



## **CONSENSUS PAPER**

# REMOÇÃO DA CÂNULA DE TRAQUEOTOMIA NA PESSOA COM CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa

## COORDENAÇÃO DA CONSTRUÇÃO DO DOCUMENTO

**Susana Sofia Abreu Miguel**, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, *Center for Interdisciplinary Research in Health*, Lisboa, Portugal

## CONSTRUÇÃO DO DOCUMENTO

**Susana Sofia Abreu Miguel**, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, *Center for Interdisciplinary Research in Health*, Lisboa, Portugal

**José Manuel Afonso Moreira**, Universidade de Évora, Évora, Portugal; *Comprehensive Health Research Center*

**Lucinda de Lurdes Ramalho Pires**, Serviço de Consultas Externas, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal

**Marta I. S. Mendes Esteves Duarte**, Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, ORL e Endocrinologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal

**Tiago Filipe Santos Cunha**, Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal

**Ana Inês de Almeida Frade**, Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, Hospital da Luz de Lisboa; CIDNUR (*Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon*), Lisboa, Portugal

## GRUPO DE PERITOS

**Ana Filipa Paula**, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Piso 6 Cirurgia (Serviço com as Valências de ORL, Cabeça e Pescoço, Ginecologia e Endócrinos)

**Anabela Machado**, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Centro de Contato Clínico.

**Carla Marisa Sousa**, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Piso 6 Cirurgia (Serviço com as Valências de ORL, Cabeça e Pescoço, Ginecologia e Endócrinos)

**Dina Batista**, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Consulta externa de Otorrinolaringologia

**João Albano**, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, no Piso 6 Cirurgia (Serviço com as Valências de ORL, Cabeça e Pescoço, Ginecologia e Endócrinos)

**Liliana Rebelo**, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, ORL e Endocrinologia

**Mário Silva**, ULS São João (Centro Hospitalar e Universitário São João) na consulta de Otorrinolaringologia

**Pedro Cardoso**, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Especialidades Cirúrgicas 1.

**Sandra Ferreira**, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Especialidades Cirúrgicas 1.

**Sandra Reis**, Consulta Externa de Otorrinolaringologia do Hospital Eduardo Santos Silva - Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho.

**Sofia Sousa**, USF Stephens-Centro de Saúde da Marinha Grande

**Tânia Maroto**, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil Lisboa Consultas externas

## REVISÃO FINAL DO DOCUMENTO

**Bruno Magalhães**, UTAD - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Jorge Freitas**, IPO Porto

**Ana Paula Amorim**, ULS Alto Minho

**Sandra Ponte**, ULS Lisboa Ocidental

## ESTE DOCUMENTO DEVE SER CITADO

Miguel, S.; Moreira, J.; Duarte, M.; Cunha, T.; Frade, A. Consensus paper: Remoção da cânula de traqueotomia na pessoa com cancro de cabeça e pescoço. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, Junho 2025.

**ISBN** 978-989-35714-6-0

# Índice

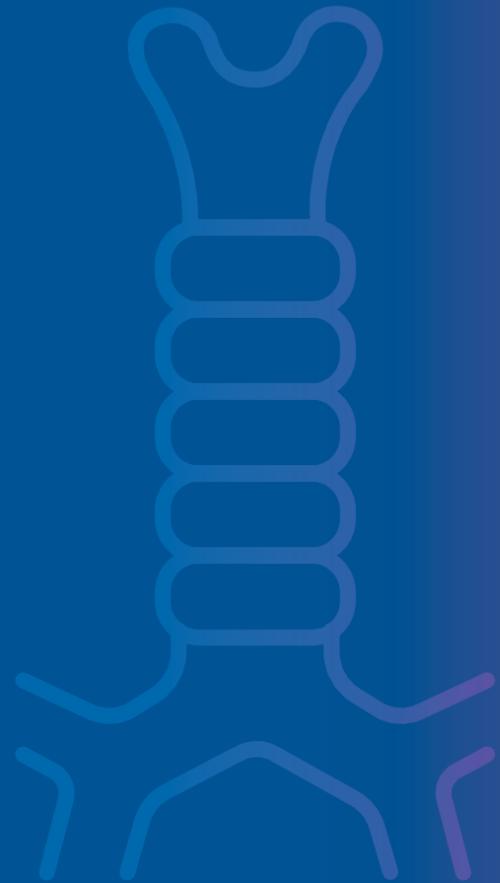
<b>01. Preâmbulo</b>	<b>5</b>
<b>02. Metodologia utilizada</b>	<b>7</b>
<b>03. Intervenção à pessoa com traqueotomia em processo de remoção da cânula</b>	<b>9</b>
I. Conceitos	<b>9</b>
II. Intervenção de enfermagem	<b>10</b>
<b>04. Conclusão</b>	<b>15</b>
<b>05. Referências Bibliográficas</b>	<b>17</b>

## Preâmbulo

Os requisitos para a realização de uma traqueotomia variam de acordo com a situação clínica da pessoa, o que poderá ter impacto no sucesso do processo de remoção da cânula. A traqueotomia é um procedimento frequente em pessoas com cancro de cabeça e pescoço quando submetidas a cirurgia de grande extensão, com o objetivo de assegurar a permeabilidade da via aérea no pós-operatório. A remoção segura da cânula de traqueotomia constitui uma fase crucial na recuperação destas pessoas, estando associada a melhoria da qualidade de vida e a prevenção de complicações decorrentes da sua utilização prolongada.

Este processo de remoção da cânula exige a experiência de uma equipa multidisciplinar para vigiar, avaliar e intervir prontamente perante eventuais complicações. Após a remoção, o acompanhamento contínuo assegura a adaptação da pessoa e a prevenção de intercorrências.

Este documento resulta de um estudo desenvolvido pelo Workgroup OncoCirurgia da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), com a finalidade de criar uma ferramenta educacional, baseada na evidência científica mais recente, sobre as recomendações relativas aos cuidados preparatórios, intervenções durante o processo de remoção da cânula e aos cuidados necessários pós-remoção.



## Metodologia utilizada

Foi realizada uma revisão sistemática rápida da literatura em Janeiro de 2023, que se encontra publicada na revista *Onco.news*<sup>1</sup> da AEOP, e, posteriormente, em Setembro de 2024 foi efetuada uma atualização desta revisão. Esta revisão teve como objetivo: identificar as intervenções de enfermagem no processo de remoção da cânula de traqueotomia de forma segura em doentes submetidos a cirurgia por cancro de cabeça e pescoço<sup>1</sup>.

Feita pesquisa nas bases de dados CINAHL®, MEDLINE®, tendo por base o acrónimo PCC: P (participantes) - doentes com cancro de cabeça e pescoço; C (conceito) - intervenções de enfermagem no processo de remoção da cânula; C (Contexto) - Doentes internados<sup>1</sup>.

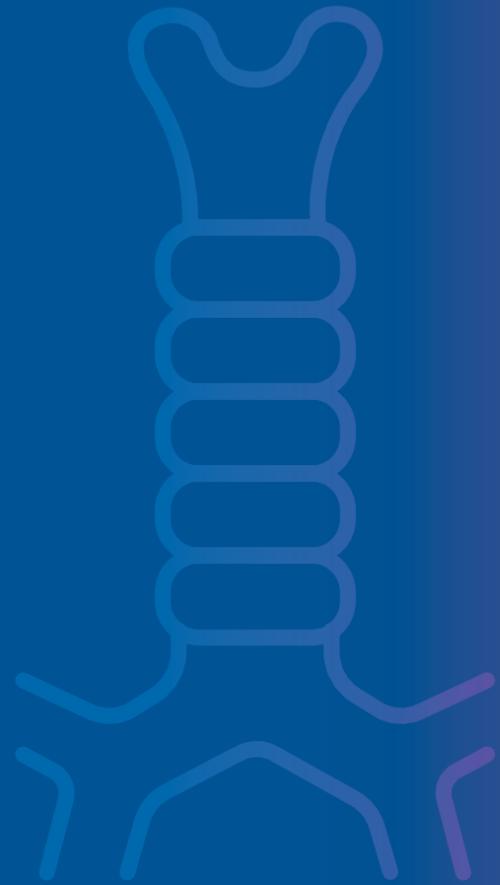
Para uma análise mais detalhada pelo grupo de trabalho, as intervenções de enfermagem alcançadas, foram agrupadas em três categorias: 1) antes do processo de remoção da cânula; 2) durante o processo de remoção da cânula; 3) após a remoção da cânula.

A partir das intervenções de enfermagem identificadas foi elaborado um questionário, sendo que cada questão foi avaliada numa escala do tipo *Likert* variando entre a pontuação de 1 [discordo totalmente] a 5 [concordo totalmente]. Este documento foi submetido à validação por peritos, tendo sido disponibilizado o questionário via online e enviado a 12 peritos na área. Recorreu-se ao e-Delphi para se determinar o nível de consenso e, assim, validar o seu conteúdo.

Colaboraram 12 peritos de diversas instituições de Portugal, de serviços de internamento e de consultas externas, de forma a reunir uma heterogeneidade de experiências. Os peritos foram selecionados segundo os seguintes critérios de inclusão: competência na área de pelo menos 4 anos de experiência com pessoas submetidas a cirurgia por cancro de cabeça e pescoço e que prestassem cuidados a doentes com necessidade de remoção da cânula de traqueotomia.

Considerou-se o valor percentual de 75% como nível de concordância entre os peritos para o nível de consenso, pela análise dos resultados obtidos<sup>2</sup>. Foram, ainda, recolhidas sugestões e comentários dos peritos às intervenções de enfermagem que constavam do questionário.

02



## Intervenção de enfermagem à pessoa com traqueotomia em processo de remoção da cânula

### 1. CONCEITOS

O conceito de ostomia respiratória surgiu nos anos 50, onde se incluiu a traqueostomia e a traqueotomia. A traqueotomia pode ser definida como uma abertura realizada com técnica cirúrgica e de forma iatrogénica a nível cervical anterior, com acesso ao lúmen traqueal e com posterior colocação de tubo traqueal no sentido de garantir a permeabilidade da via aérea<sup>3</sup>. Quanto à localização, esta deve localizar-se entre o 2º e o 4º anel traqueal, caracterizando-se como permanente ou temporária<sup>3</sup>. A Direção Geral de Saúde<sup>4</sup> enuncia diversas condições clínicas com indicação para traqueotomia temporária como por exemplo: obstrução área por retenção de secreções, ventilação ineficaz, estenose laríngea e estenose traqueal, traumatismos faciais ou cervicais, edemas pós radioterapia, tumores da cavidade oral, faríngeos ou laríngeos, sendo que nos iremos focar na necessidade de manutenção da ventilação ou respiração no contexto de cirurgia de cabeça e pescoço.

O cancro de cabeça e pescoço engloba um grupo heterógeno de tumores originários na parte superior do trato aerodigestivo<sup>5,6</sup>, que abrangem a cavidade nasal, seios perinasais, nasofaringe, hipofaringe, laringe, orofaringe, cavidade oral, lábio e tumores das glândulas

salivares, sendo categorizados pela zona onde se iniciam<sup>7</sup>. O tratamento destes tumores pode ser cirúrgico ou não cirúrgico (quimioterapia e /ou radioterapia)<sup>7</sup>.

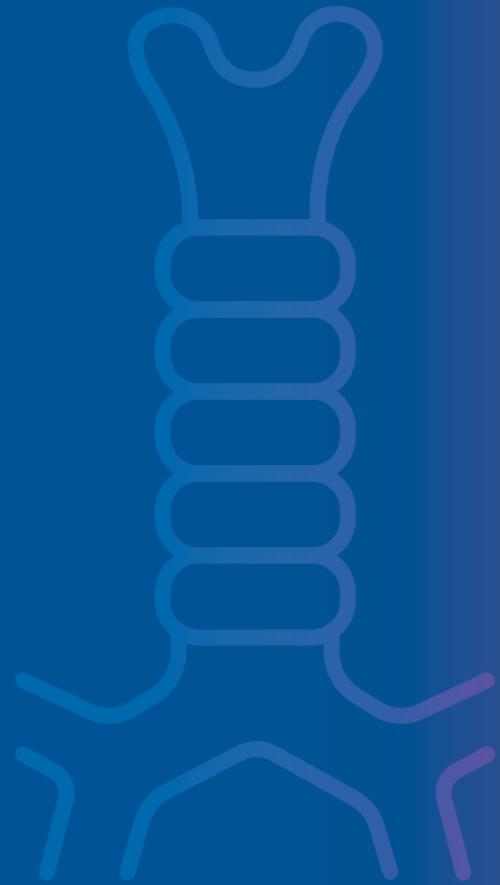
Em situações de cancro de cabeça e pescoço, pela respetiva localização e tratamentos associados, é necessário recorrer frequentemente à traqueotomia para manter a via aérea superior permeável, em contexto de cirurgia ou de edema pela radioterapia.

Uma vez eliminado o fator causal, a cânula de traqueostomia é removida, regressando-se à respiração fisiológica através da laringe, faringe, boca e nariz<sup>8</sup>. Este processo de remoção da cânula de traqueostomia é conhecido como *decannulation*<sup>8</sup>.

A avaliação diária da necessidade da cânula bem como o planeamento da sua remoção são essenciais para melhorar a qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias.

Isaac e colaboradores, salientam que neste tipo de doentes a permanência da cânula por um período superior a 10 dias poderá resultar numa traqueotomia prolongada ou permanente<sup>9</sup>. Littlewood e colaboradores corroboram este período apontando 7 a 10 dias para a remoção da cânula reconhecendo que os doentes com cancro de cabeça e pescoço têm

03



associadas algumas comorbilidades relacionadas ao estilo de vida como o tabagismo, que pode aumentar o risco de problemas respiratórios como pneumonia<sup>10</sup>. De realçar, ainda, as implicações em termos de comunicação, respiração ou mesmo alimentação que a presença da traqueotomia pode acarretar.

## 2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Neste capítulo apresentamos as intervenções que foram identificadas na revisão da literatura<sup>1</sup> efetuada, bem como a respetiva percentagem de consenso de acordo com os peritos.

Para a análise das intervenções mantivemos o agrupamento que já tinha sido realizado na revisão da literatura<sup>1</sup>, sistematizado em 3 etapas:

1. Antes do processo de remoção da cânula;
2. Durante o processo de remoção da cânula;
3. Após o processo de remoção da cânula.

As intervenções descritas são realizadas pelos enfermeiros no seio da equipa multidisciplinar.

### 1. Antes do processo de remoção da cânula

O processo de remoção da cânula não significa apenas o ato de remover a cânula, implica todo um processo baseado na evidência e na segurança. Este foi um aspeto que todos os peritos concordaram. Antes deste processo começar, a causa que motivou a traqueotomia deve estar resolvida (91,7%), bem como, o estado de consciência e hemodinâmico do doente estar

estabilizado (90%)<sup>11-14</sup>. A decisão de remoção da cânula de traqueotomia deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar e experiente (96,7%), Alhashemi e colaboradores corroboram esta necessidade e especificam a constituição desta equipa que deverá incluir médico especialista em Otorrinolaringologia, fisiatra, fisioterapeuta (com experiência na componente respiratória) e um enfermeiro perito na área<sup>11,14</sup>.

A validação da compreensão e colaboração do doente (83,3%)<sup>12,14</sup> neste processo é importante, para que possa colaborar através de uma tosse eficaz (81,6%), para proteger a via aérea<sup>11,12,15</sup>. A redução do número de vezes que o doente é aspirado deverá também ser considerado, apesar de não haver consenso na literatura analisada<sup>12,16</sup>.

É importante compreender se o doente irá ser submetido brevemente a algum procedimento anestésico ou cirúrgico antes de iniciar o processo de remoção da cânula<sup>14,15</sup> (91,7%) devendo este processo de remoção da cânula ser adiado<sup>14</sup>.

Do ponto de vista mais técnico, o *cuff* deve estar desinsuflado previamente ao início do processo de remoção da cânula<sup>11-13,15</sup> (98,3%), devendo ser efetuada a substituição para uma cânula fenestrada para garantir a verificação da existência de fluxo respiratório pela boca<sup>17</sup> (81,7%). Na Figura 1 podemos observar o doente com cânula sem *cuff*.

O passo seguinte é verificar que a pessoa tolera a oclusão da cânula, inicialmente no período diurno, e posteriormente também no período noturno (90,0%), perfazendo as 24 horas<sup>11,12,15,16</sup>.

Este treino respiratório deve ser suspenso se existir algum sinal de dificuldade respiratória<sup>16</sup>. A figura 2 mostra uma pessoa a realizar treino respiratório com tampa colocada.

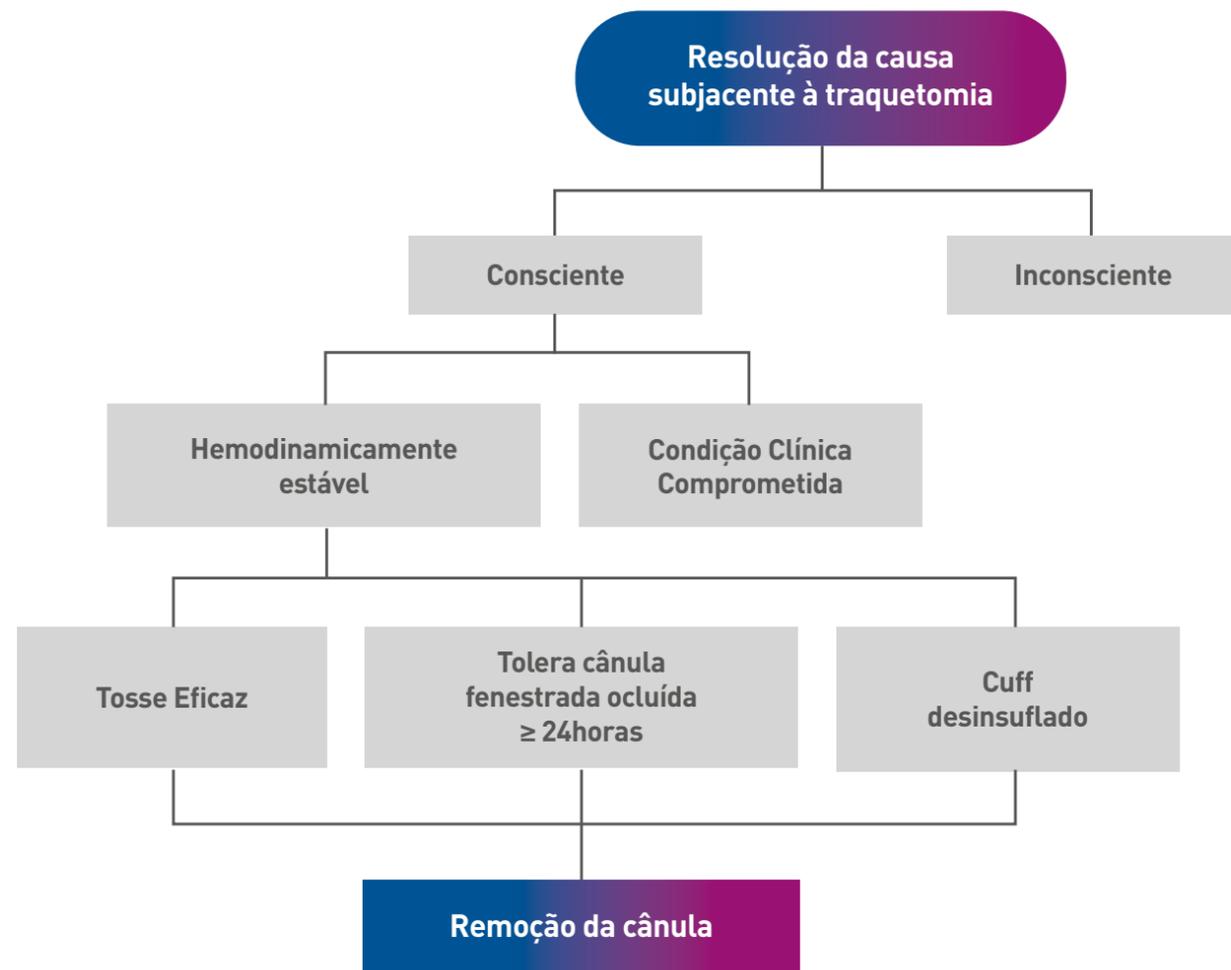


Figura 1 - Doente com cânula sem cuff



Figura 2 - Treino respiratório com tampa aplicada

A Figura 3 sintetiza os fatores preditivos para iniciar o processo de remoção da cânula, que foram descritos.



**Figura 3** - Fatores preditivos para se iniciar o processo de remoção da cânula. **Fonte:** Elaborado pelos autores<sup>1</sup>.

## 2. Durante o processo de remoção da cânula

Terminado e validado todo o processo de preparação, irá proceder-se à remoção da cânula por uma equipa treinada que deve incluir médico e enfermeiro experiente (95%)<sup>13,15</sup>.

## 3. Após o processo de remoção da cânula

Após a remoção da cânula do doente, o enfermeiro deve proceder à vigilância do mesmo, promovendo a segurança (95%), detetando precocemente uma possível falha no processo de remoção da cânula<sup>15</sup>. O enfermeiro atua no despiste de possíveis perdas hemáticas ou dificuldade respiratória após a remoção da cânula (100%).

É aconselhável colocar a pessoa na posição de Fowler (semi-sentado com cabeceira elevada a um ângulo de 45°)<sup>17</sup>, o que melhora a respiração e a mobilização de secreções (90%). Depois de ser retirada a cânula, o local deve ser ocluído com um penso semi-compressivo (compressa e adesivo exercendo ligeira compressão). O penso deve ser mudado diariamente ou sempre que estiver húmido com secreções, até o local estar cicatrizado, mantendo a pele seca<sup>12,15</sup> (83.3%). O enfermeiro atua neste processo avaliando a pele circundante e o encerramento do estoma, aplicando as medidas corretivas que considerar necessárias (100%).

Após a remoção da cânula, a pessoa deve ser instruída a fazer pressão sobre o penso com os

dedos ao falar ou tossir para diminuir a fuga de ar<sup>15</sup> (100%), como ilustrado na figura 4.

O enfermeiro avalia as necessidades dos doentes (100%) e/ou cuidadores (100%) relacionadas com o ensino, instrução e treino, bem como materiais necessários<sup>11</sup> para manter o êxito da remoção de cânula.



**Figura 4** - Pessoa a exercer pressão sobre o penso ao falar e tossir

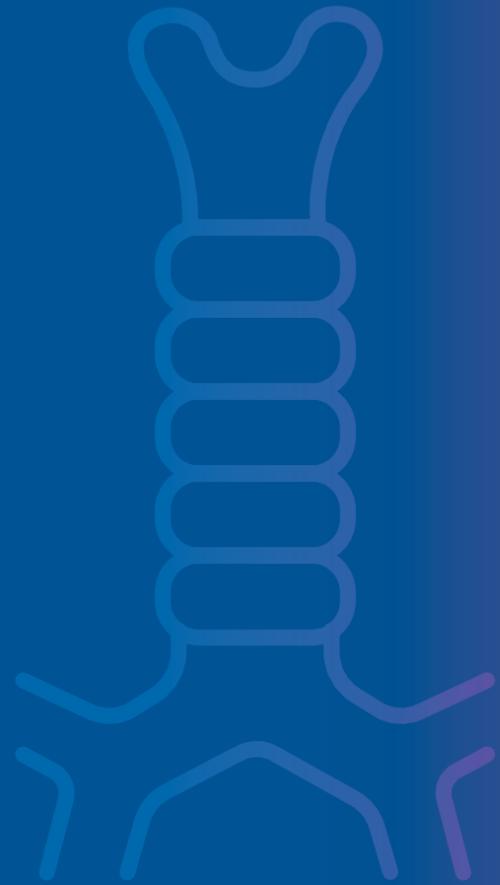
## Conclusão

O processo de remoção da cânula é complexo e requer uma avaliação criteriosa, tomada de decisão em equipa multidisciplinar e cuidados individualizados. Deverá ser um processo sistematizado, permitindo a remoção da cânula em segurança

Neste documento apresentámos o processo de remoção da cânula de traqueotomia nos doentes submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço. Foram abordadas as principais intervenções na preparação para a remoção da cânula, durante o procedimento e após o mesmo. Este documento destaca a importância da equipa de enfermagem em todo o processo.

**Tendo por base a evidência identificada na revisão sistemática rápida realizada pelo grupo de trabalho e a posterior validação realizada pelos peritos**, espera-se que este documento sirva de guia para os enfermeiros na sua prática clínica, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente e família.

04



## Referências Bibliográficas

- Frade AI, Moreira J, Pires L, Duarte M, Cunha T, Miguel S. Decannulation in patients undergoing head and neck cancer surgery: Rapid review. *Onco.news* [Internet]. 7 de junho de 2023 [citado 28 de março de 2025];e0138 Páginas. Disponível em: <https://onco.news/index.php/journal/article/view/138>
- Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, et al. Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology* [Internet]. abril de 2014 [citado 28 de março de 2025];67(4):401–9. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435613005076>
- Pracy P, Conboy P. Upper Airway Obstruction and Tracheostomy. Em: *Scott-Brown's Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery*. 8th ed. CRC Press; 2018. p. 1038–47.
- Saúde DG de. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto [Internet]. Norma no 011/2016 atualizada a 03/03/2017 mar 3, 2017. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto.pdf>
- Formigosa JADS, Costa LSD, Vasconcelos EV. Social representations of patients with head and neck cancer before the alteration of their body image / Representações sociais de pacientes com câncer de cabeça e pescoço frente à alteração da imagem corporal. *R pesq cuid fundam online* [Internet]. 9 de janeiro de 2018 [citado 11 de abril de 2025];10(1):180–9. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6022>
- Silveira A, Monteiro E, Sequeira T. Head and Neck Cancer: Improving Patient-Reported Outcome Measures for Clinical Practice. *Curr Treat Options in Oncol* [Internet]. novembro de 2018 [citado 11 de abril de 2025];19(11):59. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11864-018-0578-1>
- Baijens LWJ, Walshe M, Aaltonen LM, Arens C, Cordier R, Cras P, et al. European white paper: oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer. *Eur Arch Otorhinolaryngol* [Internet]. fevereiro de 2021 [citado 11 de abril de 2025];278(2):577–616. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00405-020-06507-5>
- Devaraja K, Majitha CS, Pujary K, Nayak DR, Rao S. A Simplified Protocol for Tracheostomy Decannulation in Patients Weaned off Prolonged Mechanical Ventilation. *Int Arch Otorhinolaryngol* [Internet]. abril de 2024 [citado 28 de março de 2025];28(02):e211–8. Disponível em: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0043-1776720>
- Isaac A, Zhang H, Varshney S, Hamilton S, Harris JR, O'Connell DA, et al. Predictors of Failed and Delayed Decannulation after Head and Neck Surgery. *Otolaryngol-head neck surg* [Internet]. setembro de 2016 [citado 11 de abril de 2025];155(3):437–42. Disponível em: <https://aao-hnsfjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/0194599816643531>
- Littlewood CG, Jebri A, Lowe D, König R, Groom P, Rogers SN. Factors contributing to delayed decannulation of temporary tracheostomies following free tissue reconstructive surgery for head and neck cancer. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* [Internet]. maio de 2021 [citado 11 de abril de 2025];59(4):472–7. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266435620305441>
- Alhashemi H, Algarni M, Al-Hakami H, Seebran N, Husain T, Bhutto T, et al. An Interdisciplinary Approach to the Management of Individuals With Tracheostomy. *Respiratory Care* [Internet]. 1 de janeiro de 2022 [citado 11 de abril de 2025];67(1):34–9. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.4187/respcare.08869>
- Pryor LN, Ward EC, Cornwell PL, O'Connor SN, Chapman MJ. Clinical indicators associated with successful tracheostomy cuff deflation. *Australian Critical Care* [Inter-

055

net]. agosto de 2016 [citado 11 de abril de 2025];29(3):132–7. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S103673141600028X>

13. Welton C, Morrison M, Catalig M, Chris J, Pataki J. Can an interprofessional tracheostomy team improve weaning to decannulation times? A quality improvement evaluation. *Can J Respir Ther*. 2016;52(1):7–11.
14. De Mestral C. Impact of a specialized multidisciplinary tracheostomy team on tracheostomy care in critically ill patients. *Can J Surg [Internet]*. 1 de junho de 2011 [citado 11 de abril de 2025];54(3):167–72. Disponível em: <http://www.canjsurg.ca/lookup/doi/10.1503/cjs.043209>
15. Mitchell RB, Hussey HM, Setzen G, Jacobs IN, Nussenbaum B, Dawson C, et al. Clinical Consensus Statement: Tracheostomy Care. *Otolaryngol–head neck surg [Internet]*. janeiro de 2013 [citado 11 de abril de 2025];148(1):6–20. Disponível em: <https://aao-hnsfjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/0194599812460376>
16. Hernández Martínez G, Rodríguez ML, Vaquero MC, Ortiz R, Masclans JR, Roca O, et al. High-Flow Oxygen with Capping or Suctioning for Tracheostomy Decannulation. *N Engl J Med [Internet]*. 10 de setembro de 2020 [citado 11 de abril de 2025];383(11):1009–17. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2010834>
17. Dellweg D, Barchfeld T, Haidl P, Appelhans P, Kohler D. Tracheostomy decannulation: Implication on respiratory mechanics. *Head & Neck [Internet]*. dezembro de 2007 [citado 11 de abril de 2025];29(12):1121–7. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.20653>



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa