



RioSaúde

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

**PREVENÇÃO DA
BRONCOASPIRAÇÃO E
MANEJO DA PNEUMONIA
BRONCOASPIRATIVA**

RIO DE JANEIRO, 2026

**PREVENÇÃO DA BRONCOASPIRAÇÃO E MANEJO DA PNEUMONIA
BRONCOASPIRATIVA**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVO
3. ABRANGÊNCIA
4. DEFINIÇÕES E SIGLAS
5. RESPONSABILIDADES
6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO
 - 6.1. Avaliação para Risco de Broncoaspiração
 - 6.2. Cuidados com a alimentação oral
 - 6.3. Cuidados com sonda enteral e administração de dieta
 - 6.4. Posicionamento do paciente no leito
 - 6.5. Medidas de higiene oral
 - 6.6. Cuidados com pacientes em ventilação mecânica
 - 6.7. Adequada Intervenções imediatas diante do vômito com risco de broncoaspiração
 - 6.8. Pneumonia Broncoaspirativa
 - 6.9. Tratamento
7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
8. REFERÊNCIAS
9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO
10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
11. ANEXOS

RESUMO DE REVISÕES

MÊS/ANO	DESCRIÇÃO	PRÓXIMA REVISÃO
04/2023	Emissão Inicial	09/2030
01	Versão	

APROVAÇÕES

REVISÃO	CHEFIA	COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS	NÚCLEO DE QUALIDADE	DIRETORIA
Thiago da Silva Thais Leoncio Maicon Morais Rafael Alvim Lobo	Marcos Aurélio Pinto da Silva	Guilherme Santana	Cristiane Pacheco	Bruno Cesar Sabino de Figueiredo

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.006	09/2026	09/2030	3/13
PREVENÇÃO DA BRONCOASPIRAÇÃO E MANEJO DA PNEUMONIA BRONCOASPIRATIVA			

1. INTRODUÇÃO

A disfagia caracteriza-se como um distúrbio da deglutição decorrente de uma condição de base, podendo comprometer qualquer segmento do trato digestório, desde a cavidade oral até o estômago. Trata-se de uma manifestação clínica frequente, associada a potenciais complicações graves, como aspiração, pneumonia por broncoaspiração e desnutrição (SILVA, 2025).

A broncoaspiração constitui uma das principais complicações associadas à disfagia, caracterizando-se pela entrada de alimentos, saliva ou secreções nas vias aéreas inferiores, em detrimento do trajeto fisiológico até o estômago. Esse evento pode resultar em agravos clínicos relevantes, como pneumonia por broncoaspiração, pneumonite química e síndrome da angústia respiratória aguda. A pneumonia por broncoaspiração destaca-se como uma das infecções pulmonares mais prevalentes e com elevada taxa de mortalidade em pacientes disfágicos, sobretudo em idosos e indivíduos hospitalizados (SILVA, 2025).

Estudos que avaliaram grupos de risco para disfagia demonstraram maior prevalência desse distúrbio em pacientes internados com doenças respiratórias, os quais apresentam risco aumentado para disfagia orofaríngea. Ao correlacionar a presença de disfagia com o tempo de permanência hospitalar, observou-se ocorrência de disfagia orofaríngea em 80% (n=40) dos pacientes avaliados. Nesse contexto, o comprometimento da deglutição está relacionado a alterações em estruturas neuronais centrais e/ou periféricas envolvidas nas fases de captação, processamento e condução do alimento até o estômago (GONÇALVES, 2022).

2. OBJETIVO

Reduzir a ocorrência de broncoaspiração por meio da avaliação sistemática de riscos e da implementação de medidas preventivas pela equipe multidisciplinar.

3. ABRANGÊNCIA

Unidades geridas pela RioSaúde.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.006	09/2026	09/2030	4/13
PREVENÇÃO DA BRONCOASPIRAÇÃO E MANEJO DA PNEUMONIA BRONCOASPIRATIVA			

4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

4.1. Definições

Broncoaspiração - É definida como a entrada de conteúdo, endógeno ou exógeno, colonizados por bactérias residentes, ou não, do tubo digestivo para o trato respiratório inferior (traqueia, brônquios e pulmões), ocasionando alterações inflamatórias e, geralmente associado a crescimento bacteriano. As substâncias mais comuns são os resíduos gástricos e as secreções colonizadas contidas na cavidade orofaríngea, favorecendo a ocorrência de pneumonia.

4.2. Siglas

EV – Endovenoso

IOT – Intubação Orotraqueal

MRSA – Staphylococcus aureus resistente à metilina

PNM – Pneumonia

RX – Radiografia

5. RESPONSABILIDADES

ATIVIDADE	RESPONSABILIDADE
5.1. Avaliação de risco para broncoaspiração na admissão.	Médico e Enfermeiro
5.2. Prescrição de antieméticos.	Médico
5.3. Solicitação e avaliação de exames diagnósticos.	Médico
5.4. Prescrever tratamento adequado.	Médico
5.5. Registro do incidente em prontuário.	Médico e Enfermeiro

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO

PTS.DEA.006

DATA

09/2026

REVISÃO

09/2030

PÁGINAS

5/13

**PREVENÇÃO DA BRONCOASPIRAÇÃO E MANEJO DA PNEUMONIA
BRONCOASPIRATIVA**

5.6. Avaliação de risco para broncoaspiração diariamente.	Médico e Enfermeiro
5.7. Prescrição e implementação de medidas preventivas.	Médico e Enfermeiro
5.8. Sinalização do risco (placa beira-leito, passagem de plantão e orientação à equipe técnica).	Enfermeiro
5.9. Manter cabeceira elevada > 45°.	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
5.10. Realizar higiene oral pelo menos três vezes ao dia e sempre que necessário.	Técnico de Enfermagem
5.11. Sinalizar eventos de broncoaspiração ao médico.	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem
5.12. Elevar a cabeceira do paciente, no mínimo a 45° ao administrar dieta, líquidos e medicamentos, de preferência com a cabeça levemente flexionada para frente.	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem
5.13. Pacientes com dieta enteral, deve-se interromper a infusão da dieta durante o transporte intra-hospitalar e durante a realização de procedimentos que necessitem abaixar a cabeceira.	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.006	09/2026	09/2030	6/13
PREVENÇÃO DA BRONCOASPIRAÇÃO E MANEJO DA PNEUMONIA BRONCOASPIRATIVA			

6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

6.1. Avaliação para Risco de Broncoaspiração

Os pacientes internados precisam ser avaliados na admissão e diariamente quanto à presença dos seguintes fatores de risco:

- Alterações neurológicas associadas à disfagia;
- Doenças e cirurgias de cabeça e pescoço;
- Doenças do refluxo gastroesofágico;
- Pacientes críticos acima de 65 anos;
- Primeiras 24h pós extubação de pacientes que permaneceram > 48h sob IOT;
- Desconforto respiratório durante ou após a ingesta alimentar;
- Sinais de engasgo e/ou voz molhada;
- Reflexo de tosse diminuído;
- Rebaixamento do nível de consciência;
- Presença de sonda naso/oro gástrica/enteral;
- Sialorréia e/ou acúmulo de resíduo alimentar em cavidade oral;
- Sensação de bolo parado na garganta; dor ao engolir. Prótese dentária mal adaptada. Uso de drogas sedativas.

Em pediatria, as principais condições associadas à disfagia com risco de aspiração bronco pulmonar incluem:

- Crianças menores de 1 ano, devido ao maior risco de engasgo e imaturidade dos mecanismos de deglutição;
- Paralisia cerebral;
- Lesão cerebral adquirida ou traumática;
- Doenças neuromusculares;
- Malformações craniofaciais;
- Anomalias das vias aéreas;
- Cardiopatias congênitas;
- Doenças do trato gastrointestinal;
- Lesões decorrentes de ingestão de substâncias;

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.006	09/2026	09/2030	7/13
PREVENÇÃO DA BRONCOASPIRAÇÃO E MANEJO DA PNEUMONIA BRONCOASPIRATIVA			

- Prematuridade.

Caso o paciente apresente um ou mais fatores de risco, deverá ser classificado como alto risco para broncoaspiração, devendo essa condição ser devidamente sinalizada no dispositivo de identificação à beira-leito, bem como comunicada durante a passagem de plantão e discussões multiprofissionais (round), a fim de garantir a implementação das medidas preventivas recomendadas.

6.2. Cuidados com a alimentação oral

- Ofertar dieta conforme consistência e volume prescritos pela equipe de Fonoaudiologia e/ou Nutrição;
- Garantir que o paciente esteja em adequado nível de consciência, preferencialmente desperto, e posicionado. Manter o paciente, preferencialmente, em posição sentada ou com a cabeceira elevada, no mínimo, 45°, idealmente com leve flexão anterior da cabeça;
- Orientar a deglutição lenta, permitindo que o paciente realize quantas deglutições forem necessárias antes da oferta de nova porção;
- Estimular a mastigação adequada, visando facilitar o processo de deglutição;
- Remover resíduos alimentares da cavidade oral ao término das refeições;
- Ofertar volumes adequados por colher, evitando porções excessivas ou insuficientes;
- Na presença de voz “molhada”, orientar o paciente a realizar limpeza de vias aéreas superiores (tosse voluntária e deglutição);
- Em caso de tosse, engasgo ou dispneia, interromper imediatamente a alimentação e comunicar a equipe assistencial;
- Em pacientes pediátricos em uso de dieta intermitente, realizar verificação de refluxo gástrico a cada 4 a 6 horas, suspendendo a infusão e comunicando a equipe médica quando o volume residual for superior a 50% do volume administrado;
- Evitar estímulos distratores durante a alimentação, como televisão, dispositivos eletrônicos e conversas paralelas;
- Manter o paciente em posição elevada (cabeceira elevada ou sentado) por, no mínimo, 45 minutos após a alimentação;

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.006	09/2026	09/2030	8/13
PREVENÇÃO DA BRONCOASPIRAÇÃO E MANEJO DA PNEUMONIA BRONCOASPIRATIVA			

- Em pacientes em cuidados paliativos com indicação de dieta oral de conforto, seguir as recomendações individualizadas conforme os objetivos terapêuticos estabelecidos.

6.3. Cuidados com sonda enteral e administração de dieta

- Solicitar avaliação da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, nutricionista e fonoaudiólogo), quando indicado;
- Seguir rigorosamente o protocolo institucional de terapia nutricional enteral;
- Evitar a inserção de sonda enteral por via oral em pacientes conscientes, devido ao risco de indução de vômito;
- Garantir a adequada fixação do cateter enteral, prevenindo tração acidental. Em caso de deslocamento ou fixação inadequada, suspender a infusão, reposicionar o dispositivo e confirmar novamente o posicionamento antes de reiniciar a dieta;
- Solicitar e confirmar o posicionamento da sonda por exame radiológico após a inserção (atribuição médica);
- Conferir, previamente à administração, o tipo de dieta, volume, velocidade de infusão e identificação do paciente conforme prescrição;
- Priorizar a infusão contínua por bomba de infusão, sempre que possível;
- Monitorar sinais de intolerância à dieta, como distensão abdominal, náuseas e vômitos, registrando em prontuário e comunicando à equipe. Ajustar a velocidade de infusão conforme avaliação médica;
- Suspender a dieta, sempre que possível, no mínimo 30 minutos antes de procedimentos que estimulem reflexos de tosse ou vômito (ex.: intubação, extubação, aspiração de vias aéreas), bem como em situações que exijam redução da cabeceira;

6.4. Posicionamento do paciente no leito

- Manter a cabeceira elevada entre 30° e 45°, salvo contraindicação;
- Realizar procedimentos assistenciais, preferencialmente, com a cabeceira elevada;

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.006	09/2026	09/2030	9/13
PREVENÇÃO DA BRONCOASPIRAÇÃO E MANEJO DA PNEUMONIA BRONCOASPIRATIVA			

6.5. Medidas de higiene oral

- Realizar higiene da cavidade oral sempre que necessário e, no mínimo, três vezes ao dia (manhã, tarde e noite);
- Utilizar antisséptico oral à base de clorexidina 0,12%, quando possível, especialmente em pacientes sob ventilação mecânica, traqueostomizados ou em uso de sonda enteral;
- Aspirar secreções de vias aéreas superiores em pacientes com hipersecreção, conforme necessidade;
- Inspecionar rotineiramente a cavidade oral para identificação e remoção de resíduos;

6.6. Cuidados com pacientes em ventilação mecânica

- Implementar medidas do protocolo institucional de prevenção de infecção do trato respiratório;
- Aplicar os bundles de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV);
- Manter materiais para aspiração de vias aéreas disponíveis durante procedimentos como intubação e extubação;
- Monitorar e manter a pressão do cuff do tubo endotraqueal entre 25 e 30 cmH₂O (exceto em recém-nascidos sem cuff), especialmente antes de mobilizações e higiene oral;
- Posicionar adequadamente o circuito do ventilador, favorecendo a drenagem de condensação para o reservatório;
- Aspirar vias aéreas sempre que necessário, conforme protocolo institucional;
- Iniciar dieta enteral, preferencialmente, após no mínimo 6 horas da extubação em pacientes intubados por período superior a 48 horas;
- Nos casos de indicação de dieta oral, realizar avaliação após 24 horas da extubação, desde que o paciente esteja estável, consciente e alerta, devido ao risco de aspiração silenciosa antes desse período;
- Considerar intervenção fonoaudiológica precoce para reabilitação da deglutição (terapia indireta);
- Reconhecer que pacientes traqueostomizados apresentam risco elevado de aspiração silenciosa. Dessa forma, não iniciar alimentação oral em pacientes com traqueostomia aberta ou com cuff insuflado sem avaliação prévia da equipe multiprofissional;

6.7. Adequada Intervenções imediatas diante do vômito com risco de broncoaspiração

- Interromper imediatamente a dieta;
- Evitar ventilação mecânica não invasiva;
- Manter paciente em decúbito lateral e com cabeceira elevada a pelo menos 30°, a menos que contraindicado (nesse caso, considerar a posição de Trendelenburg invertida 30° - 45°);
- Aspirar a cavidade oral, faríngea e traqueal, para remoção dos resíduos da dieta conforme a necessidade;
- Iniciar tratamento medicamentoso (e não medicamentoso), de acordo com prescrição médica.

6.8. Pneumonia Broncoaspirativa

A pneumonia broncoaspirativa é uma infecção do parênquima pulmonar decorrente da aspiração de conteúdo orofaríngeo, alimentar, líquido ou gástrico para as vias aéreas inferiores, resultando em resposta inflamatória e processo infeccioso pulmonar.

Até 50% dos pacientes com disfagia podem desenvolver pneumonia aspirativa, com mortalidade associada de até 50%. Pacientes com disfagia apresentam maior taxa de pneumonia em comparação àqueles sem disfagia (29,7% vs. 3,7%) (Gonçalves,2022).

6.9. Tratamento

ESQUEMA DE TRATAMENTO	
Prescrição Ambulatorial	
Tipo de PNM	Antibiótico
Pneumonia Aspirativa Adquirida em Comunidade	Amoxicilina + Clavulanato 500mg+125mg VO de 12/12 horas, por 5-7 dias OU
	Levofloxacina 500 mg VO de 24/24 horas, por 5-7 dias OU
	Clindamicina 600 mg VO de 6/6 horas, por 5-7 dias;
	**Considerar associação com Clindamicina na dose acima nos casos de doença periodontal grave, pneumonia necrotizante, empiema pleural ou abscesso pulmonar.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO

DATA

REVISÃO

PÁGINAS

PTS.DEA.006

09/2026

09/2030

11/13

**PREVENÇÃO DA BRONCOASPIRAÇÃO E MANEJO DA PNEUMONIA
BRONCOASPIRATIVA**

Prescrição Hospitalar

Tipo de PNM

Antibiótico

Pneumonia Aspirativa sem

Critérios para Internação
no CTI

Amoxicilina + Clavulanato 875/125 mg EV de 12/12 horas, por 5-7 dias **OU**

Levofloxacina 500-750 mg EV de 24/24 horas, por 5-7 dias

****Se doença periodontal grave, pneumonia necrotizante, empiema pleural ou abscesso pulmonar
associar Clindamicina 600 mg EV de 6/6 horas, por 5-7 dias**

Pneumonia Aspirativa com

Critérios para Internação
no CTI

Piperacilina + Tazobactam 4,5 g EV de 6/6 horas, por 5-7 dias **OU**

Ceftriaxona 1 g EV de 12/12 horas ou 2 g EV de 24/24 horas, por 5-7 dias **OU**

Cefepima 2 g EV de 8/8 ou de 12/12 horas, por 5-7 dias **OU** Meropenem 1 g EV de 8/8 horas, por
5-7 dias **OU** Imipenem 500 mg EV de 6/6 horas ou 1 g EV de 8/8 horas, por 5-7 dias.

Avaliar risco para germes multirresistentes:

- Se suspeita de MRSA: Vancomicina 15 mg/kg EV de 12/12 horas ou Linezolida 600 mg EV de
12/12 horas, por 5-7 dias;

- Se suspeita de pseudomonas: Utilizar antibióticos com cobertura adequada, por exemplo:
Piperacilina + Tazobactam, Cefepima, Meropenem nas posologias descritas acima.

7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

8. REFERÊNCIAS

- SILVA, Patricia Sales Leal da. Desenvolvimento de uma interface tecnológica para o rastreio do risco de broncoaspiração no ambiente hospitalar. 2025. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em

PROTOCOLO DE SEGURANÇA			
Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.006	09/2026	09/2030	12/13
PREVENÇÃO DA BRONCOASPIRAÇÃO E MANEJO DA PNEUMONIA BRONCOASPIRATIVA			

Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2025. INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE (INTS). Prevenção de broncoaspiração. Salvador: INTS, 2024. Disponível em: https://ints.org.br/wp-content/uploads/2024/11/PO.ENF_.083-01-Prevencao-de-broncoaspiracao.pdf. Acesso em: 26 mar. 2026.

- GONÇALVES, Ives Marcelo Pinheiro. Estratégias de ensino para prevenção de broncoaspiração associada à disfagia durante a pandemia COVID-19. 2022. Dissertação (Mestrado em ...) – Nome da instituição, cidade, 2022.

9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

Tipo Documental	Código de Classificação	Série Documental	Classificação de Acesso	Prazo de Guarda		Destinação
				Arquivo Corrente	Arquivo Intermediário	
Registros de avaliação de risco para broncoaspiração, solicitações de exames diagnósticos, prescrições de medicamentos e tratamentos adequados, evoluções diárias (SUPORTE DIGITAL; INTEGRA)	18.01.01.001	Prontuário do paciente	Restrito	A vigência esgota-se com o último registro	20 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)
Fichas de identificação de leito e bundles de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica - PAV (INTEGRA)	18.01.01.012	Expediente de registros de sistematização da assistência de enfermagem	Restrito	A vigência esgota-se com o último registro	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO

DATA

REVISÃO

PÁGINAS

PTS.DEA.006

09/2026

09/2030

13/13

**PREVENÇÃO DA BRONCOASPIRAÇÃO E MANEJO DA PNEUMONIA
BRONCOASPIRATIVA**

10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR

Versão	Alteração	Data	Elaboração/Revisão	Validação	Aprovação
00	Versão inicial	04/2023	Virgínia Ponte Taíza Moreno	Alessandrée Lopes Andrea Garcia	Daniel da Mata
01	Intens:1,2,4,5,6	09/2026	Thiago da Silva Thais Leoncio Maicon Morais Rafael Alvim Lobo	Marcos Aurélio Pinto da Silva	Bruno Sabino

11. ANEXOS

Não se aplica.