

POP

HC-UFTM/EBSERH

Traqueostomia: Cuidados e Decanulação

Versão: 4 | 2026

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DA UNIDADE MULTIPROFISSIONAL

VIVIANE DE ALMEIDA COBO

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Matheus Garcia Gomes, Unidade Multiprofissional
Marden Henrique de Lima, Unidade Multiprofissional
Daniel Chaves Queiroz, Unidade Multiprofissional
Jorge Henrique Fernandes de Lima, Unidade Multiprofissional
Joseane Lopes Batista, Unidade Multiprofissional
Marcos Vinicius Lopes da Silva, Unidade Multiprofissional

ANÁLISE

Viviane de Almeida Cobo, Unidade Multiprofissional

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Daniela Marques, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Data da emissão: 6/1/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.HC-UFTM-UMULTI.021

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2026, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



1. OBJETIVO

Padronizar entre a equipe interdisciplinar do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), os cuidados e a decanulação em pacientes traqueostomizados.

2. INFORMAÇÕES GERAIS

2.1. Definição

A palavra traqueostomia (TQT) é derivada dos termos gregos *trachea* (artéria dura) e *tomia* (incisão). Conceitualmente, a TQT refere-se a um procedimento de acesso às vias aéreas com a colocação de prótese ventilatória (cânula) ou simplesmente uma cirurgia de abertura da traqueia que exterioriza a luz traqueal. Esse recurso é utilizado para facilitar a entrada e/ou saída de ar dos pulmões quando existe alguma obstrução no trajeto natural e consiste em um procedimento cirúrgico de abertura artificial da traqueia para permitir a respiração. A TQT pode ser temporária ou permanente; alguns pacientes podem fazer uso da TQT durante a internação hospitalar, enquanto outros podem utilizá-la pelo resto da vida.

2.2. Indicações

É importante considerar que a indicação de TQT não se limita ao paciente crítico. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), a TQT é frequentemente realizada após 14 a 21 dias de intubação traqueal (TQT eletiva) e, em casos selecionados, no segundo ou terceiro dia de intubação (TQT precoce). É também realizada em momentos de urgência para acesso respiratório de vias aéreas difíceis. A realização segura da TQT no paciente exige conhecimento das técnicas cirúrgicas, habilidade profissional e ambiente preparado para possíveis intercorrências.

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

O procedimento da TQT deve ser realizado somente por equipe capacitada e em ambiente que ofereça segurança para possíveis complicações emergenciais intraoperatórias. São descritos na literatura o procedimento cirúrgico convencional (Técnica de Griggs é a mais realizada) e o percutâneo.

3.1. Cânulas

As cânulas de TQT podem ser metálicas, plásticas ou siliconadas, com ou sem cânula interna, balonete (*cuff*) e fenestradas. As cânulas contêm um mandril (guia) em seu interior, que é um pouco mais longo do que a cânula, de ponta romba, servindo como um condutor no momento da introdução na traqueia. O comprimento da cânula pode ser longo ou curto e o diâmetro deve ter aproximadamente 75% do diâmetro da traqueia. No mercado existem modelos neonatais, pediátricos e adultos.

3.1.1. Tipos de cânulas

- metálicas;
- plásticas;
- com *cuff* (balonete);

- sem *cuff*;
- fenestradas;
- lúmen simples;
- lúmen duplo;
- minitraqueostomia;
- borda ajustável.

As cânulas metálicas (Jackson®) são feitas de aço inoxidável ou prata esterlina, possuem sistema de travamento da cânula interna, não possuem conexões para equipamento respiratório e são utilizadas por pacientes traqueostomizados por longo prazo por possuírem maior durabilidade. Pode ocorrer oxidação do material.

A maior parte das cânulas de plástico possui custo baixo e está disponível no mercado, mas sua durabilidade é questionável. Nas UTIs, a cânula Portex® é a mais frequentemente utilizada. Possui conexão para VM e ambu, apresentação com ou sem balonete, mas não conta com cânula interna.

Possui como desvantagens, rachaduras, furos do balonete e maior propensão a infecções. Nos adultos, a preferência atual ainda é pelas cânulas Shiley®, apesar de possuírem custo mais elevado. Possuem válvula de fonação própria, cânula interna e podem dispor ou não de conexão para VM, bem como de balonetes. Para pacientes com alterações traqueais, pode ser necessária a instituição de cânulas com comprimento mais alongado (por exemplo, Tracheoflex®). Nos casos de cânula interna, essa é removível e pode ser limpa para evitar acúmulo de secreções. O balonete (*cuff*) é indicado quando há necessidade de vedação das vias aéreas, ou seja, quando insuflados criam uma exclusividade de passagem do ar apenas para as vias aéreas inferiores. As cânulas fenestradas possibilitam a passagem do ar por meio da cânula e das cordas vocais, permitindo a fala. Uma cânula interna sólida deve ser inserida para a aspiração.

3.2. Complicações

A literatura descreve complicações da TQT, desde intraoperatórias até pós-operatórias tardias que podem ser minimizadas com treinamento profissional para seu manuseio, utilização de materiais para os cuidados e autocuidado do paciente. As principais complicações são: hemorragia, pneumotórax, enfisema cirúrgico, infecção local, deslocamento da cânula traqueal (devido ao ato cirúrgico ou peso e posicionamento do circuito do ventilador mecânico), extremidade da cânula bloqueada caso esteja pressionada contra a carina ou a parede traqueal, obstrução do tubo por secreção, herniação do balonete (causando obstrução da cânula), irritação traqueal, ulceração e necrose (causadas pela hiperinsuflação do balonete ou excessiva movimentação da cânula), traqueomalácea, estenose traqueal, fistula traqueoesofágica e infecção da árvore traqueobrônquica.

3.3. Cuidados com a traqueostomia

3.3.1. Monitoração e manejo do balonete

A função do balonete (*cuff*) é permitir que a luz do traqueóstomo seja o único pertuito viável, ou seja, permitir a aplicação de ventilação com pressão positiva sem perda de volume corrente e prevenir a broncoaspiração de secreção oral e gástrica. Para realizar essas

duas funções, deve exercer alguma pressão contra a parede traqueal. Para que o paciente não sofra complicações da mucosa traqueal ou broncoaspiração torna-se necessário observar a pressão na parede lateral da traqueia. A pressão de perfusão sanguínea da mucosa traqueal situa-se entre 25 e 35 mmHg. Quando é feita a medida em cmH₂O, esses valores não devem ultrapassar 20 e 30cmH₂O. Pressões superiores a 30 cmH₂O podem gerar lesões na parede da traqueia e pressões menores que 20cmH₂O podem levar a broncoaspiração. São necessários controles frequentes e manutenção da pressão do balonete dentro da variação de valores aceitáveis. Pressões maiores que 25 cmH₂O evitam com segurança a aspiração do conteúdo orofaríngeo e gastroesofágico, considerando-se 20 cmH₂O como limite mínimo, abaixo do qual poderia ocorrer broncoaspiração. Pressões maiores que 30 cmH₂O já comprometeriam a perfusão da traqueia. Recomenda-se que, ao insuflar o balonete, deve-se usar menor quantidade de ar capaz de vedar o espaço entre o balonete e a parede traqueal. A pressão do balonete é mensurada utilizando um aparelho manual chamado cuffômetro e deve ser monitorada diariamente.

3.3.2. Fisioterapia respiratória

As técnicas desobstrutivas e reexpansivas da fisioterapia previnem complicações como tampões mucosos e, conseqüentemente, a ocorrência de desconforto respiratório, infecções pulmonares e atelectasias.

3.3.3. Aspiração traqueal

É a retirada de secreções dos pulmões pela cânula de TQT, de forma estéril, por meio de um sistema de vácuo. A aspiração deve ser frequente, de acordo com a necessidade decorrente do acúmulo de secreções. Deve-se aspirar primeiramente a cânula, depois a nasofaringe e, por fim, a cavidade oral. Em casos da presença de cânula interna, ela deve ser frequentemente removida para inspeção e limpeza.

3.3.4. Higiene local

A higiene local e a troca da fixação da cânula de TQT devem ser diárias a fim de minimizar irritações cutâneas. A fixação da cânula na região cervical não deve ser muito frouxa para evitar decanulação acidental ou formação de granulomas por cisalhamento da cânula com o traqueóstomo. A região entre a pele e a cânula deve ser protegida com uma compressa de gaze.

3.3.5. Orientações aos cuidadores

O cuidador do paciente traqueostomizado deve permanecer vigilante e ser orientado e treinado para os cuidados necessários no domicílio. Uma informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e o enfrentamento do paciente com doença crônica, ajuda a desenvolver atitudes e habilidades, facilita a autonomia, promove a adesão, torna capaz de entender como as próprias ações influenciam o padrão de saúde.

3.3.6. Outros cuidados

Entre as intercorrências com a TQT, as obstruções, a decanulação acidental e o falso trajeto são ameaçadoras à vida do paciente. A equipe deve estar bem treinada para promover condutas adequadas nessas situações. Até hoje, não há consenso na literatura em relação à

TQT no paciente, sobre o momento da TQT eletiva, a micronebulização com soro fisiológico 0,9%, a frequência periódica eletiva de troca das cânulas (aconselhável trocar a cada 2-3 meses as cânulas com *cuff* e a cada 6 meses as cânulas metálicas), a umidificação ideal, a farmacocinética via TQT (aerossolterapia) e a ausência de broncoscopia em vários serviços médicos e hospitais para a avaliação de TQT eletiva e decanulação.

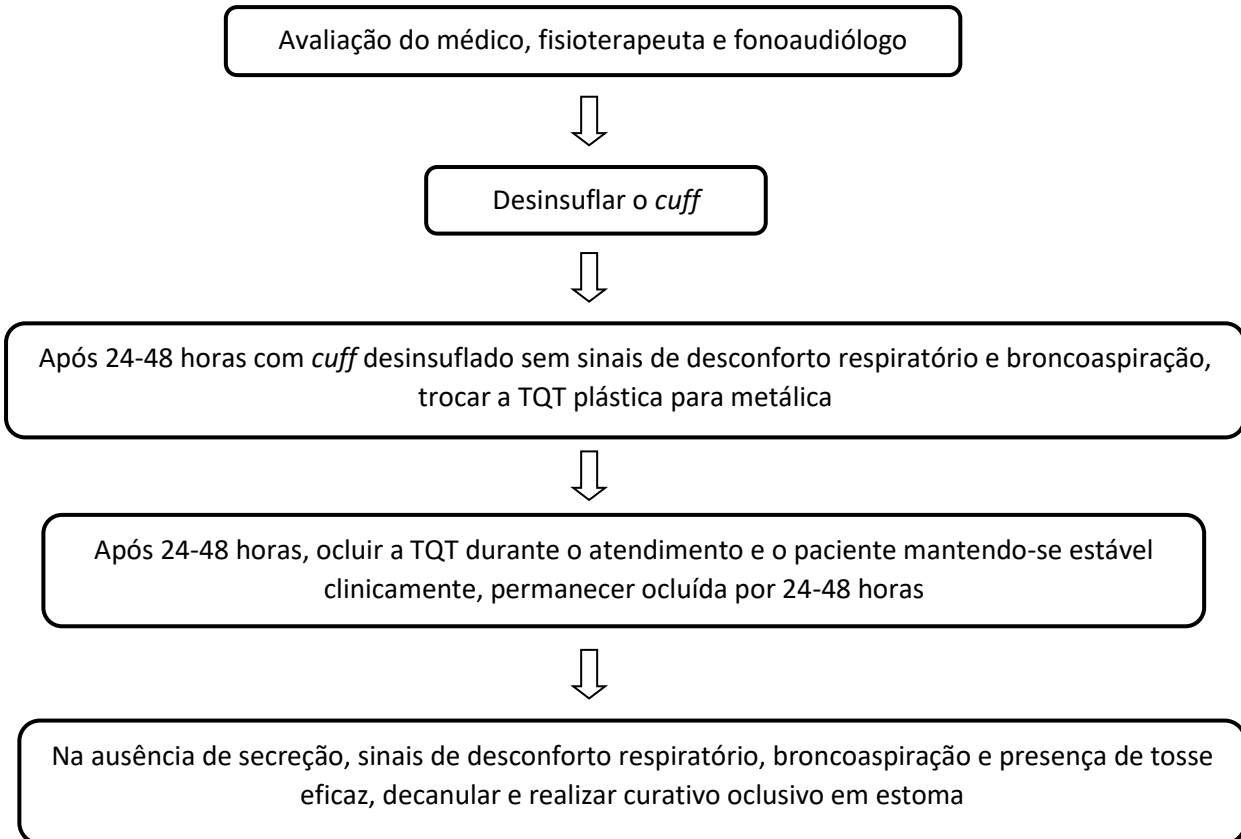
3.3.7. Decanulação

A interação entre médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e enfermeiro permite diminuir o tempo de uso da TQT, acelerando o desmame e tornando-o mais seguro para o paciente, com menor risco de insucesso e complicações. Considera-se desmame da TQT o momento quando se inicia o desinsuflar do *cuff*, passando pela troca da cânula plástica para metálica, até a retirada da cânula de traqueostomia (decanulação) e realização do curativo oclusivo do estoma. A decisão de quando iniciar o desmame da TQT é um trabalho de equipe, cujos fatores preditores de insucesso precisam estar ausentes. As razões que levaram à indicação de uma TQT precisam ser consideradas antes de se iniciar o processo de desmame. Para que se obtenha um desmame com sucesso, merecem atenção a necessidade de sedação, o tempo de VM, a insuficiência respiratória aguda ou crônica, a presença de obstrução de via aérea (por edema, tumor ou outras causas), as cirurgias prévias de cabeça e pescoço, a paralisia das pregas vocais, a estenose glótica ou subglótica – enfim, todos os problemas precisam ser sanados e a via aérea superior deve estar restaurada para a passagem adequada do fluxo aéreo.

Alguns outros fatores preditores de sucesso na decanulação incluem a estabilidade do paciente, a ausência de secreções em quantidades que possam comprometer o padrão respiratório, o desmame total do respirador, a capacidade de deglutição na ausência do *cuff* sem sinais de broncoaspiração. O paciente deve ser capaz de respirar por via aérea superior (nasal) com a retirada da pressão do *cuff* e oclusão da cânula, sem qualquer sinal de obstrução ou resistência. O fluxo expiratório também deve ser suficiente para gerar força para que o paciente possa tossir e falar. Todos os profissionais envolvidos no tratamento do paciente precisam estar atentos aos seguintes sinais de alerta para complicações: resíduos de saliva ou alimento na traqueia, mudança na coloração ou aspecto da secreção, febre, piora da oxigenação, rebaixamento do nível de consciência e alteração brusca da imagem radiológica. Tudo sempre é resolvido com um trabalho de equipe, avaliação e discussão clínica. A atuação da equipe multiprofissional aumenta as chances de uma decanulação mais rápida, livre de complicações e mais segura para o paciente.

4. FLUXOGRAMA

Dentre as etapas mais importantes no processo de decanulação, destacam-se desinsuflação do *cuff*, permeabilidade de vias aéreas, avaliação da deglutição, gerenciamento das secreções e treino de oclusão da traqueostomia.



5. REFERÊNCIAS

ACÓRDÃO Nº 475, DE 20 DE MAIO DE 2016 – Dispõe sobre papel do Fisioterapeuta na realização do procedimento de decanulação e/ou troca de cânula traqueal. Disponível em: www.coffito.com.br. Acesso em: 21 de maio de 2018.

ACÓRDÃO Nº 476, DE 20 DE MAIO DE 2016 – Dispõe sobre a participação do Fisioterapeuta durante o procedimento de traqueostomia. Disponível em: www.coffito.com.br. Acesso em: 21 de maio de 2018.

MEDEIROS, Gisele Chagas de et al. Critérios para decanulação da traqueostomia: revisão de literatura. CoDAS, São Paulo, v. 31, n. 6, e20180228, 2019. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 26 de agosto de 2020.

MENDES, F.; RANEA, P.; OLIVEIRA, A. C. T. de. Protocolo de desmame e decanulação de traqueostomia. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 10, n. 20, jul./set. 2013, ISSN (impresso): 1807-8850, ISSN (eletrônico): 2318-2083. Disponível em: <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/100>. Acesso em 15 de outubro de 2015.

MENDES, T. A. B. M.; CAVALHEIRO, L. V.; AREVALO, R. T.; SONEGTH, R. Estudo preliminar sobre a proposta de um fluxograma de decanulação em traqueostomia com atuação interdisciplinar. Einstein; 6 (1): 1-6, São Paulo. Disponível em: www.bireme.br. Acesso em 15 de outubro de 2015.

O'CONNOR H. H.; WHITE, A. C. Tracheostomy decannulation. Respiratory Care. 2010; Aug.;55(8):1076-81.

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO EM FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA ADULTO. Organizado pela Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; diretores acadêmicos: Jocimar Avelar Martins, Cristina Márcia Dias. Ciclo 2, módulo 2. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2010.

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO EM FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA ADULTO. Organizado pela Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; diretores acadêmicos: Jocimar Avelar Martins, Cristina Márcia Dias. Ciclo 3, módulo 3. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2010.

6. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	26/1/2016	Elaboração da 1ª versão do Procedimento Operacional Padrão (POP)
2	3/9/2018	Revisão e atualização do documento
3	12/2/2021	Revisão do documento e inserção em novo modelo
4	6/1/2026	Revisão e inserção em novo modelo

7. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p>Elaboração da versão atual – data: 29/11/2024 e 2/12/2025 Matheus Garcia Gomes, Marden Henrique de Lima, Daniel Chaves Queiroz, Jorge Henrique Fernandes de Lima, Joseane Lopes Batista e Marcos Vinicius Lopes da Silva, membros da Unidade Multiprofissional (UMULTI)</p> <p>Análise – data: 29/11/2024 Viviane de Almeida Cobo, chefe da UMULTI</p> <p>Validação técnica – data: 24/1/2025 Daniela Marques, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente substituta</p> <p>Aprovação – data: 10/12/2024 Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado</p> <p>Registro, validação de forma e revisão – data: 5/1/2026 Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental</p>
<p>Elaboração da versão 3 – data: 12/2/2021 Veridiana Mariano Soares, fisioterapeuta</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Validação Priscila Salge Mauad Rodrigues, chefe da Unidade de Reabilitação substituta Luciana Paiva Romualdo, responsável pela Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais</p> <p>Aprovação Marina Casteli Rodrigues Monteiro, chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (DADT)</p>
<p>Elaboração da versão 2 – data: 3/9/2018 Veridiana Mariano Soares, fisioterapeuta</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Validação Renata Melo Batista, chefe da Unidade de Reabilitação Rita de Cassia Rodrigues Reis, chefe da DADT</p> <p>Aprovação Colegiado Executivo</p>
<p>Elaboração da versão 1 – data: 26/1/2026 Veridiana Mariano Soares, fisioterapeuta</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Validação Renata Melo Batista, chefe da Unidade de Reabilitação Juverson Alves Terra Junior, chefe do Setor de Apoio Terapêutico</p> <p>Aprovação Colegiado Executivo</p>

APÊNDICE A – Lista de verificação (*checklist*)

- Compreender as indicações adequadas para a realização do procedimento
- Saber diferenciar as características e cuidados de cada tipo de cânula de traqueostomia
- Atenção aos cuidados fundamentais com a traqueostomia, como a Fisioterapia Respiratória e uma adequada higiene do local
- Saber aplicar as etapas da decanulação adequadamente.