

DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i266p4360-4373>

As dificuldades e riscos durante a introdução e posicionamento da Sonda Nasoentérica

RESUMO | A alta prevalência de pacientes críticos tem aumentado a demanda pela terapia nutricional para recuperação da saúde. As sondas enterais possibilitam a oferta de nutrientes e a melhora do estado nutricional de pacientes com problemas de deglutição, desde que o sistema digestório mantenha sua capacidade de absorção. A equipe que assiste o paciente com necessidade de receber terapia nutricional através de sonda enteral deve ter conhecimento sobre a passagem da sonda e sobre a administração das dietas, com treinamento para prevenir, reconhecer e tratar as possíveis complicações. Neste trabalho foram entrevistados enfermeiros envolvidos na passagem de sonda enteral no Hospital Irmandade de Misericórdia do Jahu, registrando opiniões e problemas enfrentados durante esse procedimento, com o intuito de produzir a seguir um manual técnico para oferecer suporte ao procedimento realizado pelos servidores do hospital. Os resultados apontaram algumas carências de padronizações e certa resistência na exposição de dúvidas, mesmo por meio do questionário. Após o conhecimento sobre as respostas dos entrevistados, elaborou-se um manual de orientação padronizado sobre a introdução e o posicionamento da sonda enteral, com o objetivo de contribuir com a atualização da equipe e permitirá realização de procedimentos mais seguros.

Palavras-chaves: Sonda Nasoenteral; Nutrição Enteral; Treinamento Técnico.

ABSTRACT | The high prevalence of critically ill patients has increased the demand for nutritional therapy for health recovery. Enteral probes make it possible to provide nutrients and improve the nutritional status of patients with swallowing problems if the digestive system maintains its absorption capacity. The team that assists the patient in need of receiving nutritional therapy through an enteral tube must have knowledge about the passage of the tube and about the administration of diets, with training to prevent, recognize and treat possible complications. In this work, nurses involved in the passage of enteral tubes at the Irmandade de Misericórdia do Jahu Hospital were interviewed, recording opinions and problems faced during this procedure, in order to produce a technical manual to support the procedure performed by the hospital servers. The results pointed out some lack of standardization and some resistance in the exposition of doubts, even though the questionnaire. After knowledge of the respondents' responses, a standardized guidance manual on the introduction and placement of the enteral tube was developed, with the aim of contributing to the updating of the team and will allow for safer procedures.

Keywords: Nasoenteral Tube Feeding; Enteral Nutrition; Technical Training.

RESUMEN | La alta prevalencia de pacientes críticos ha aumentado la demanda de terapia nutricional para la recuperación de la salud. Las sondas enterales permiten proporcionar nutrientes y mejorar el estado nutricional de los pacientes con problemas para tragar, siempre que el sistema digestivo mantenga su capacidad de absorción. El equipo que ayuda al paciente que necesita recibir terapia nutricional a través de un tubo enteral debe tener conocimiento sobre el paso del tubo y sobre la administración de dietas, con capacitación para prevenir, reconocer y tratar posibles complicaciones. En este trabajo, se entrevistó a enfermeras involucradas en el paso de tubos enterales en el Hospital Irmandade de Misericórdia do Jahu, registrando opiniones y problemas enfrentados durante este procedimiento, con el fin de producir un manual técnico para respaldar el procedimiento realizado por los servidores del hospital. Los resultados señalaron cierta falta de estandarización y cierta resistencia en la exposición de dudas, incluso a través del cuestionario. Después de conocer las respuestas de los encuestados, se desarrolló un manual de orientación estandarizado sobre la introducción y colocación del tubo enteral, con el objetivo de contribuir a la actualización del equipo y permitir procedimientos más seguros.

Palabras claves: Sonda Nasoenteral; Nutrición Enteral; Entrenamiento Técnico.

Gercilene Cristiane Silveira

Enfermeira. Docente e Coordenadora da Graduação em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Jahu. SP/Brasil. Mestre em Ciências - Área de Pesquisa Clínica. <https://orcid.org/0000-0002-1642-6917>

Fernando Gomes Romeiro

Doutor em Fisiopatologia. Docente do Curso de Pós-Graduação do programa de Fisiopatologia em Clínica Médica da FMB/UNESP e do Mestrado Profissionalizante em Pesquisa Clínica da FMB/UNESP. SP/Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9394-6895>

Recebido em: 11/06/2020

Aprovado em: 12/06/2020

INTRODUÇÃO

Alimentação é um ato voluntário e consciente que depende da vontade do indivíduo na escolha dos alimentos para seu consumo. A alimentação está relacionada com práticas alimentares que envolvem decisões quanto à quantidade, os tipos de alimentos, a forma como são adquiridos, conservados e preparados e os horários, locais e companhias⁽¹⁾.

A nutrição é um ato involuntário, uma etapa sobre a qual o indivíduo não tem controle. Começa quando o alimento é levado à boca. A partir desse momento, o sistema

digestório entra em ação, ou seja, a boca, o estômago, o intestino e outros órgãos desse sistema começam a trabalhar em processos que vão desde a trituração dos alimentos até a absorção dos nutrientes⁽²⁾.

Com o envelhecimento e o adoecimento da população, grande quantidade de pacientes críticos desenvolve problemas de deglutição e precisa de auxílio nutricional (AN) por meio de sondas que transportam o alimento para o sistema digestório, sem precisar do processo de alimentação natural, por meio da oferta terapêutica de proteínas, energia, minerais, vitaminas e água adequados aos pacientes, mas mantendo

a nutrição do indivíduo, desde que sejam adotados os devidos cuidados, sendo utilizada com mais frequência nos hospitais^(3,4).

A sonda nasoentérica refere-se ao tipo de sonda feita de silicone ou poliuretano (ex: sonda de Dobbhoff), colocada pelo nariz, podendo ficar em posição gástrica ou transpilórica. Pode ser posicionada no estômago, duodeno ou jejuno, sendo a intestinal a mais utilizada para reduzir riscos de vômito e aspiração, em contenção física ou ventilação mecânica, coma e reflexo de deglutição deprimindo. As vias definitivas - esofagostomia, gastrostomia e jejunostomia -, são indicadas para alimentação em longo prazo, por período superior a seis semanas⁽⁵⁾.

A preocupação de alimentar os pacientes impedidos de comer normalmente existe desde a antiguidade. Para confecção das primeiras sondas nasoentéricas foram utilizados borracha e polietileno e, mais recentemente, o poliuretano e o silicone, de forma que com o passar dos anos foram fabricados tubos alimentares mais confortáveis para os pacientes.

Na década de setenta, Liffmann & Randall (1978) e Dobbie & Hoffmeister (1998) construíram sondas de finos calibres, dotadas de uma ogiva distal que possibilitava seu posicionamento além do piloro e permitia a administração de dieta de maneira mais confortável e segura, principalmente para pacientes idosos, acamados e com reflexos diminuídos. Essas sondas são conhecidas como Sondas de Dobbhoff, que hoje são fabricadas em poliuretano e silicone, materiais que não sofrem alteração física na presença de pH ácido, conservam sua flexibilidade e durabilidade e não irritam a mucosa digestiva. Por serem de fino calibre, permitem o fechamento parcial da cárdia e do piloro, diminuindo assim os riscos de eventos adversos, como: aspiração pulmonar, irritação nasofaríngea e refluxo gastroesofágico. Procedimentos adequados, cuidados no posicionamento correto da sonda e na administração da dieta são de vital importância para evitar complicações e fazer com que o paciente receba os benefícios da terapia⁽⁶⁾.

As indicações da nutrição enteral são classificadas conforme a posição das



A preocupação de alimentar os pacientes impedidos de comer normalmente existe desde a antiguidade. Para confecção das primeiras sondas nasoentéricas foram utilizados borracha e polietileno e, mais recentemente, o poliuretano e o silicone, de forma que com o passar dos anos foram fabricados tubos alimentares mais confortáveis para os pacientes.



sondas, sendo as sondas nasogástricas indicadas em pacientes com trato gastrointestinal funcional, impossibilidade de alimentação por via oral, necessidade de gotejamento contínuo devido à síndrome de má absorção, anorexia, e estado hipermetabólico. Já as sondas nasoentéricas devem ser utilizadas nos pacientes com alto risco de aspiração, retardo do esvaziamento gástrico, refluxo gastroesofágico grave, vômitos, ou comprometimento cirúrgico do esôfago ou estômago⁽⁷⁾.

Devem ser priorizadas as sondas com posicionamento gástrico, por permitirem introdução e manutenção mais fáceis, com maior tolerância à sobrecarga das dietas, melhor digestão e maior eficácia da barreira natural⁽⁷⁾. Quanto às contraindicações, cita-se como exemplo a ocorrência de obstrução intestinal completa, ou indicação de repouso absoluto do trato digestivo⁽⁶⁾. Autores⁽⁸⁾ dividem as contraindicações da terapia enteral em absolutas (falência completa do trato intestinal, fístula digestiva de alto débito (>500ml), colapso metabólico, instabilidade hemodinâmica, incapacidade completa de absorção, obstrução intestinal, íleo paraltico e obstrução gástrica) e relativas (pancreatite aguda de início recente, taxa de refluxo elevada, vômito incontrolável, diarreia persistente). As autoras apresentam também como contraindicações: agitação psicomotora, coagulopatia grave, trauma facial com fraturas, recusa do paciente, obstrução nasal e/ou esofágica.

Apesar das vantagens e benefícios, a nutrição enteral não é isenta de complicações, sendo necessário que os profissionais de saúde as reconheçam prontamente. As mais comuns são: diarreia, náusea, vômito, flatulência, plenitude gástrica, cólicas, síndrome de dumping, aumento do resíduo gástrico, pneumonia aspirativa, mau posicionamento da sonda, obstrução da sonda, irritação nasofaríngea, hiperglicemia, desidratação, uremia, constipação, lesão nasal, sinusopatia e desequilíbrio hidroeletrólítico^(7,9,10).

Para evitar eventos adversos advindos do mau posicionamento da sonda, há diferentes testes usados para se confirmar a locação da sonda enteral no estômago,

que podem ser realizados de maneira convencional ou usando-se equipamentos. O teste de ausculta em região do apêndice xifoide é amplamente utilizado pelos profissionais. O posicionamento da ponta da sonda no estômago deve ser feito de acordo com a distância xifoide-nariz-orelha, enquanto o posicionamento duodenal requer mais 20 cm de sonda introduzida⁽¹¹⁾.

Durante a introdução da sonda, geralmente utiliza-se anestésico em forma de gel para facilitar a introdução, com o objetivo de facilitar seu deslizamento pela narina. O anestésico é passado ao redor da sonda no momento da introdução e não previamente na narina, sendo assim, insuficiente o tempo de contato para que haja anestesia local, podendo haver desconforto. Para diminuir esse desconforto do paciente e o risco de trauma na inserção de sondas, alternativas têm sido propostas. A inalação de lidocaína por meio de nebulização, spray e respiração intermitente com pressão positiva através de nebulização pela boca demonstra redução significativa da dor associada a introdução de sonda nasogástrica^(12,13).

O ideal é que o fio guia seja deixado somente até a realização do raio X, sendo que logo a seguir deve ser feita a lubrificação da sonda com 2 a 5 ml de água para que o guia possa ser retirado. A partir da confirmação radiológica do posicionamento e da subsequente retirada do fio guia, a sonda já pode ser utilizada, desde que por período bem definido⁽¹¹⁾.

Após quatro semanas de uso de sonda nasoenteral, já estaria indicada gastrostomia. A equipe responsável pelo paciente deve conhecer esse limite de tempo, visto que o uso prolongado da sonda pode gerar problemas como refluxo gastroesofágico, lesões nasais, infecções de vias aéreas etc⁽¹⁴⁾.

O Ministério da Saúde, através da Portaria n.º 337 (Resolução n.º 63 de 2000), oficializou a função de cada membro da equipe multidisciplinar responsável pela terapia nutricional de pacientes. Essa portaria foi posteriormente complementada pela Resolução n.º 277 em 2003. A equipe multidisciplinar deve ser constituída, obrigatoriamente, de pelo menos um pro-

fissional médico, farmacêutico, enfermeiro e nutricionista, habilitados e com treinamento específico. Sugere-se: ao Médico, a indicação e a prescrição médica da Terapia Nutricional Enteral e Parenteral, bem como acompanhar os pacientes a ela submetidos; ao Nutricionista, a avaliação do estado nutricional dos pacientes, das necessidades nutricionais, tanto para a nutrição enteral (NE) quanto para a nutrição parenteral (NP) e pela prescrição dietética da Terapia Nutricional Enteral (TNE); ao Farmacêutico, a competência em adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, a NE industrializada, quando estas atribuições, por razões técnicas e ou operacionais, não forem da responsabilidade do nutricionista, bem como participar do sistema de garantia da qualidade; ao Enfermeiro, a prescrição, a administração e a atenção dos cuidados de enfermagem na TNE e administração da NP, observadas as recomendações das boas práticas da nutrição enteral e parenteral⁽¹⁵⁾.

O enfermeiro assume importante papel dentro da equipe de saúde e multiprofissional de nutrição enteral, pois, ao desenvolver atividades relacionadas à administração da dieta e monitoramento do paciente, deve ter em seu domínio os aspectos relacionados a esta terapia, que constituem requisitos da área de qualidade das Diretrizes de Terapia Nutricional. Levando em consideração as atribuições do profissional de enfermagem em TNE, os principais cuidados de enfermagem consistem em: avaliar resíduo gástrico, monitorar a velocidade/ tempo de infusão, posicionamento do paciente para alimentação, conservação da dieta no posto, higiene oral e nasal, devolução de resíduo, quando indicado, observar as condições que indicam a suspensão da dieta e registro da dieta, dentre outros^(8,10,16).

Neste contexto, a proposta deste estudo foi questionar os enfermeiros sobre as dificuldades encontradas para a passagem e posicionamento de sondas nasoenterais na instituição hospitalar, bem como sobre os eventos adversos relacionados ao procedimento de introdução dessas sondas.

Objetivou-se escrever por meio de questionário as dificuldades encontradas

para a passagem e posicionamento de sondas nasoenterais na instituição hospitalar, bem como os eventos adversos relacionados ao procedimento de introdução dessas sondas. A partir desse conhecimento sobre problemas enfrentados, o trabalho teve ainda o objetivo de desenvolver manual padronizado sobre a introdução e o posicionamento da sonda enteral.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal em que o método utilizado foi a aplicação de um questionário preenchido por enfermeiros na instituição hospitalar Irmandade de Misericórdia do Jahu, Jaú/SP. Foram utilizados testes de múltipla escolha com questões referentes ao papel do enfermeiro durante o processo de introdução e posicionamento da sonda enteral, buscando o entendimento sobre as possíveis dificuldades desse profissional. Foram também levantados dados a respeito dos eventos adversos causados pelos procedimentos.

O estudo teve, portanto, abordagem quantitativa, detalhando informações e descrevendo os resultados na forma de percentuais de respostas a cada questão. Sendo desenvolvido no período de 24 de novembro de 2016 a 24 de novembro de 2017, no Hospital Irmandade de Misericórdia do Jahu.

Foram incluídos no estudo 100 enfermeiros que no período do estudo faziam parte do total de 125 enfermeiros do hospital, entrevistados após a documentação de sua concordância pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Foram elaboradas questões específicas para a coleta de dados com questionário estruturado especialmente para este estudo.

Os dados quantitativos foram analisados descritivamente e apresentados em números absolutos ou frequência/porcentagem em quadros identificados com base no conteúdo das respostas.

Quadro 1 – Distribuição referente ao perfil demográfico dos enfermeiros entrevistados na Instituição Hospitalar Irmandade de Misericórdia de Jahu. Jahu, SP, Brasil, 2016-2017

Sexo	Percentual
Masculino	13,0
Feminino	87,0
Idade	
23 a 29	27,0
30 a 39	51,0
40 a 48	20,0
50 a 58	2,0
Tempo de Exercício da Profissão	
< 1 ano	3,0
1 a 9 anos	53,0
10 a 19 anos	26,0
20 a 25 anos	13,0
Não respondeu	5,0

Quadro 2 – Distribuição de acordo com o local de trabalho dos enfermeiros entrevistados na Instituição Hospitalar Irmandade de Misericórdia de Jahu. Jahu, SP, Brasil, 2016-2017

Sector de Trabalho	Percentual
Auditoria (administração)	2,0
1º Andar Clínico	1,0
2º Andar Cirúrgico	4,0
3º Andar Clínico	5,0
4º Andar Clínico	2,0
4º Andar Convênio	5,0
Central de materiais esterilizados	2,0
Comissão de infecção hospitalar	1,0
Centro Cirúrgico	6,0
Centro Obstétrico	1,0
Contas Médicas	1,0
Departamento de Enfermagem	3,0
Educação permanente	1,0
Enfermeiro folguista	2,0
Ambulatório de gestação de alto risco	1,0
Gerência de riscos	3,0
Hemodiálise	4,0
Internação	1,0
Maternidade	10,0
Pediatria infantil	5,0
Pronto socorro	18,0

RESULTADOS

Para a análise das técnicas e dificuldades encontradas atualmente dentro da instituição hospitalar, considerando habilidade, treinamento do enfermeiro e eventos adversos causados pelo posicionamento da sonda enteral e infusão de dieta através dela, foi primeiramente necessário conhecer o perfil profissional dos entrevistados, cujas características demográficas e de trabalho estão descritas nos Quadros 1 e 2.

Houve predomínio do sexo feminino e da faixa etária entre 30 e 39 anos, com tempo de um a nove anos de exercício profissional, sugerindo que a amostra foi composta por profissionais jovens, mas com experiência suficiente para o estudo.

A maior parte dos entrevistados trabalhava no Pronto Socorro e na Unidade de Terapia Intensiva adulto, setores críticos onde emergências, urgências, cuidados intensivos e procedimentos de risco são relativamente comuns.

A seguir, são apresentadas as questões relacionadas ao posicionamento da sonda enteral e a infusão de dieta através dela.

Os dados mostram que a maioria dos participantes realiza a passagem da sonda nasoenteral com auxílio do técnico de enfermagem, sugerindo boa integração entre a equipe para realização do procedimento. A maioria das respostas foi que quem organiza o material é o enfermeiro. Poucos enfermeiros utilizam a lidocaína como lubrificante introduzido na narina, sendo mais comum a passagem do produto somente na sonda. Os resultados mostram que a recusa do procedimento não é rara no hospital. Os resultados evidenciam que alguns profissionais não aguardam o raio X de abdome para liberação da dieta.

As principais doenças mencionadas foram neurológicas, mas com percentual significativo de agravos do esôfago e cavidade oral e de desnutrição.

Grande parte dos entrevistados respondeu que nem sempre a marcação do fabricante e a realizada no momento da introdução da sonda se sobrepõem.

A maioria dos enfermeiros referiu que

Pronto socorro infantil	4,0
Regulação interna	1,0
Unidade de terapia intensiva adulto	13,0
Unidade de terapia intensiva infantil	4,0

Quadro 3 – Principais doenças dos pacientes em uso de sonda enteral. Jáú, SP, Brasil, 2016-2017

Variáveis	Percentual
Acidente Vascular Cerebral	34
Doenças neurológicas degenerativas (Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Esclerose múltipla, Alzheimer, Parkinson e outras)	18
Doenças do esôfago e cavidade oral (principalmente neoplasias)	10
Desnutrição	8
Demência	7
Dificuldade para deglutição	4
Pneumonia	5
Politrauma	2
Afasia	2
Astenia	1
Disfagia	1
Não responderam	8

Quadro 4 - Uso da marcação do fabricante ou de medidas feitas no momento da passagem da sonda para saber o quanto ela deve ser introduzida. Jáú, SP, Brasil, 2016-2017

Variáveis	Percentual
Sempre as duas marcações se encontram	18
Nem sempre as duas marcações se encontram	65
Nunca as duas marcações se encontram	3
Utiliza apenas a marcação do fabricante	9
Não responderam	5

Quadro 5: Respostas referentes a relatos de dor pelo paciente durante a passagem da sonda nasoenteral. Jáú, SP, Brasil, 2016-2017

Variáveis	Percentual
Sempre há relato de dor	1
Às vezes há relato de dor	68
Nunca há relato de dor	30
Não respondeu	1
Não responderam	5

por vezes os pacientes sentem dor. Quatorze por cento da amostra não retirava o guia após passagem da sonda. Os relatos de 84% dos enfermeiros foram de que por

vezes a sonda fica enrolada na boca do paciente durante sua passagem. Chama a atenção o fato de 11% dos enfermeiros terem respondido que nem sempre rea-

lizam o teste. Mais de 90% dos entrevistados disseram que se o paciente retira a sonda ela é repassada logo que possível. A preocupação da equipe com seus pacientes foi demonstrada pelo fato de grande parte dos enfermeiros sugerirem o uso de sonda enteral em algumas situações, evitando o atraso do procedimento. Verificou-se que a maioria dos entrevistados já presenciaram a necessidade de realização do procedimento por endoscopia. Quase metade dos enfermeiros relataram que a indicação da gastrostomia após uso de SNE depende de condições do paciente e da conduta médica.

DISCUSSÃO

A padronização de procedimentos e o conhecimento baseado em evidências promovem o avanço do trabalho efetivado pela enfermagem no reconhecimento das necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente, na programação e execução das intervenções, na avaliação dos resultados terapêuticos, na redução dos erros e agravos, e, por fim, no registro dos cuidados efetuados⁽¹⁷⁾.

Os resultados obtidos neste trabalho mostram que mais de 30% dos profissionais tiveram complicações durante a passagem da sonda, mostrando que essas complicações fazem parte da rotina do profissional durante o procedimento. É fundamental ter conhecimento das técnicas de introdução das sondas e dos métodos para a administração das dietas, conhecendo os riscos e complicações possíveis⁽¹⁸⁾.

A enfermagem tem papel fundamental na passagem da sonda nasoenteral, sendo a equipe responsável pela manutenção desta via, pela administração da dieta e pela resposta frente às intercorrências e complicações. A passagem da sonda nasoenteral pode ser delegada ao técnico de enfermagem após a colocação da sonda ter sido verificada pelo enfermeiro⁽¹⁹⁾.

Os resultados mostram que a maioria dos pacientes que precisavam do procedimento não recusaram a passagem da sonda nasoenteral, porém 35% informaram

que passaram por situações de recusa do procedimento. Esses dados são relevantes para confirmar que a passagem da sonda é bem aceita pela maior parte dos pacientes, refletindo sua confiança no enfermeiro que o assiste. Ao mesmo tempo, nota-se que a passagem da sonda não é plenamente aceita e que existem pessoas que se recusam a receber dieta e medicações por essa via. Trabalhos futuros podem explorar melhor esse achado, buscando saber se as recusas ocorrem pelo desconforto, por medo de sentir dor ou dificuldade para respirar, ou mesmo por receio de perder autonomia e o controle da ingestão alimentar. Em estudo, entrevistando pacientes em uso de sondas, as autoras mostraram que os pacientes, antes de receberem esses dispositivos, tinham medo de perder a via oral como via de alimentação e ideias de risco de morte relacionados ao uso deles⁽²⁰⁾.

Estudo⁽²¹⁾ relata que a Association of Critical – Care Nurse (ACCN) recomenda a realização da radiografia e a leitura do filme por um radiologista para confirmação da locação da sonda enteral. A maioria dos casos de broncoaspiração se deve à colocação da sonda enteral no brônquio principal direito, especialmente em pacientes sedados e idosos com comprometimento cognitivo e reflexos diminuídos⁽²²⁾. Um caso de hidropneumotórax direito secundário à introdução da alimentação enteral intrapulmonar foi relatado por estudo⁽²³⁾, deixando claro que isso poderia ter sido evitado por uma radiografia simples⁽²⁴⁾.

Também preocupante é o fato de 1% da amostra informar que nunca espera por esse exame. A explicação foi que o médico encaminha o paciente para outro setor após a passagem da sonda, havendo setores onde a checagem radiológica não é adotada por decisão médica. Ainda assim essa conduta é preocupante, afinal o procedimento deve ser checado no próprio setor onde é realizado, sem encaminhar o paciente a outro setor com pendências ou risco da sonda estar na via aérea, podendo trazer consequências graves aos pacientes⁽²¹⁾.

Casos de lesões esofágicas e orais, como neoplasias, podem ter contribuído

para o maior número de epistaxes referido pelos entrevistados nas questões sobre complicações durante o procedimento. Em estudo realizado em terapia intensiva, os autores encontraram como complicações mais comuns o aumento de resíduo gástrico e a diarreia⁽²⁵⁾.

Quase 70% dos enfermeiros referiram que às vezes os pacientes sentem dor. Essa questão pode variar de acordo com a equipe entrevistada, visto que em unidades de terapia intensiva a maior parte dos pacientes está sob sedação e não poderia referir dor. Mesmo assim, grande parte dos entrevistados notou que os pacientes tiveram dor, mostrando que esse dado chamou a atenção da equipe e que essa é uma preocupação dos enfermeiros da instituição. Talvez alguma mudança da técnica ou melhoria das explicações ao paciente pudesse reduzir essa complicação, como a introdução nasal de lidocaína, comentada anteriormente.

Assim como na amostra avaliada, um estudo prévio feito a partir de entrevistas com pacientes em uso de sonda nasoenteral também mostrou grande número de recusas, mas que foram referidas por pessoas que usaram sonda no hospital e não queriam usá-la em casa⁽²⁰⁾.

A maior parte dos enfermeiros respondeu que retira o fio guia após a passagem da sonda. Esse dado é relevante, pois se o fio guia for deixado por muito tempo pode aderir à sonda e isso pode dificultar sua retirada no momento em que a sonda precisar ser utilizada.

Os relatos de 82% dos enfermeiros de que às vezes a sonda fica enrolada na boca do paciente durante sua passagem devem alertar a instituição para melhorar as condições dos enfermeiros para a realização do procedimento, tanto por programas de treinamento como por reavaliações das técnicas e materiais utilizados. Adicionalmente, pode ser também utilizado o manual padronizado produzido por este estudo.

Outra questão com respostas preocupantes foi sobre a realização do teste de ausculta do ar injetado pela seringa após a passagem da sonda. É preocupante o fato de 9% dos enfermeiros responderem que

às vezes realizam o teste e que 2% nunca o realizam. A falta do teste imediato poderia deixar o paciente com a sonda em via aérea por mais tempo, até a realização do raio X de controle. Se no momento da introdução da dieta o raio X também não for realizado, como respondido por alguns entrevistados, essa combinação da falta de testes checados pode causar infusão de dieta em via aérea, com consequências catastróficas. Isso deve ser visto como alerta à instituição para evitar problemas futuros, pois a checagem deve ser feita no mesmo setor onde a sonda foi passada^(21,26).

Mais de 90% dos entrevistados disseram que se o paciente retira a sonda, ela é repassada logo que possível, e só 4% deles aguardam algumas horas para repassá-la, sugerindo que a equipe procura evitar que o paciente fique sem a sonda por muito tempo, o que o deixaria sem alimentação e sem alguns medicamentos. Por outro lado, a repetição de procedimentos aumenta complicações como epistaxe e vômitos, referidos por grande parte da amostra. A preocupação da equipe com os pacientes é novamente indicada pelo fato de 84% dos enfermeiros sugerirem o uso de sonda enteral em algumas situações.

Outro ponto relevante é que 60% dos enfermeiros investigados relataram que já presenciaram a necessidade de realização do procedimento por endoscopia, mostrando que a instituição tem casos em que a passagem da sonda é difícil e precisa de protocolo próprio para manter a integração da equipe com o setor de endoscopia, evitando que os pacientes fiquem muito tempo sem receber dieta e medicamentos por problemas na passagem da sonda.

A maioria dos enfermeiros relatou que a indicação de gastrostomia depende da conduta médica. Essa questão deve ser discutida entre todos os profissionais de assistência à saúde, mas poderia ser melhor abordada na instituição, já que os profissionais envolvidos podem auxiliar outros membros da equipe a lembrarem-se de indicar o procedimento. Toda equipe deve receber essa informação e evitar o uso prolongado da sonda, que traz vários problemas para o paciente.

A enfermagem enfrenta desafios constantes e seus cuidados devem fazer parte da rotina de assistência ao usuário de sonda nasoenteral, porém a cada dia surgem novas tecnologias e instrumentos, tornando as ações da equipe mais complexas e exigindo do enfermeiro capacidade de responder satisfatoriamente a diversas competências. As estratégias de promoção do cuidado ao usuário de terapia de nutrição enteral no contexto hospitalar buscam ensinar e divulgar os cuidados necessários a essa terapia, preparando a equipe para minimizar os riscos de complicações e iatrogenias⁽¹⁸⁾.

Neste trabalho foi possível notar certa resistência na exposição de dúvidas, mesmo por meio do questionário, o que pode colocar o enfermeiro em situação de isolamento, possivelmente atrapalhando o desenvolvimento de seu trabalho de forma efetiva e integrada a toda equipe

envolvida na nutrição enteral. Espera-se que o trabalho tenha favorecido a busca pelo esclarecimento de todas as dúvidas a respeito do tema abordado.

De forma geral as respostas foram bastante úteis para mostrar pontos fortes da equipe entrevistada, como a preocupação em não deixar o paciente sem cuidados. Os resultados também sugeriram que o grau de complexidade da população assistida tem sido alto, aumentando o número de complicações, dificuldades e necessidade de procedimentos adicionais, como a passagem de sonda por endoscopia. Os pontos de dúvidas a respeito de certos detalhes serviram para nortear futuras intervenções que podem melhorar o desempenho de toda equipe na instituição, através da elaboração do Manual Operacional sobre a Passagem de Sonda Enteral para o Hospital Irmandade de Misericórdia do Jahu.

CONCLUSÃO

Tendo em vista os aspectos observados no questionário aplicado, conclui-se que a equipe de enfermagem apresenta envolvimento na terapia de nutrição enteral, participando ativamente do procedimento de passagem, fixação e manutenção da sonda enteral e também da infusão de dieta através dela. Alguns pontos de risco foram identificados, como o relato de alguns profissionais sobre a não realização da checagem adequada do posicionamento da sonda após sua introdução.

De acordo com os resultados, elaborou-se um manual de padronização sobre a técnica de posicionamento da sonda enteral, com o objetivo de contribuir com a educação continuada e o alinhamento técnico da equipe do hospital. 🌱

Referências

1. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica (BR). Mo. 692 Módulo 10: alimentação e nutrição no Brasil. Brasília: Universidade de Brasília, 2007. 93 p.
2. Brasil. Declaração Final da III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: CONSEA, 2007.
3. Côrtes JFF, et al. Terapia nutricional no paciente criticamente enfermo. Medicina (Ribeirão Preto). 2003; 36:394-398.
4. Araújo FF, Silva CC, Fortes RC. Terapia nutricional enteral em pacientes oncológicos: revisão da literatura. Com. Ciênc. Saúde. 2008; 19(1):61-70.
5. Maduro IPNN. Manual prático de terapia nutricional enteral. Manaus: Cooperclim, [S.l.]. (Protocolos clínicos da cooperclim – AM).
6. Unamuno MRDL, Marchini JS. Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. Medicina (Ribeirão Preto). 2002; 35:95-101.
7. Waitzberg DL, et al. Postsurgical infections are reduced with specialized nutrition support. World J. Surg. 2006; 30(8):1592-1604.
8. Rodrigues RC, Brito S. Manual de terapia nutricional. Unicamp.
9. Dreyer E, Brito S. Terapia nutricional: cuidados de enfermagem, procedimentos padronizados para pacientes adultos. Campinas: UNICAMP, 2003.
10. Bares BG, Smeltzer SC. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 10. ed. v. 2 Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
11. Oria E, Petrina E, Zugasti A. Problemas agudos de lanutriciônel paciente oncológico. An. Sis San Navarra. 2004; 27(suppl. 3):77-86.
12. Ferreira AM. Sonda nasogástrica e nasoentérica: como diminuir o desconforto na instalação? Rev. Esc. Enferm. USP. 2005; 39(3):1-2.
13. Cullen L, et al. Nebulized lidocaine decreases the discomfort of nasogastric tube insertion: a randomized, double-blind trial. Ann. Emerg. Med. 2004; 44(2):131-137.
14. Fávoro GM, et al. Endoscopicgastrostomy: criticalanalysis in a regional referral hospital. Rev. Gastroenterol. 2017; 37(1):33-38.
15. Ministério da Saúde (BR). RCD n.º 63, de 06 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos exigidos para a Terapia Nutricional Enteral. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 6 jul. 2000.
16. Campos ACF, Ferraz LF. Terapia nutricional enteral em um hospital público: a dieta prescrita está sendo infundida? Nutr. Pauta. 2010 nov./dez.
17. Ramalho Neto JM, Fontes WD, Nóbrega MML. Instrumento de coleta de dados de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. Rev. Bras. Enferm. 2013; 66(4):535-542.
18. Oliveira VC. Prática Clínica de enfermagem em terapia de nutrição enteral em hospitais de referência do estado do Ceará. 2012. 112 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico - Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.
19. Pother PA. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p.1568.
20. Barbosa JAG, Freitas MIF. Representações sociais sobre a alimentação por sonda obtidas de pacientes adultos hospitalizados. Rev. Lat. Am. Enferm. 2005; 13(2):235-242.
21. Cereda E, et al. A malfunctioning nasogastric feeding tube. Nutr. Hosp. 2013; 28(1):229-231.
22. Auger D, et al. Cardiac masses: an integrative approach using echocardiography and other imaging modalities. Heart. 2011; 97:1101-1109.
23. López RG, et al. Hidroneumotórax derecho por nutrición enteral. Sonda nasogástrica em via aérea. Cartas Científicas. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2012; 47(2):87-88.
24. Tho PC, et al. Implementation of the evidence review on best practice for confirming the correct placement of nasogastric tube in patients in an acute care hospital. Int. J. Evid. Based Healthc. 2011; 9:51-60.
25. Agudelo GM, et al. Incidência de complicações delsoporte nutricional em pacientes críticos: estudio multicêntrico. Nutr. Hosp. 2011; 26(3):537-545.
26. Law RL, et al. Avoiding never events: improving nasogastric intubation practice and standards. Clin. Radiol. 2013; 68(3):239-244.
27. Franco TB, Gavalote HS. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. Semiótica, afecção e cuidado em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.