

## **Incidência de extubação gástrica dos usuários em um programa de assistência domiciliar de um hospital universitário<sup>1</sup>**

Larissa Kozloff Naves<sup>2</sup>

Daisy Maria Rizatto Tronchin<sup>3</sup>

Trata-se de estudo quantitativo, prospectivo, que objetivou caracterizar o perfil de usuários e cuidadores e mensurar a incidência de extubação gástrica, identificando o tipo e os motivos das extubações desses usuários, em um Programa de Assistência Domiciliar de um hospital universitário. A população foi composta por 37 sujeitos e os dados foram coletados de abril a agosto de 2010. Para a análise, adotou-se estatística descritiva, teste de significância de 5% e cálculo de indicadores. Constatou-se que 51,4% dos usuários pertenciam ao sexo feminino, 67,5% na faixa etária  $\geq 60$  anos e 67,6% apresentavam doenças neurológicas. Quanto aos cuidadores, 89,2% eram do sexo feminino e média de idade de 50,6 anos. A incidência de extubação, considerando-se 100 dias de entubação, correspondeu a 1,08; sendo 0,26 planejadas e 0,82 não planejadas ( $p=0,009$ ). Os achados permitiram calcular as taxas de extubações dos portadores de entubação gástrica, para aporte nutricional em assistência domiciliar, fornecendo subsídios no estabelecimento de metas assistenciais e gerenciais para a melhoria contínua da qualidade.

Descritores: Intubação Gastrointestinal; Avaliação de Serviços de Saúde; Assistência Domiciliar; Enfermagem.

<sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação de mestrado "Avaliação da intubação gástrica dos usuários em programa de atendimento domiciliar em um hospital universitário" apresentada a Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira Mestre, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, Brasil.

<sup>3</sup> Livre Docente, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

---

Endereço para correspondência:

Larissa Kozloff Naves  
Av. Mascote, 679, Apto. 64  
Vila Mascote  
CEP: 04363-000, São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: larinaves@usp.br

## **Incidence of gastric extubation of users in a home care program of a university hospital**

This quantitative, prospective study, aimed to characterize the profile of users and caregivers and to measure the incidence of gastric extubation, identifying the type and the reasons for the extubation of these users in a Home Care Program of a university hospital. The population consisted of 37 subjects and the data were collected from April to August 2010. For the analysis, descriptive statistics, test of significance of 5% and calculation of indicators were adopted. It was found that 51.4% of the users were female, 67.5% in the age group  $\geq 60$  years and 67.6% presented neurological diseases. Regarding the caregivers 89.2% were female and their mean age was 50.6 years. The incidence of extubation, considering 100 days of intubation, corresponded to 1.08, with 0.26 planned and 0.82 unplanned ( $p=0.009$ ). These results allowed the rates to be calculated of the extubation of patients with gastric intubation for nutritional support in domicile care, providing support in establishing care and management goals for the continuous improvement of quality.

Descriptors: Gastrointestinal Intubation; Health Services Evaluation; Home Nursing; Nursing.

## **La incidencia de la extubación gástrica de los usuarios en el programa de atención domiciliaria en un hospital universitario**

Estudio cuantitativo, prospectivo cuyo objetivo de caracterizar el perfil de los usuarios y cuidadores y para medir la incidencia de extubación gástrica, la identificación del tipo y las causas de la extubación de estos usuarios en un Programa de Atención Domiciliaria en un hospital universitario. La muestra constó de 37 sujetos y los datos fueron colectados entre abril y agosto de 2010, según formularios. Para análisis, se adoptó estadística descriptiva, prueba de significancia 5% y cálculo de indicadores. Se observó que 51,4% de los usuarios eran mujeres, 67,5% edad  $\geq 60$  años y 67,6% tenían enfermedades neurológicas. Los cuidadores 89,2% eran mujeres, edad media de 50,6 años. Incidencia de extubación, considerando 100 días de intubación, correspondió a 1.08, 0.26 con planificadas y 0.82 no planificadas ( $p=0,009$ ). Estos resultados permitieron calcular las tasas de extubaciones de los pacientes con intubación gástrica para el aporte nutricional en la atención domiciliaria, forneciendo subsidios para el establecimiento de las metas asistenciales y de gestión para la mejora continua de la calidad.

Descriptores: Intubación Gastrointestinal; Evaluación de Servicios de Salud; Atención Domiciliaria de Salud; Enfermería.

## **Introdução**

As demandas dos serviços de saúde e dos usuários na redução do tempo de internação, do número de rehospitalizações, dos custos, a busca pela humanização do atendimento e melhora na qualidade de vida do paciente propiciou o estabelecimento de nova modalidade de atenção à saúde: a domiciliar.

Essa modalidade de atenção é conceituada como a provisão de cuidado à saúde, proporcionado às pessoas no seu domicílio, englobando ações de promoção e prevenção, terapêutica, reabilitação, cuidados de longa duração e paliativos<sup>(1)</sup>.

Nessa direção, a assistência domiciliar (AD) é um sistema de atendimento de provisão de serviço de saúde aos indivíduos, independentemente da faixa etária, objetivando

substituir a hospitalização repentina por necessidade aguda de cuidado, ou prevenir a necessidade de internação institucional, mantendo os indivíduo sem seu domicílio e comunidade e favorecendo o convívio familiar<sup>(2-5)</sup>.

Sob o ponto de vista da equipe de profissionais, a AD envolve a presença de enfermeiro, médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, auxiliares e técnicos de enfermagem e outros trabalhadores de saúde.

No que diz respeito à assistência de enfermagem, o enfermeiro desempenha o papel de coordenador da equipe de enfermagem, realiza o planejamento, a supervisão, a execução ou orientação dos cuidados, de acordo com a complexidade clínica e necessidades de cada indivíduo. Ainda, em relação ao papel do enfermeiro no *home care*

(termo na língua inglesa que define o cuidado no lar), esse é pautado na consulta de enfermagem, que envolve a avaliação do estado clínico e psicossocial do paciente, inserido em sua realidade domiciliária, da qual emerge o planejamento da assistência<sup>(6)</sup>.

Para esse tipo de cuidado, faz-se necessária a presença do cuidador, a quem é atribuída a função de cuidar de outro ser humano com certo grau de dependência física ou mental, necessitado de auxílio para desempenhar as atividades do cotidiano<sup>(7)</sup>.

Desse modo, pode-se encontrar o cuidador informal, geralmente representado por um membro da família, que assume atividade não remunerada, responsabilizando-se pelo paciente, ou pelo cuidador formal, o qual desempenha suas atividades mediante remuneração.

As possibilidades terapêuticas no âmbito domiciliar são inúmeras e, dentre elas, encontra-se a entubação gástrica para nutrição enteral e a administração de medicamentos, por meio de gastrostomia ou sonda nasogástrica.

A entubação gástrica, no domicílio, é prática assistencial que envolve a instalação, manutenção e estabilidade da sonda, a administração da dieta e de medicamentos e a capacitação dos cuidadores ou do próprio usuário para o sucesso da terapêutica.

Dados epidemiológicos demonstram que a incidência de nutrição enteral domiciliar (NED) na Espanha é de 40 pacientes por milhão de habitantes/ano<sup>(8)</sup>. Dados de prevalência da NED, nos Estados Unidos, revelam valores de 460 pacientes por milhão de habitantes e, na Grã Bretanha, de 280 casos por milhão de habitantes<sup>(9-10)</sup>.

A NED é um tratamento econômico e seguro, pois elimina os gastos com internação, evita a contaminação hospitalar e viabiliza o convívio dos usuários/pacientes com seus familiares. Além disso, é fundamental para prevenir e tratar as deficiências de macro nutrientes e melhorar a recuperação do indivíduo, fornecendo a quantidade de nutrientes compatíveis com o metabolismo existente<sup>(11)</sup>.

O suporte nutricional no domicílio, atualmente, tem propiciado o tratamento com êxito de indivíduos com enfermidades que, de outra maneira, necessitariam de internações hospitalares prolongadas ou repetidas, para a correção das alterações nutricionais.

Outro aspecto envolvendo a NED diz respeito à capacitação dos cuidadores para executarem os cuidados inerentes à terapêutica, cabendo ao enfermeiro desenvolver programas de educação em saúde e ações destinadas ao processo de cuidar.

Desse modo, os processos avaliativos e educativos na assistência domiciliar são indispensáveis para aferir a qualidade, devendo existir parâmetros capazes de atender esse quesito.

A qualidade da assistência não se constitui em um atributo abstrato e sim, é construída pela avaliação assistencial, abrangendo a análise dos componentes de estrutura, de processo e de resultado<sup>(12)</sup>. Nessa concepção, o componente de estrutura refere-se aos recursos disponíveis, incluindo o orçamento financeiro, os recursos humanos, os físicos, materiais, a implementação de protocolos assistenciais e da estrutura organizacional. O processo corresponde ao conjunto de atividades na produção, e no setor saúde, nas relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários, incluindo a busca pelo diagnóstico e a terapêutica. O componente resultado consiste na obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência à saúde do usuário e da população, o custo mensurado e se esses são compatíveis com a sustentabilidade da organização<sup>(13)</sup>.

Nesse cenário, um dos instrumentos destinados a monitorar a qualidade de um serviço é o emprego de indicadores, visando a eficiência, a eficácia e a confiabilidade dos processos de trabalho, constituindo-se, dessa maneira, em prática profícua para a avaliação em saúde.

Os indicadores são conceituados como medida quantitativa, que pode ser empregada para monitorar e avaliar os cuidados providos ao usuário ou às atividades de um serviço<sup>(14)</sup>.

A elaboração de indicadores de avaliação da assistênciadomiciliar, com o objetivo de monitorar a qualidade de atenção à saúde dos usuários, sob essa modalidade de atendimento, torna-se umdesafioparatodos os envolvidos nesse crescentemodelo de assistência.

A complexidade do cuidado aos pacientes com entubação gástrica para NED provoca reflexão sobre problemas potenciais e complicações que podem estar relacionados ao perfil do paciente, ao diagnóstico clínico e possível extubação gástrica. Além disso, o perfil do cuidador pode interferir positivamente ou não na assistência a esses pacientes.

No entanto, apesar da identificação dos problemas e das complicações advindas da entubação gástrica para NED, são escassos os estudos que explicitam a realidade, possibilitando conhecer os motivosque concorrem para a substituiçãoouretirada da sonda, os tipos de extubação e as circunstâncias envolvidas nessas situações.

Diante do exposto, este estudo tevecomo objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico de usuários e cuidadores, e o diagnóstico clínico dos usuários submetidos à entubação gástrica para nutrição enteral, em um Programa de Assistência Domiciliar (PAD), classificar o tipo de extubação gástrica desses usuários, determinando a incidência de extubação gástrica planejada e não planejada, e identificar os motivos envolvidos nas extubações gástricas.

## Método

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa, com coleta prospectiva de dados. O local de estudo foi um programa de assistência domiciliar de um hospital universitário, do município de São Paulo.

A população-alvo desta investigação foi constituída por usuários submetidos à entubação gástrica para NED. Definiram-se como critérios de exclusão os usuários que evoluíssem para óbito nas primeiras 24 horas ou aqueles que tivessem a via de alimentação alterada. Desse modo, 37 usuários foram envolvidos na pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada de 15 de abril a 15 de agosto de 2010, empregando-se dois formulários. O primeiro era composto por duas partes: a parte I continha dados sociodemográficos e clínicos dos usuários e as informações técnicas do procedimento, registrando-se as variáveis: sexo, idade, os três primeiros diagnósticos, sendo considerado o de admissão como principal e o segundo e terceiro como secundários, cuidador (sexo, idade, familiar ou não, grau de parentesco e escolaridade), data de inserção da sonda sob avaliação, via de inserção, tipo de dieta, término do tratamento (data e motivo) e medicamentos administrados via sonda de maneira contínua. A parte II do formulário continha um quadro com colunas para o registro dos motivos de retirada ou substituição da sonda gástrica. O segundo formulário destinou-se a mensurar o total de paciente/dia portador de entubação gástrica.

Para selecionar os sujeitos passíveis de inclusão na pesquisa, foi consultado o cadastro eletrônico dos usuários, indicando os portadores de entubação gástrica para nutrição enteral. A seguir, houve o levantamento dos prontuários e os dados da primeira parte do formulário foram preenchidos pela pesquisadora, tendo por base os impressos: Histórico de Paciente e Evolução de Enfermagem, contidos no prontuário do usuário. Os dados da segunda parte foram registrados pela pesquisadora ou pelas enfermeiras do PAD, após a ocorrência do evento. Também, recorreu-se às anotações e evoluções de enfermagem, especialmente para confirmar as circunstâncias envolvidas por ocasião das extubações.

O segundo formulário foi preenchido pela pesquisadora, realizando-se a somatória do total de paciente/dia entubado no final de cada mês.

Para a análise das variáveis qualitativas, foram utilizadas as frequências relativa e absoluta das classes de cada variável. Para as variáveis quantitativas, empregaram-se médias e medianas, desvios-padrão, amplitude mínima e máxima, para indicar a variabilidade dos dados. Para comparar as médias das variáveis quantitativas, empregou-se o teste de qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%, os valores de  $p < 0,05$ .

As extubações foram classificadas em planejadas, caracterizadas pelo término da terapêutica, pela substituição eletiva da sonda (de acordo com protocolo, a cada 6 meses) ou alteração da via de entubação (nasogástrica para gastrostomia), e em extubações não planejadas, caracterizadas pela situação de retirada da sonda por rompimento do balão, por obstrução, pela deterioração do material, posição seletiva e pela retirada da sonda pelo paciente, profissional de saúde ou cuidador.

O cálculo da taxa de incidência de extubações planejada e não planejada ocorreu mediante a aplicação das equações, mostradas a seguir.

### **Incidência das extubações (Planejadas e não planejadas) =**

$$\frac{\text{nº de extubações}}{\text{Total de paciente/dia c/entubação gástrica}} \times 100$$

### **Incidência das extubações Planejadas =**

$$\frac{\text{nº de extubações planejadas}}{\text{Total de paciente/dia c/entubação gástrica}} \times 100$$

### **Incidência das extubações Não planejadas =**

$$\frac{\text{nº de extubações não planejadas}}{\text{Total de paciente/dia c/entubação gástrica}} \times 100$$

Para todas as etapas da coleta de dados deste estudo, foi encaminhado relatório, explicitando a metodologia empregada ao Departamento de Enfermagem e, concomitantemente, ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital, o qual foi aprovado sob Protocolo 986/10 e Sisnep CAAE 0013.0.198.000-10.

## Resultados

As Tabelas 1 e 2 descrevem a caracterização dos 37 usuários e seus respectivos cuidadores.

A Tabela 1 demonstra que, em relação ao sexo, houve predomínio do feminino (19-51,4%), e da faixa etária  $\geq 60$  (25-67,6%). Em relação ao diagnóstico de admissão, constatou-se que a maior parte dos usuários apresentou patologias envolvendo o sistema neurológico, sendo 12 (33%) referentes a acidente vascular cerebral e 10 (27%) à demência não especificada. As doenças neurológicas, geralmente, acarretam perda da capacidade funcional e cognitiva devido à sua progressão natural, o que leva o paciente à dependência em relação às atividades de vida diária, como alimentar-se, locomover-se e higienizar-se. Quanto ao diagnóstico

Tabela 1 - Distribuição dos usuários, segundo as variáveis sexo, faixa etária, diagnóstico de admissão e diagnóstico secundário. São Paulo, Brasil, 2010 - n=37

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	19	51,4
Masculino	18	48,6
Faixa etária (anos)		
0 —  18	7	18,9
18—  60	5	13,5
≥60	25	67,6
Diagnóstico admissão		
Acidente vascular cerebral	12	32,5
Demência não especificada	10	27
Traumatismo intracraniano	3	8,1
Paralisia cerebral	3	8,1
Werdnig-Hoffmann	2	5,4
Síndrome de West	2	5,4
Neoplasias malignas	2	5,4
Anomalias cromossômicas	2	5,4
Doença pelo vírus da imunodeficiência	1	2,7
Diagnóstico secundário *		
Úlcera por pressão	18	48,7
Hipertensão arterial sistêmica	7	18,9
Acidente vascular cerebral	4	10,8
Neoplasias malignas	1	2,7
Hepatite C	1	2,7
Outros	3	8,1

\*3 usuários não apresentaram diagnóstico secundário

secundário, 18 (48,7%) apresentaram úlcera por pressão e 7 (18,9%) hipertensão arterial.

Quanto às medicações mais utilizadas, observou-se o uso das drogas da classe dos anticonvulsivantes/neurolépticos (18%), seguido de 13% de anti-hipertensivos, correspondendo aos principais diagnósticos de admissão e diagnóstico secundário de hipertensão. Cabe esclarecer que 18,9% dos usuários receberam quatro ou mais medicações e 5,4% não fizeram uso de droga.

Pela análise da Tabela 2, verificou-se que a maioria dos cuidadores era do sexo feminino (33-89,2%), na faixa etária de 18 a 60 anos (27-73%). Em relação ao vínculo observou-se que 36 (97,3%) eram familiares; 10 (27%) representados pela mãe, seguido da esposa (9-24,3%). Complementa-se que, em relação à idade, essa variou de 23 a 77 anos, sendo a média de 50,6 anos (dp±13,4) e mediana 49 anos. Em relação ao grau de escolaridade, 35,1% não concluíram o ensino fundamental.

No que tange ao tempo de permanência no PAD dos usuários desta investigação, esse correspondeu, em média, a 10,3 meses (dp±12,2), valor mínimo de 0,1 (3 dias) e máximo de 51 meses. Verificou-se que 56,8%

Tabela 2 - Distribuição dos cuidadores, segundo as variáveis sexo, faixa etária, vínculo, grau de parentesco e escolaridade. São Paulo, Brasil, 2010 - n=37

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	33	89,2
Masculino	4	10,8
Faixa etária (anos)		
18  —  60	27	73,0
≥60	10	27,0
Vínculo		
Familiar	36	97,3
Não familiar	1	2,7
Grau de parentesco*		
Mãe	10	27,0
Esposa(o)	9	24,3
Filha(o)	8	21,6
Irmã(o)	2	5,4
Outros vínculos	7	18,9

\*um cuidador não possuía vínculo familiar

dos usuários continuaram em acompanhamento e 43,2% receberam alta do programa.

Quanto aos motivos de alta, a maioria (69%) deixou o PAD devido ao óbito, e 19% à transferência para outro serviço. Houve, ainda, um paciente (6%) que recebeu alta administrativa por não aderir ao tratamento, negando-se a ser visitado pela equipe multiprofissional. Os usuários que tiveram alta por motivo de melhora ou foram encaminhados para outro serviço (Unidade Básica de Saúde), foram excluídos do estudo por não estarem sob os cuidados da equipe do PAD.

Em relação à via de inserção da sonda, identificou-se que 51,4% eram portadores de gastrostomia. Quanto à dieta, o tipo semiartesanal (dieta manipulada na residência + suplemento nutricional industrializado) foi empregado por 51,4% dos usuários; a dieta artesanal foi empregada por 45,9% e 2,7% fizeram uso da dieta industrializada.

A soma total dos dias de entubação gástrica dos usuários, durante o período de coleta, correspondeu a 2.676 dias, sendo 745 dias no primeiro mês (total de 28 pacientes), 666 no segundo (25 pacientes), 632 dias no terceiro (23 pacientes) e 633 no quarto mês (22 pacientes).

No que diz respeito à média de permanência da sonda gástrica dos usuários, observou-se o valor de 3,86 meses e mediana de 4,16 meses. Esse resultado encontra-se representado na Figura 1, abaixo.

Ao se analisar a Figura 1, observa-se que a probabilidade de um paciente permanecer com a sonda gástrica no primeiro mês foi de 79,5%. No terceiro mês, a probabilidade de permanência foi de 55,5%.

A média de permanência da sonda, segundo a via de inserção, foi de 3,6 meses para a nasogástrica e 4,1 meses para a gastrostomia, com mediana de 2,1 meses e 4,1 meses,

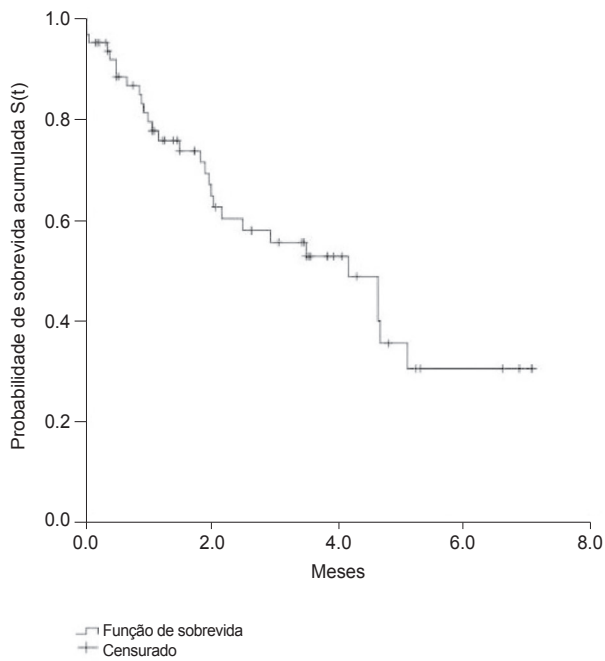


Figura 1 - Curva de sobrevivência da sonda enteral nos usuários. São Paulo, Brasil, 2010

respectivamente. Cabe ressaltar que, no momento inicial da coleta de dados, o usuário poderia estar com a sonda, passando essa a ser avaliada a partir do dia de sua inserção.

No decorrer deste estudo, notou-se que 51% dos usuários não sofreram extubações durante os quatro meses em que foram acompanhados. Em relação às extubações, nove usuários apresentaram uma extubação, sete apresentaram duas extubações e dois usuários apresentaram três, totalizando 29 extubações, das quais 75,8% foram classificadas como não planejadas, ou seja, caracterizadas por situações nas quais os eventos ocorreram sob circunstâncias não esperadas e 24,2% foram planejadas.

De acordo com a Tabela 3, na extubação planejada, o principal motivo foi a substituição eletiva da sonda 4 (13,8%) e na não planejada a maior parte (34,5%)

Tabela 3 - Distribuição das extubações, segundo o tipo e as circunstâncias envolvidas. São Paulo, Brasil, 2010 - n=29

Extubações	n	%
Extubação planejada		
Substituição eletiva da sonda	4	13,8
Alteração da via (nasogástrica para gastrostomia)	3	10,4
Término da terapêutica	0	0,0
Extubação não planejada		
Rompimento do balão	10	34,5
Obstrução da sonda	1	3,5
Deterioração do material	1	3,5
Posição seletiva da sonda	2	6,8
Retirada espontânea pelo paciente	6	20,7
Retirada espontânea pelo cuidador	2	6,8
Total	29	100

correspondeu ao rompimento do balão (dispositivo presente apenas em sonda de gastrostomia), seguida de retirada espontânea (20,7%) por parte do paciente.

A seguir, encontram-se os indicadores de resultado mensurados nesse estudo: taxa de incidência de extubação geral, taxa de incidência de extubação planejada e de não planejada.

A Tabela 4 apontou que o terceiro mês apresentou a maior incidência de extubação geral (1,73), sendo 0,94 para não planejada e 0,79 para a planejada. No quarto mês ocorreu a menor taxa de incidência, 0,31. Aplicando-se o teste de qui-quadrado ( $p=0,0093$ ), constatou-se diferença estatisticamente significativa entre as extubações planejadas e não planejadas.

Tabela 4 - Taxa de incidência por tipo de extubação dos usuários. São Paulo, Brasil, 2010

Tipo Mês	Planejada n=7	Nãoplanejada n=22	Total	p valor
1	0,13	1,34	1,47	
2	0,15	0,62	0,77	
3	0,79	0,94	1,73	0,0093*
4	0	0,31	0,31	
Total	0,26	0,80	1,07	

\*Teste qui-quadrado

Esclarece-se que, no primeiro mês, ocorreram 11 extubações, 5 no segundo, 11 no terceiro e 2 extubações no quarto mês.

## Discussão

A AD traz o reconhecimento do domicílio como espaço possível e efetivo de cuidados. Nele, insere-se a dinâmica dos processos assistenciais, que englobam a avaliação e adaptação do espaço físico, o planejamento da assistência e as orientações ao responsável pelo paciente.

Os resultados do presente estudo referentes às variáveis sexo, idade e diagnóstico primário são semelhantes às pesquisas realizadas na caracterização dos usuários de um programa de atendimento domiciliar<sup>(15-16)</sup>, no qual predominou os usuários na faixa etária  $\geq 60$  (67,6%) e o sexo feminino (51,4%).

Quanto ao diagnóstico primário, dos 37 usuários, 59,5% apresentaram patologias envolvendo o sistema neurológico, em consonância com estudo semelhante em pacientes que recebiam a NED<sup>(17)</sup>.

Na AD, a prática de administração de medicamentos via sonda se faz presente, tendo em vista as condições clínicas do paciente ou a impossibilidade de uso da via oral ou parenteral. Uma complicação mecânica da entubação gástrica é a obstrução da sonda nasogástrica, a qual pode estar relacionada à retenção de resíduos da fórmula enteral



em seu lúmen, em consequência da alta osmolaridade; da formação de complexos insolúveis fórmula-medicamento; de comprimidos macerados inadequadamente e injetados pela sonda e da precipitação da fórmula em razão da acidez do conteúdo gástrico<sup>(18)</sup>.

As doenças crônico-degenerativas, geralmente, requerem cuidados especiais, pois o paciente torna-se dependente ou semidependente para o autocuidado. Para suprir essa necessidade, surge a figura do cuidador que, na maioria das vezes, é um familiar ou pessoa próxima ao paciente.

Em relação ao perfil dos cuidadores, esse é constituído, na maioria, pelo sexo feminino (89,2%), e 27% estão acima de 60 anos, demonstrando, cada vez mais, a tendência de idosos prestando cuidado a outro idoso, o que pode acarretar desgastes no estado de saúde do próprio cuidador. O grau de parentesco é representado por 24,3% de cônjuge, 21,6% de filhos e 18,9% outros vínculos. Esses dados assemelham-se aos resultados encontrados em outro estudo<sup>(15)</sup>.

Quanto à via de inserção do tubo gástrico, pesquisas realizadas em países europeus como Itália e França apontam que a principal via de inserção à administração de NED é a gastrostomia. Contudo, na Espanha, essa via é utilizada por 25% da população em NED<sup>(9)</sup>. Outro estudo apontou que 83% dos pacientes recebiam dieta por gastrostomia<sup>(19)</sup>. E, no Brasil, uma investigação relatou que 61,8% dos pacientes recebiam a dieta enteral no domicílio, pela via nasogástrica<sup>(20)</sup>.

Verifica-se, pelo exposto, a variabilidade em relação à escolha da via de entubação para NED, uma vez que essa dependerá do quadro clínico do paciente e da disponibilidade dos recursos do serviço e dos familiares ou usuário em optar pela via de acesso.

As extubações gástricas podem ser consideradas medidas de avaliação em saúde, especialmente quando geram indicadores assistenciais. Contudo, observa-se que há poucos trabalhos na literatura monitorizando a proporção, a taxa de incidência e os motivos ou circunstâncias envolvidas nesse evento, e, quando o fazem, optam por estudar as extubações não planejadas.

Em estudo realizado no âmbito hospitalar, registrando eventos adversos em relação à sonda nasogástrica, cateter venoso central, tubo endotraqueal, erros de medicação e queda, verificaram que aqueles relacionados à sonda nasogástrica representaram 57,6%, demonstrando maior demanda de atenção por parte da equipe de enfermagem, na manipulação e cuidados com esse artefato<sup>(21)</sup>.

Em outra pesquisa desenvolvida com coleta retrospectiva dos dados, em uma unidade de terapia intensiva de adulto, situada em São Paulo, verificou-se que as taxas de extubações não planejadas variaram de 0,13 a 0,22<sup>(22)</sup>. No entanto, atribuíram a baixa incidência de extubação da sonda nasogástrica ao fato de terem

mensurado apenas as extubações nas quais foram necessárias as reintubações, desconsiderando os eventos relacionados à migração da sonda.

No âmbito da AD não foram encontrados estudos retratando as extubações, limitando a comparabilidade dos achados da presente pesquisa.

Ressalta-se a importância do enfermeiro no PAD, haja vista a relevância do papel que desempenha e sua presença em todas as etapas da assistência dos usuários em NED, influenciando tanto no sucesso da terapêutica como na satisfação dos usuários e familiares.

## Conclusões

O presente estudo possibilitou conhecer a realidade da prática assistencial da entubação gástrica, para o aporte nutricional dos usuários atendidos no programa de atendimento domiciliar de um hospital universitário, e reconhecer que o sucesso da terapêutica perpassa por um conjunto de saberes técnicos, éticos e sociais que necessitam ser apreendidos pelos profissionais de saúde envolvidos na atenção domiciliar.

Esse conjunto de saberes é representado pelos recursos humanos quanti e qualitativamente capacitados para a escolha dos materiais, estabelecimento de protocolos assistenciais incluindo a inserção, a fixação, o manuseio e a manutenção da sonda gástrica. Além desses, encontram-se a orientação e capacitação do usuário ou cuidador quanto ao manuseio da sonda gástrica e as outras atividades associadas como o preparo e administração da dieta e medicamento, o reconhecimento das complicações e os encaminhamentos necessários para cada situação.

Ao traçar o perfil dos usuários e dos cuidadores, verificou-se que esta pesquisa encontra-se consonante aos achados da literatura, representada pela expansão dos serviços de AD, sobretudo para assistir a população idosa ou crianças e adolescentes dependentes de tecnologia.

O cálculo da taxa de incidência de extubação gástrica, neste estudo, foi possível mediante a aplicação do indicador de resultado do Modelo de Donabedian<sup>(13)</sup>, com maior incidência para as extubações não planejadas, decorrentes do rompimento do balão, no caso dos portadores de gastrostomia ou retirada da sonda pelo próprio usuário. Em relação ao primeiro motivo, há necessidade de verificar aspectos que envolvem o tipo e a marca do material, o manuseio da sonda pelo cuidador, a agitação psicomotora do paciente, manutenção de programas periódicos de capacitação e avaliação da prática do aprendizado por parte do cuidador. No que diz respeito ao segundo motivo, atentar para a fixação da sonda, observar agitação psicomotora e reorientar os cuidadores/familiares a fim de minimizar as complicações decorrentes desses tipos de extubação.

O contexto da atenção domiciliar, por conseguinte, é um campo do conhecimento a ser explorado, uma vez que é tendência mundial de gestão em saúde e que o emprego de indicadores permite identificar problemas reais e potenciais, visando implementar ações efetivas para o alcance da qualidade em saúde.

## Referências

1. World Health Organization (WHO). Home-based and long-term care: home care issues and evidence. Geneva: WHO, 1999. [acesso 10 março 2009]. Disponível em: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic\\_conditions/en/index.html](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html).
2. Hirschfeld MJ, Oguisso T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do *home care*. Rev Bras Enferm. 2002;55(4):452-9.
3. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Home care: the experience of a private hospital in the state of São Paulo. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004;12(5):721-6.
4. Dal Ben LW, Gaidzinski RR. Proposta de modelo para dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):97-103.
5. Oguisso T, Schmidt MJ. Exercício da Enfermagem domiciliária (*Home Care*). In: Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 197-206.
6. Dal Ben LW, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária. Acta Paul Enferm. 2006;19(1):100-8.
7. Duarte YAO. O cuidador no cenário assistencial. MundoSaúde. 2006;35(4):56-63.
8. Planas M, Pérez-Portabela C, Rodrigues T, Pruggiós C, Elvira D, Daalman E. Evaluación del grado de satisfacción de un programa de nutrición enteral domiciliaria. Nutr Hosp. 2007;22(5):612-5.
9. Moreno-Vilares JM. La práctica de la nutrición artificial domiciliaria in Europa. Nutr Hosp. 2004;19(2):59-67.
10. Paccagnella A, Baruffi C, Pizzolato D, Favaro V, Marcon ML, Morello M, et al. Home enteral nutrition in adults: a five-year (2001-2005) e epidemiological analysis. Clin Nutr. 2008;27:378-85.
11. Costa HMC, Luz MOR, Carmona MJC, Cardoso E, Isosaki M, Auler JOC Júnior. Reintrodução da alimentação oral em pacientes traqueostomizados com terapia de nutrição enteral. Rev Bras Nutr Clin. 2003;18(4):168-72.
12. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica: In: White KL, Frank J, organizadores. Investigaciones sobre servicio de salud: una antología. Washington (DC): OPAS; 1992. p. 382-404.
13. Donabedian A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Michigan: Health Administration Press, 1985.
14. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Accreditation Characteristics of clinical indicators. QRB Qual Rev Bull. 1989;15(11):330-9.
15. Yamaguchi AM, Higa-Taniguchi KT, Andrade L, Bricola SAPC, Jacob-Filho W, Martins MA. Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar. São Paulo: Manole; 2010.
16. Chayamiti EMRE, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. Acta Paul Enferm. 2010;23(1):29-34.
17. Cawsey SI, Soo J, Gramlich LM. Home enteral nutrition: outcomes relative to indication. Nutr Clin Practice. 2010;25(3):296-300.
18. Matsuba CST, Gutiérrez MGR, Whitaker IY. Development and evaluation of standardized protocol to prevent nasogastric tube obstruction in cardiac patients requiring enteral nutrition with restricted fluid volumes. J Clin Nurs. 2007;16(10):1872-7.
19. Best C, Hitchings H. Enteral tube feeding - from hospital to home. Br J Nurs. 2010;19(3):174-9.
20. Zaban ALRS, Novaes MRCG. Demographic, epidemiological and nutritional profile of elders in home enteral nutritional therapy in Distrito Federal, Brazil. Invest Clín. 2009;50(2):347-57.
21. Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(4):746-51.
22. Cartolano FC, Caruso LC, Soriano FG. Terapia nutricional enteral: aplicação de indicadores de qualidade. Rev Bras Ter Intensiva. 2009;21(4):376-83.

Recebido: 27.5.2011

Aprovado: 1.2.2012

### Como citar este artigo:

Naves LK, Tronchin DMR. Incidência de extubação gástrica dos usuários em um programa de assistência domiciliar de um hospital universitário. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. maio-jun. 2012 [acesso em: \_\_\_\_\_];20(3):[8 telas]. Disponível em: \_\_\_\_\_

URL

dia  
mês abreviado com ponto  
ano