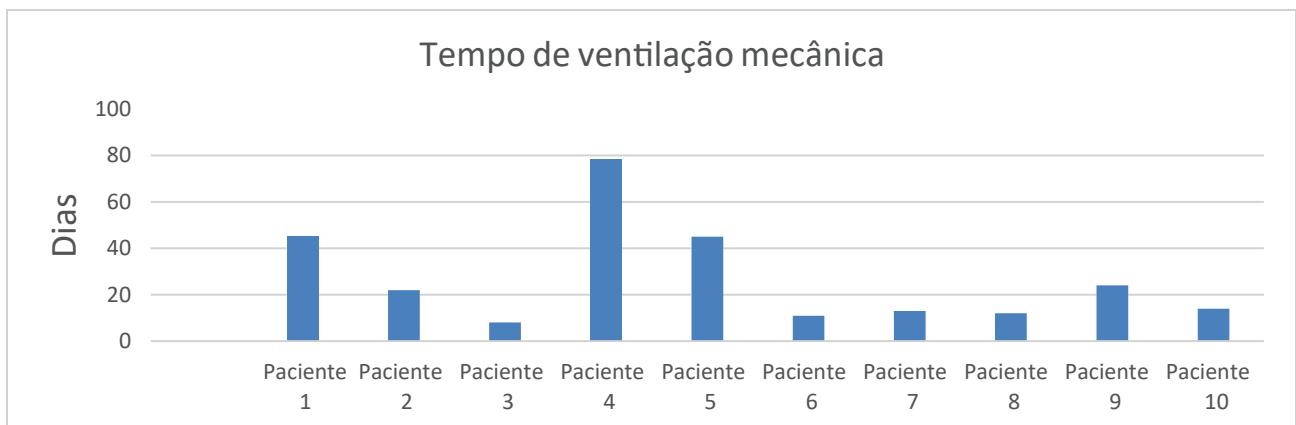




**Gráfico 1.** Idade dos pacientes  
A média da idade dos ilustrado no gráfico 1  
pacientes é de 54,6 conforme



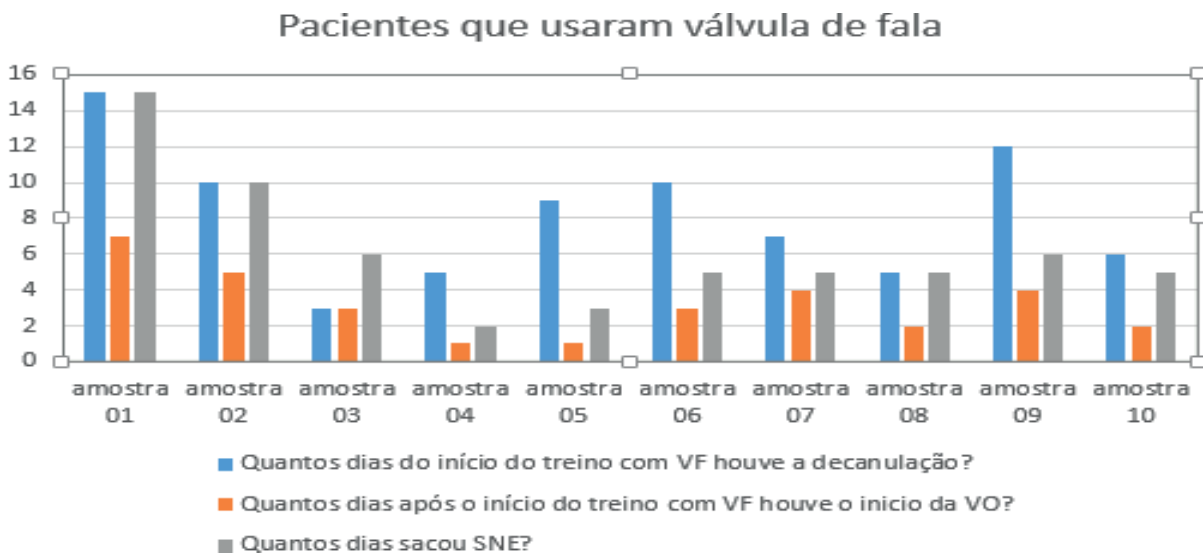
**Gráfico 2.** Tempo de internação.  
A média do tempo de fico 2.  
internação dos pacientes é de  
60,2 conforme ilustrado no grá-



**Gráfico 3.** Tempo de ventilação mecânica.



A média do tempo de ventilação mecânica é de 27,2  
permanência dos pacientes em conforme ilustrado no gráfico 3



**Gráfico 4.** Pacientes que usaram válvula de fala.

A decanulação dos pacientes ocorreu após uma média de 8,2 dias após o início do treino com a válvula de fala, conforme ilustrado no gráfico 4 representado pela barra azul.

O início da via oral ocorreu após uma média de 5,5 dias após o início do treino com a

válvula de fala, conforme ilustrado no gráfico 4 representado pela barra laranja.

Após uma média de 6,2 dias sacou a SNE, conforme ilustrado no gráfico 4 representado pela barra cinza.





**Quadro 2: Protocolos, decanulação, início da via oral e retirada da sonda**

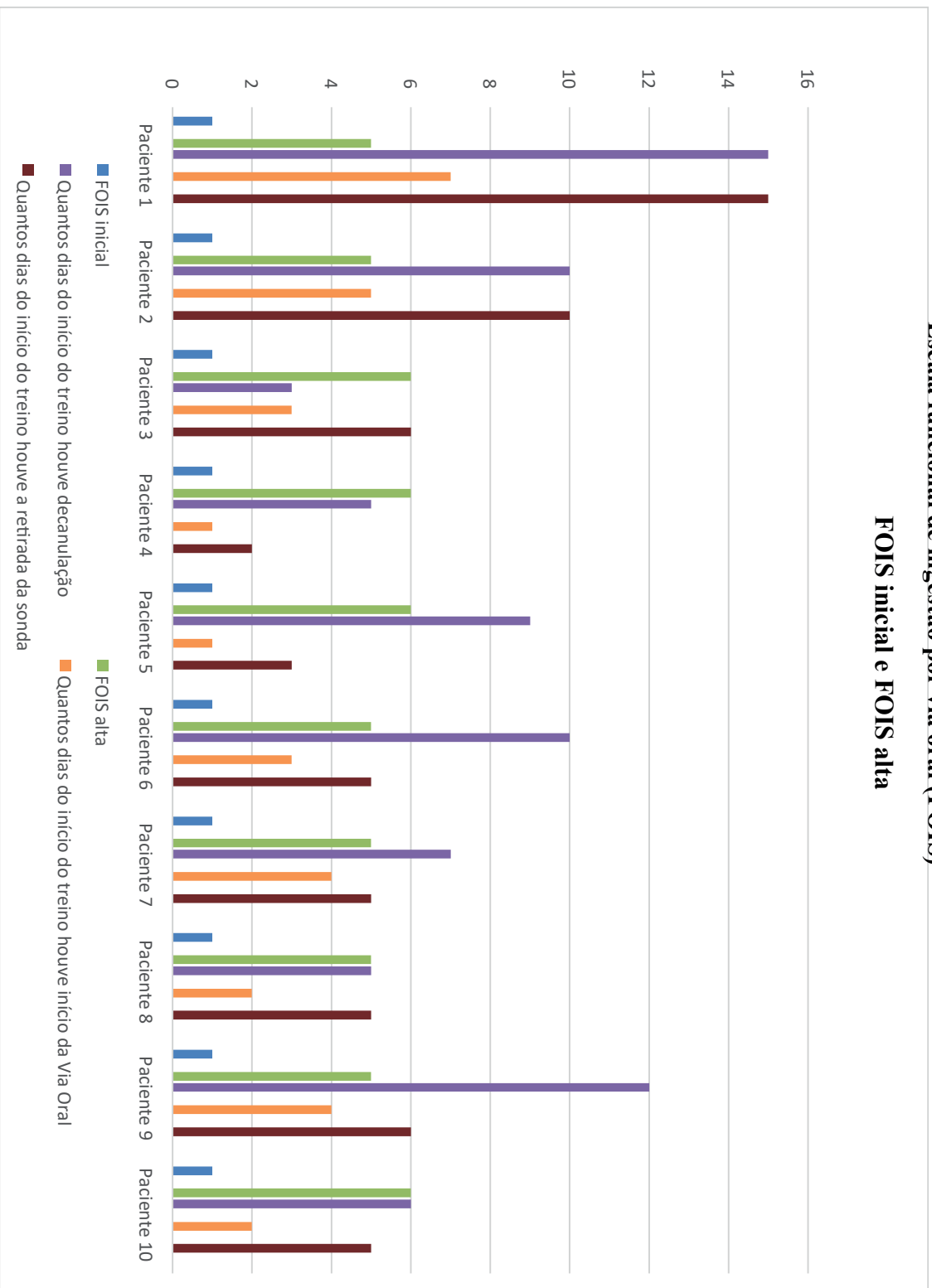
	FOIS inicial	Blue Day Test	FOIS alta	Quantos dias do início do treino houve decanulação	Quantos dias do início do treino houve início da Via Oral	Quantos dias do início do treino houve a retirada da sonda
Paciente 1	1	Positivo	5	15 dias	7 dias	15 dias
Paciente 2	1	Positivo	5	10 dias	5 dias	10 dias
Paciente 3	1	Positivo	6	3 dias	3 dias	6 dias
Paciente 4	1	Negativo	6	5 dias	1 dia	2 dias
Paciente 5	1	Positivo	6	9 dias	1 dias	3 dias
Paciente 6	1	Positivo	5	10 dias	3 dias	5 dias
Paciente 7	1	Positivo	5	7 dias	4 dias	5 dias
Paciente 8	1	Positivo	5	5 dias	2 dias	5 dias
Paciente 9	1	Positivo	5	12 dias	4 dias	6 dias
Paciente 10	1	Positivo	6	6 dias	2 dias	5 dias

A decanulação dos pacientes ocorreu após uma média de 8,2 dias após o início do treino com a válvula de fala. O início da via oral ocorreu após uma média de 5,5 dias após o início do treino com a válvula de fala. Após uma média de 6,2 dias sacou a SNE,

conforme ilustrado no quadro a cima.



**Escala funcional de ingestão por via oral (FOIS)**  
**FOIS inicial e FOIS alta**



**Gráfico 5. FOIS inicial e FOIS alta.**



## DISCUSSÃO

O presente estudo, que descreve originalmente os formulários prospectivos dos pacientes, revela que todos os pacientes foram reabilitados após o uso da válvula de fala, ou seja, todos foram decanulados e retornaram para alimentação exclusiva por via oral de forma segura.

Os resultados dessa pesquisa apontaram que o uso da válvula de fala em pacientes adultos hospitalizados, traqueostomizados e com Glasgow, trouxe benefícios significativos em relação ao tempo reduzido de reabilitação. (LITCHMAN S. W., BIRNBAUM I. L., SANFILIPPO M. R., 1995).

A válvula de fonação também é considerada um recurso utilizado durante a avaliação e reabilitação do paciente traqueostomizado, propiciando o dire-

cionamento do fluxo de ar para a região glótica e supra glótica da laringe e restaurando a pressão fisiológica de todo o sistema, repercutindo de maneira positiva na deglutição. (ANDRADE & LIMONGI, 2012).

Os principais benefícios alcançados são estabelecidos da comunicação oral e manutenção da fala sem esforço, eliminação da necessidade de oclusão digital da cânula de traqueostomia para falar, permitindo que o paciente use as mãos e fale ao mesmo tempo, diminuição da incidência de infecções causadas pela oclusão digital, maior higiene, melhora na qualidade de vida do paciente tornando – o mais motivado durante o processo de reabilitação, facilitação do desmame ventilatório além de ser usada no processo de decanulação, ou seja, como alternativa para pacientes que não toleram que a cânula de



traqueostomia seja ocluída por razões fisiológicas ou emocionais. No tocante à deglutição, o uso da válvula de fala promove a restauração da pressão positiva subglótica, reduzindo a aspiração traqueal. Conseqüentemente, a válvula de fala resulta em um padrão respiratório mais próximo do fisiológico por meio da expiração feita através de vias aéreas superiores, além de outros benefícios fisiológicos descritos na literatura, como aumento da SpO<sub>2</sub> e aumento no sentido do olfato. Permite também a limpeza das vias aéreas por meio do reflexo de tosse, promovendo um manejo eficaz das secreções pulmonares. Do mesmo modo, a passagem do ar expirado pelas vias aéreas superiores promove a melhora na sensibilidade laríngea e faríngea, diminuindo a possibilidade de ocorrência de aspiração traqueal e de pneumonias aspirativas.

Dessa maneira, o número de aspirações necessárias feitas por profissionais de saúde tende a diminuir, uma vez que há melhora da proteção de vias aéreas. Tal fato reduz possíveis traumas da mucosa traqueal.

Quanto aos aspectos respiratórios, é necessário ressaltar os fatores que potencializam a disfunção da deglutição e as alterações na produção vocal, como o uso de intubação orotraqueal e de ventilação mecânica prolongada, assim como parâmetros relacionados com o tipo de cânula e o uso do cuff. Nos casos de pacientes em uso de cuff insuflado, deve – se considerar o trabalho interdisciplinar, promovendo discussões em equipe para avaliar os riscos e benefícios de desinsuflar o mesmo, para reintegração das funções de deglutição. Já com a manutenção do cuff desinsuflado, verificar a possibilidade de



adaptação de válvula fonatória, para a facilitação das funções de deglutição, respiração e fonação mais próximas a fisiologia. E dessa forma evoluir no processo de decanulação e reabilitação da deglutição (LACCINO & SILVA, 2015).

O uso da válvula de fala também é extremamente importante em relação aos vários benefícios que pode proporcionar no funcionamento de deglutição e de comunicação oral e facilitar o desmame da ventilação mecânica. (LACCINO & SILVA, 2015).

O presente estudo foi uma pesquisa de baixo custo financeiro, porém poderá trazer conhecimentos acerca do impacto do uso da válvula de fala na deglutição e no processo de decanulação.

A limitação do estudo está correlacionada ao número de pacientes que foram submetidos

ao uso de válvula de fala no período preestabelecido para a coleta dos dados para serem apresentados neste estudo.

## CONCLUSÃO

Ao concluir o estudo, foi possível detectar que os critérios observados em sua maioria foram ao encontro com os critérios descritos na literatura. Diante dos achados desse presente estudo e dos aspectos encontrados e discutidos na literatura, observou-se que o uso da válvula de fala além de facilitar o processo de fonação e o ajuste do padrão respiratório mais próximo do fisiológico previamente a decanulação, também apresenta uma importância na deglutição e uma diminuição no tempo de decanulação.

## REFERÊNCIAS



FURKIM A. M. & RODRIGUES K. A. Válvula de fala Passy-Muir. Disfagias nas unidades de terapia intensiva. 1. Ed. São Paulo: Roca, 2014.

MASON M., WATKINS C. Communication for the tracheostomized and ventilator patient utilizing the Passy-Muir valve. Paper presented at Technology and Persons With Disabilities conference.1992a: 18-21.

PASSY V. Passy-Muir tracheostomy speaking valve. Otolaryngology Head Neck Surg 1986; 95 (2): 247-8.

FREY J.A., WOODS. Weaning from mechanical ventilation augmented by the Passy-Muir Speaking Valve. Paper presented at: international conference of the American Thoracic Society 1991: 12 – 15.

LITCHMAN S. W., BIRNBAUM I. L., SANFILIPPO M. R., et. al. Effect of a tracheostomy- speaking valve on secretions, arterial oxygenation, and olfaction: a quantitative evaluation. J Speech Hear Res 1995; 38(3): 549-55.

GARCIA FINOTTI. Influência da válvula de fala no desmame da ventilação mecânica e no tempo de traqueostomia: Uma revisão da literatura. Ribeirão Preto, 2017.

ELPERN. E. H., BORKGREN OKONEK M., BACON M., GERSTUNG C., SKRZYNSKI

M. Effect off the Passy-Muir tracheostomy speaking valve on pulmonary aspiration in adults. Heart Lung 2000; 29: 287 – 293.

PASSY, V., BAYDUR, A.,



PRENTICE, W.,M., & DARNELL – NEAL, R. Passy-Muir tracheostomy Speaking valve on ventilador dependent patients. Laryngoscope 1993;103: 653-658.

ANDRADE & LIMONGI. Disfagia prática baseada em evidências. Ed. Sarvier, São Paulo, 2012.

LACCINO & SILVA – Atuação Fonoaudiológica em pacientes disfágicos em uso de ventilação mecânica invasiva no homecare. Goiás, 2015.

SANTANA et al. Critérios para avaliação clínica fonoaudiológica do paciente traqueostomizado no leito hospitalar e internamento domiciliar. Revista Cefac. 2014 março- abril; 16(2):524-536.

