

Bundle de intervenções de enfermagem em nutrição enteral na terapia intensiva: uma construção coletiva*

NURSING INTERVENTION BUNDLE FOR ENTERAL NUTRITION IN INTENSIVE CARE: A COLLECTIVE CONSTRUCTION

BUNDLE DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN NUTRICIÓN ENTERAL EN LA TERAPIA INTENSIVA: UNA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA

Aline Daiane Colaço¹, Eliane Regina Pereira do Nascimento²

RESUMO

Objetivo: Construção coletiva de um bundle de intervenções de enfermagem a pacientes internados em ambiente crítico sob terapia de nutrição enteral, sustentado pela prática baseada em evidências. **Método:** Pesquisa qualitativa do tipo Convergente Assistencial, que contou com a participação de 24 profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu de maio a agosto de 2013, com entrevistas semiestruturadas e grupos de discussão. **Resultados:** Emergiram quatro intervenções que constituíram o bundle: pHmetria para confirmação do posicionamento da sonda à beira leito; fixação da sonda; posicionamento entérico da sonda; e manutenção da cabeceira elevada a 30°– 45°. **Conclusão:** As intervenções eleitas não demandam acréscimo à carga de trabalho dos profissionais, tampouco encargos financeiros extras à instituição, o que se aponta como potencializadoras na adoção do bundle pelos profissionais de enfermagem da UTI.

DESCRIPTORIOS

Nutrição enteral
Terapia intensiva
Cuidados de enfermagem
Enfermagem baseada em evidências

ABSTRACT

Objective: The collective construction of a nursing intervention bundle for patients in critical care in the hospital receiving enteral nutrition therapy, supported by evidence-based practice. **Method:** A qualitative convergent-care study with 24 nursing professionals in an intensive care unit of a public hospital in Santa Catarina. Data collection was performed from May to August 2013, with semi-structured interviews and discussion groups. **Results:** Four interventions emerged that constituted the bundle: bedside pH monitoring to confirm the position of the tube; stabilization of the tube; enteric position of the tube; and maintaining the head of the bed elevated at 30° to 45°. **Conclusion:** The interventions chosen neither required additional professional workload nor extra charges to the institution, which are identified as improving the adoption of the bundle by nursing professionals at the ICU.

DESCRIPTORS

Enteral nutrition
Intensive care
Nursing care
Evidence-based nursing

RESUMEN

Objetivo: Construcción colectiva de un bundle de intervenciones enfermeras en pacientes hospitalizados en ambiente crítico bajo terapia de nutrición enteral, sostenido por la práctica basada en evidencias. **Método:** Investigación cualitativa del tipo Convergente Asistencial, que contó con la participación de 24 profesionales de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital público de Santa Catarina. La recolección de datos ocurrió de mayo a agosto de 2013, con entrevistas semiestruturadas y grupos de discusión. **Resultados:** Surgieron cuatro intervenciones que constituyeron el bundle: pHmetría para confirmación de la posición de la sonda al borde del lecho; fijación de la sonda; posición entérica de la sonda; y mantenimiento de la cabecera elevada a 30°– 45°. **Conclusión:** Las intervenciones elegidas no demandan incremento de la carga laboral de los profesionales, tampoco gravámenes financieros extras a la institución, lo que las señala como potencializadoras en la adopción del bundle por los profesionales enfermeros de la UCI.

DESCRIPTORIOS

Nutrición enteral
Terapia intensiva
Cuidados de enfermería
Enfermería basada en la evidencia

* Extraído da monografia de especialização “Intervenções de enfermagem ao paciente em nutrição enteral na Unidade de Terapia Intensiva: proposta de um *bundle*”, Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. ¹ Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. ² Professora Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Terapia de Nutrição Enteral (TNE) tem papel fundamental sobre o estado de intenso catabolismo lipídico e proteico, também denominado de resposta metabólica ao estresse, comum no paciente grave e presente, principalmente, na fase aguda da doença. Essa reação metabólica é considerada fisiológica, pois é através da mobilização proteica que se dá o reparo das lesões e o fornecimento de energia para a manutenção das funções orgânicas. Porém, a depleção nutricional na terapia intensiva conduz a uma evolução clínica negativa, porque altera a composição tecidual e a função dos órgãos e estruturas, prejudica a resposta imunológica, compromete o processo de cicatrização, predispõe a infecções nosocomiais, aumenta a incidência de úlceras por pressão e, conseqüentemente, acarreta maior morbimortalidade na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)⁽¹⁻²⁾.

Portanto, o suporte nutricional adequado ao paciente crítico é imprescindível para a redução das repercussões do estresse fisiológico, a prevenção ou o tratamento da desnutrição, a recuperação do indivíduo a longo prazo e a melhora da qualidade de vida⁽³⁾.

Sendo assim, a enfermagem tem papel fundamental no sucesso da terapêutica, uma vez que é ela a responsável pelo acesso do trato gastrointestinal, pela manutenção desta via, administração da dieta e resposta frente às intercorrências inerentes à terapêutica.

Percebe-se, todavia, que as intercorrências relacionadas aos dispositivos gastrointestinais ainda são frequentes, principalmente no ambiente intensivo. Destaca-se aqui o estudo conduzido em um hospital privado da cidade do Rio de Janeiro, do tipo transversal prospectivo, em que se verificou uma incidência anual de retirada não planejada da sonda de alimentação de 56%. Nessa pesquisa, as principais causas associadas ao evento foram relacionadas ao próprio paciente e à obstrução dos dispositivos⁽⁴⁾.

Já em um estudo desenvolvido nas unidades de internação de um hospital de alta complexidade, na Argentina, entre 2008 e 2009, dos 43 pacientes em TNE, 79,10% receberam-na de forma inadequada, tendo como a principal causa a equipe de enfermagem em 35,85% dos casos, por problemas que correspondiam ao não cumprimento do horário de início da NE, falta de informação e consenso no manejo das intolerâncias à TNE, e desconhecimento no manejo das bombas de infusão⁽⁵⁾.

Nesse sentido, há uma variedade de publicações no meio científico que visam auxiliar o desenvolvimento de práticas mais seguras e eficazes no que concerne à nutrição enteral, como aquelas coordenadas pela *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN) e pela *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN). Os *guidelines* dessas associações se destacam devido a um cenário ainda incipiente de estudos clínicos em nutrição enteral, pesquisas essas consideradas de maior credibilidade

devido ao seu rigor metodológico. Dessa maneira, as opiniões de *experts* da área, como nos *guidelines*, assume papel de destaque quando se trata de evidência científica⁽⁶⁾.

Nessa mesma corrente, aponta-se a popularização dos *bundles*, os quais reúnem um pequeno pacote de intervenções recomendadas e bem evidenciadas cientificamente. Além disso, a escolha das intervenções que devem compor um *bundle* leva em consideração a sua aplicabilidade e a aderência da equipe assistencial, tornando essa ferramenta de grande valia para obtenção de resultados a curto, médio e longo prazo, além da melhora de indicadores assistenciais⁽⁷⁾.

Visando assim aperfeiçoar as práticas da enfermagem em TNE, promover o desenvolvimento de um cuidado mais seguro, e difundir a experiência da Prática Baseada em Evidências (PBE), esta pesquisa teve como objetivo: construir coletivamente com uma equipe de enfermagem um *bundle* de intervenções de enfermagem para o paciente em nutrição enteral na unidade de terapia intensiva, sustentadas na prática baseada em evidências.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).

Esse tipo de metodologia emerge das indagações do campo assistencial e visa à resolução e reflexão sobre essas necessidades, seja promovendo a mudança da realidade, a introdução de inovações ou a reconstrução de saberes e práticas. Além disso, a PCA tem, entre os seus princípios, o envolvimento do pesquisador e participantes no processo de pesquisa e assistência, e utiliza-se de quatro etapas consecutivas e inter-relacionadas, que são: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação dos dados⁽⁸⁾.

A concepção diz respeito ao nascimento e tratamento da ideia, formulação da pergunta e objetivos da pesquisa. A instrumentação, por sua vez, é a decisão metodológica na condução do estudo, ao passo que a perscrutação é o detalhamento das estratégias para a coleta de dados. Por fim, as etapas de análise e discussão dos dados coletados são realizadas por método eleito pelo pesquisador⁽⁸⁾.

Na etapa de instrumentação, o contexto dessa pesquisa foi a UTI de um hospital público de Santa Catarina, e a coleta de dados contou com a participação dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem do setor, independentemente do nível de formação dos mesmos. Essa equipe é composta por um enfermeiro no cargo de chefia da unidade, 18 enfermeiros assistenciais, 54 técnicos e seis auxiliares de enfermagem. Para a coleta de dados, utilizou-se como critérios de inclusão: compor o quadro funcional da equipe de enfermagem da UTI há mais de seis meses e estar em exercício profissional no período de coleta de dados. Fizeram parte desta pesquisa, portanto, 24 profissionais dos turnos matutino, vespertino e noturno, que concordaram previamente em participar da

pesquisa, formalizando o aceite por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu em duas etapas no período de março a agosto de 2013, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, processo nº 232492/2013, conforme prevê a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾. A primeira, com a realização de entrevistas individuais semiestruturadas, e, a segunda, com Grupos de Discussão (GDs).

Na primeira etapa participaram 12 profissionais, sendo cinco enfermeiros, seis técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem. A questão norteadora foi: *Fale sobre os cuidados de enfermagem ao paciente em Terapia de Nutrição Enteral na Unidade de Terapia Intensiva*. Vale salientar que a interrupção de novas coletas se deu pela saturação teórica, momento esse em que o pesquisador analisa e compreende que seu material de dados armazenado já é suficiente para alcançar a reflexão teórica de que almeja sobre aquele objeto de estudo e que a repetição de informações não acrescentará seu aperfeiçoamento⁽¹⁰⁾.

As entrevistas foram realizadas em local reservado da UTI, com duração média de 30 minutos, gravadas e posteriormente transcritas. Os dados obtidos nessa etapa foram fundamentais para nortear a discussão realizada na segunda etapa da coleta de dados, em que as intervenções de enfermagem citadas foram confrontadas com a literatura existente e apresentadas ao grupo.

A realização dos GDs teve como finalidade socializar as intervenções obtidas nas entrevistas e refletir sobre as mesmas, tendo como referência as intervenções descritas na literatura e classificadas conforme o nível de evidência. Além disso, objetivou-se eleger de forma coletiva quais intervenções iriam compor o *bundle*, com base na classificação do maior nível de evidência e aplicabilidade no contexto da prática assistencial. Para a classificação do nível de evidência, utilizou-se a escala proposta por Polit e Beck⁽¹¹⁾ (Quadro 1).

Quadro 1 - Classificação das evidências científicas proposta por Polit e Beck⁽¹¹⁾ - Florianópolis, SC, 2014

Nível de evidência	Tipo de estudo
I	a Revisão sistemática de Ensaios Clínicos Randomizados (ECRs)
	b Revisão sistemática de ensaios não randomizados
II	a ECR individual
	b Ensaio não randomizado
III	Revisão sistemática de estudos de correlação/observação
IV	Estudo de correlação/observação
V	Revisão sistemática de estudos descritivos, qualitativos, fisiológicos
VI	Estudo descritivo/qualitativo/fisiológico/individual
VII	Opinião de autoridades, comitês de especialistas

Fonte: Polit e Beck⁽¹¹⁾

Foram organizados três GDs distribuídos entre o período matutino, vespertino e noturno, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Os encontros foram realizados em sala de aula anexa à UTI, sendo que cada grupo participou de um desses. Os GDs duraram aproximadamente 57 minutos. Dois grupos contaram com a participação de cinco pessoas e o terceiro grupo, com quatro profissionais, totalizando assim 14 participantes, sendo que, desses, dois estiveram na primeira etapa de coleta de dados.

Salienta-se que houve dificuldade na condução dessa última etapa de coleta de dados, uma vez que a equipe justificou ser inviável a realização dos GDs em horário extraturno, pois a maioria possui duplo vínculo empregatício. Dessa forma, optou-se pela realização da coleta de dados em período de trabalho na UTI, com a convivência da chefia de enfermagem do setor.

RESULTADOS

Vários cuidados foram elencados na discussão do grupo, conforme Quadro 2, porém, constituíram o *bundle* quatro intervenções. Destaca-se que as intervenções relacionadas tanto nas entrevistas quanto nos GDs apresentaram grande diversidade de níveis de evidência, ou não possuíam evidência clínica comprovada.

Quadro 2 - Intervenções de enfermagem conforme nível de evidência e seleção pelos participantes durante a primeira etapa de coleta de dados - Florianópolis, SC, 2014

Intervenção de Enfermagem	Nível de evidência	Status
Auscultação gástrica para confirmação do posicionamento da sonda a beira leito.	CI*	Eleita pelos 3GDs
Borbulhamento em copo d'água.	CI*	Refutado pelos 3GDs
Observação do aspirado gástrico.	VII	Eleita pelos 3GDs
pHmetria do aspirado gástrico para confirmação do posicionamento da sonda à beira leito.	Ib	Eleita por 2GDs
Confirmação radiológica para sondas posicionadas no estômago e no intestino.	Iib	Eleita por 1 GD
Confirmação radiológica somente para sondas posicionadas no intestino.	PNR**	Eleita por 2GDs
Fixação das sondas.	VII	Eleita pelos 3GDs
Posicionamento entérico da sonda para todos os pacientes, exceto quando contraindicado.	Ia	Eleita pelos 3GDs
Realizar decúbito lateral após obtenção do acesso enteral.	PNR**	Eleito por 1 GD
Iniciar irrigação com água destilada a 10 ml/h em bomba de infusão contínua para promoção do peristaltismo e posicionamento entérico.	PNR**	Eleito por 1 GD

Continua...

Intervenção de Enfermagem	Nível de evidência	Status
Realizar raio-X após 6 horas de obtenção do acesso entérico.	PNR**	Eleito pelos 3GDs
Irrigar a sonda com 10 ml de água destilada a cada 6h, ao iniciar a dieta e suspensão da dieta, antes e entre a administração de medicamentos, e 20 ml após os medicamentos administrados.	PNR**	Eleito por 2GDs
Manter cabeceira elevada entre 30° e 45°	Iib	Eleito pelos 3GDs
Pausar a dieta para a realização de procedimentos onde o paciente necessita ficar em posição supina por um longo período.	VII	Eleitos pelos 3GDs
Verificar VGR a cada 6 horas para pacientes recebendo dieta.	VII	Eleito por 2GDs

*Contraindicado

** Problema não resolvido.

Para a seleção das intervenções, levou-se em consideração as melhores evidências científicas encontradas, a possibilidade de execução considerando a realidade desta UTI, e as intervenções eleitas de forma consensual entre os três GDs. Portanto, por meio dessa seleção, emergiram quatro intervenções de enfermagem para compor o *bundle*, conforme Quadro 3.

Quadro 3 - Intervenções de enfermagem, conforme nível de evidência, componentes do bundle de intervenções de enfermagem ao paciente em TNE na UTI - Florianópolis, SC, 2014

Intervenções de enfermagem	Nível de evidência
pHmetria do aspirado para confirmação do posicionamento da sonda à beira leito	Ib
Fixação das sondas	VII
Posicionamento entérico das sondas	Ia
Cabeceira elevada entre 30° e 45°	Iib

DISCUSSÃO

Para sustentar a discussão das quatro intervenções que compuseram o *bundle*, utilizou-se a literatura pertinente ao tema, publicadas entre 2008 e 2013, classificadas com bom nível de evidência, conforme esquema de hierarquização proposto e citado anteriormente.

pHmetria do aspirado para confirmação do posicionamento da sonda à beira leito

O posicionamento incorreto de sondas gastrointestinais é uma complicação caracterizada pelo posicionamento inadvertido do dispositivo no cérebro, trato respiratório, esôfago e junção gastroesofágica, sendo essa uma ocorrência geralmente prevenível do cuidado de enfermagem. Para isso, o enfermeiro lança mão de diversas técnicas de verificação do posicionamento das sondas à beira leito, afora a confirmação radiológica. Porém, tem-se evidenciado pela literatura que alguns desses métodos utilizados não se mostram seguros⁽¹²⁾.

A ausculta gástrica, utilizada ostensivamente na prática clínica, é uma ferramenta atualmente contraindicada para avaliação do posicionamento da sonda à beira leito, quando empregada substitutivamente à confirmação radiológica. Alguns estudos identificaram a entrada de ar audível sob o epigástrico mesmo quando os dispositivos estavam posicionados inadvertidamente no esôfago, acarretando assim grande risco de regurgitação e aspiração do conteúdo gástrico e da dieta para o sistema respiratório⁽¹³⁾. Outra ineficácia do teste diz respeito à distinção entre o posicionamento gástrico *versus* posicionamento entérico, uma vez que não é possível realizar tal avaliação somente através da ausculta⁽¹⁴⁾.

Dessa forma, faz-se necessário a utilização de outros métodos que possibilitem a verificação preliminar da localização do dispositivo gastroenteral, na sondagem executada à beira leito.

Nesse sentido, a utilização da pHmetria vem ganhando força, uma vez que *guidelines* conceituados em TNE afirmam que a aparência e o pH do conteúdo aspirado pela sonda podem fornecer pistas para a localização do acesso gastrointestinal, principalmente quando se busca diferenciar entre o posicionamento gástrico e traqueopulmonar. Além disso, tem-se mostrado mais eficiente na distinção entre posicionamento entérico e gástrico do que o método de ausculta⁽¹⁴⁾.

Porém, é necessário ressaltar que alguns autores afirmam que o método ainda não é eficaz para detectar o posicionamento esofágico, devido à possibilidade de aspiração de conteúdo resultante de refluxo gástrico. A utilização de fármacos antagonistas do receptor H2 (Ranitidina® e Cimetidina®, por exemplo), que elevam o pH gástrico, também dificulta a determinação do local exato da posição da sonda. Outro problema comumente encontrado na utilização da pHmetria é a não obtenção do aspirado gástrico via sonda, o que inviabilizaria a mensuração do pH e, conseqüentemente, da posição da sonda⁽¹³⁾.

Embora inexistam uma recomendação forte e mundialmente difundida da utilização da pHmetria, essa técnica ainda tem sido considerada um teste indicado para uso da prática clínica, destacando-se como o método mais seguro e adaptável aos diferentes contextos de assistência dentro a gama de técnicas utilizadas à beira leito^(12,15).

Frente a isso, a equipe optou pela adesão à pHmetria como teste confirmatório à beira leito. Entretanto, é necessário ressaltar que o método considerado padrão ouro para confirmação do posicionamento do tubo gastrointestinal ainda é, somente, obtido através da radiografia, onde é possível a visualização completa do curso do dispositivo. Porém, esse teste acarreta exposições frequentes à radiação, é pouco acessível e interfere significativamente no regime de alimentação, uma vez que os pacientes ficam em jejum por um grande período de tempo, aguardando a migração da sonda pelo trato gastrointestinal⁽¹⁵⁾.

Fixação das sondas

Após a obtenção do acesso é essencial assegurar que a sonda permaneça no local correto, prevenindo deslocamentos inadvertidos. Obviamente um teste radiográfico para confirmação do posicionamento da sonda não pode ser obtido rotineiramente, sendo assim, é necessária a adoção de estratégias que garantam a fixação da sonda junto a sua saída, seja pelo orifício oral ou nasal. Então, faz-se necessário a demarcação do local de saída do dispositivo enteral/gástrico no momento da radiografia inicial a fim de avaliar a mudança do comprimento externo do dispositivo, sugestivo de deslocamento^(14,16).

No que se refere aos dados obtidos durante os GDs, foi consenso entre os participantes a necessidade de fixar a sonda nasoentérica/nasogástrica na asa nasal, a troca de ambas as fixações a cada 24 horas, e a avaliação contínua do local de demarcação da saída do dispositivo.

Nos casos de possível deslocamento (mudança no comprimento externo na sonda), os participantes citaram a necessidade de realizar testes à beira leito a fim de confirmar o posicionamento da sonda, intervenção essa recomendada cientificamente⁽¹⁴⁾.

Salienta-se que as evidências científicas encontradas não foram fortes na defesa dos cuidados com a fixação da sonda, e isso se deve à inexistência de estudos bem delimitados sobre o tema. Entretanto, essa intervenção ainda se configura como um cuidado de enfermagem essencial para a prática clínica, sendo recomendada por diversos *guidelines* conceituados em TNE^(14,16). Portanto, apesar de sua baixa classificação científica, conforme ferramenta de avaliação utilizada, a equipe optou por manter essa intervenção no *bundle*.

Posicionamento entérico das sondas

Apesar de a nutrição enteral ser indispensável na recuperação do doente crítico, quando não contraindicada, a utilização dessa via está associada a um maior risco de aspiração e, conseqüentemente, à pneumonia. Alguns estudos vêm sendo conduzidos a fim de definir qual a forma mais segura de alimentar o paciente que necessita de um dispositivo gastrointestinal, bem como quais estratégias podem ser adotadas para diminuir o risco de aspiração, destacando-se, então, as pesquisas comparativas entre o posicionamento gástrico *versus* o entérico.

O posicionamento gástrico é considerado o meio mais fisiológico para a alimentação, entretanto, está estatisticamente mais associado à intolerância gastrointestinal, devido ao esvaziamento gástrico retardado e à colonização bacteriana do estômago pelo acúmulo de volume gástrico. Sendo assim, a alimentação entérica tem grande potencial na redução do refluxo gastroesofágico nos episódios de aspiração de conteúdo gástrico e na incidência da pneumonia, principalmente em pacientes com rebaixamento de nível de consciência ou sedados⁽¹⁷⁾.

Uma revisão sistemática com metanálise conduzida através de 15 estudos evidenciou que a incidência de pneumonia é significativamente menor em pacientes alimentados entericamente (duodeno ou jejuno) do que nos pacientes alimentados gastricamente. Porém, no que se refere à incidência de vômitos e aspiração não houve diferença entre o posicionamento gástrico ou enteral⁽¹⁷⁾.

Outro resultado positivo encontrado se deu em um ensaio clínico não randomizado que testou a eficácia de um protocolo para prevenção da pneumonia em pacientes mecanicamente ventilados e recebendo dieta por sonda enteral, onde foi possível perceber uma incidência menor de pneumonia em pacientes que receberam três intervenções específicas: elevação da cabeceira a no mínimo 30°, posicionamento enteral da sonda para dieta, e adesão a um algoritmo para mensuração e manejo do Volume Gástrico Residual (VGR)⁽¹⁸⁾.

Já em outro estudo observacional, objetivou-se relacionar a incidência da pneumonia com o sítio de localização da sonda enteral e se evidenciou que as taxas de pneumonia foram significativamente menores nos pacientes que recebiam dieta a partir da segunda porção do duodeno⁽¹⁹⁾.

Sendo assim, é possível afirmar que atualmente existem fortes evidências científicas sustentando o posicionamento entérico da sonda, na ausência de contraindicações, uma vez que implica menor risco e incidência de complicações gástricas e pulmonares.

Na UTI deste estudo, as sondas utilizadas para posicionamento gástrico e, principalmente, com o intuito de sifonagem são confeccionadas de PVC e não radiopacas. Ocasionalmente essas sondas são utilizadas para infusão da dieta, mesmo em pacientes intubados, o que torna impossível a comprovação radiográfica do correto posicionamento do dispositivo. Com vistas a possibilitar a confirmação radiográfica da sonda e visando também diminuir o risco de regurgitação e broncoaspiração, a equipe optou pela inclusão desta intervenção no *bundle*, além de sugerir que se faça a troca das sondas de PVC por sondas entéricas (radiopacas) quando no início da dietoterapia.

Cabeceira elevada entre 30° e 45°

Existem evidências que sustentam a afirmação de que a manutenção do paciente com sonda entérica/gástrica em posição supina aumenta a incidência de refluxo gastroesofágico e o risco de aspiração, logo, de pneumonia⁽¹⁴⁾. A pneumonia, por sua vez, é considerada a infecção relacionada à saúde mais recorrente nas UTIs, aumentando o tempo de hospitalização, os custos assistenciais e repercutindo em complicações com danos potenciais à saúde do indivíduo⁽²⁰⁾.

Vale ressaltar que não se trata unicamente da aspiração ocasional de grandes volumes que incidem no desenvolvimento da pneumonia, mas sim de microaspirações que ocorrem interrupta e silenciosamente⁽²¹⁾.

Portanto, a manutenção da cabeceira elevada entre 30°– 45° é um cuidado fundamental na prevenção da broncoaspiração, principalmente nos pacientes recebendo nutrição enteral e mecanicamente ventilados⁽¹³⁾. Além disso, alguns autores citam ainda que o posicionamento do paciente em *semi-fowler*, a 30°– 45°, implica não só a redução da broncoaspiração e a incidência de pneumonia, como também tem efeito na mortalidade, no tempo de permanência na UTI e na duração da ventilação mecânica⁽²²⁾.

Destaca-se aqui um estudo realizado em cinco UTIs norte-americanas, de diferentes especialidades, em que se aplicou um protocolo de intervenções em três frentes: manutenção da cabeceira do leito a no mínimo 30°, posicionamento entérico das sondas de alimentação e mensuração e manejo de altas taxas de VGR. Percebeu-se que, após a aplicação desse conjunto de intervenções, houve redução significativa da frequência de broncoaspiração (39,3% no grupo de intervenção *versus* 88,4% no grupo controle) e das taxas de incidência de pneumonia (19,3% no grupo de intervenção *versus* 48,2% no grupo controle). Além disso, os pacientes do grupo de intervenção ficaram 1,5 dias a menos em ventilação mecânica, 1,9 dias a menos internados na UTI e 2,2 dias a menos hospitalizados, quando comparados ao grupo controle⁽¹⁸⁾.

Entendendo a efetividade dessa conduta, os participantes dos GDs destacaram a importância da inclusão da intervenção no *bundle*, demonstrando também conhecer a justificativa científica desse cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira IKC. Terapia nutricional em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2007;19(1):90-7.
2. Lucas MCS, Fayh APT. Estado nutricional, hiperglicemia, nutrição precoce e mortalidade de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2012;24(2):157-61.
3. Castro DLL, Freitas MM, Zaban ALRS. Terapia nutricional enteral e parenteral: complicações em pacientes críticos: uma revisão de literatura. Comun Ciênc Saúde [Internet]. 2009 [citado 2013 jan. 28];20(1):65-74. Disponível em: http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol20_1art07.pdf
4. Pereira SRM, Coelho MJ, Mesquita AMF, Teixeira AO, Graciano SA. Causes for the unplanned removal of the feeding tube in intensive care. Acta Paul Enferm [Internet]. 2013 [cited 2014 Apr 11];26(4):338-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/v26n4a07.pdf>
5. Bertona MV, Vestilleiro ME. Administración de la alimentación enteral em salas generales de internación. Diaeta (B. Aires) [Internet]. 2009 [citado 2013 Feb. 4];27(129):18-24. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/diaeta/v27n129/v27n129a04.pdf>
6. De-la-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Systematic review: general notions. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar 12];45(5):1260-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a33.pdf
7. Resar R, Griffin FA, Haraden C, Nolan TW. Using care bundles to improve health care quality. IHI innovation [Internet]. Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012 [cited 2012 Dec 18]. Available from: <http://www.ihio.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/UsingCareBundles.aspx>
8. Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2ª ed. Florianópolis: Insular; 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2013 maio 17]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Outro ponto citado pela equipe foi a necessidade de pausar a dieta durante a realização de procedimentos em que o paciente permaneça em posição supina por um longo período de tempo, diminuindo assim os riscos para uma possível broncoaspiração, intervenção esta também recomendada nos *guidelines* da área^(14,16).

CONCLUSÃO

A metodologia utilizada na elaboração do *bundle* contribuiu para o engajamento da equipe do processo de pesquisa e o reconhecimento da importância desse instrumento para a prática clínica. Através da PCA e dos GDs foi possível elucidar que os profissionais assumiram papel reflexivo e questionador de suas próprias práticas.

Observou-se que os profissionais detinham conhecimento sobre a indicação das intervenções de enfermagem frequentemente citadas pela literatura, como a fixação da sonda e a elevação da cabeceira entre 30° e 45°. Entretanto, desconheciam intervenções que vêm sendo difundidas atualmente no meio científico e que também possuem forte evidência científica, como no caso do posicionamento entérico das sondas.

E, por fim, ressalva-se que as intervenções eleitas para a construção do *bundle* não demandam acréscimo à carga de trabalho dos profissionais, tampouco encargos financeiros extras à instituição, fatores podem ser apontados como potencializadores da adoção ao *bundle* pelos profissionais de enfermagem desta UTI.

10. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [citado 2013 maio 20];27(2):389-94. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n2/20.pdf>
11. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2001. Prática de enfermagem baseada em evidências; p. 53-82.
12. Stepter CR. Maintaining placement of temporary enteral feeding tubes in adults: a critical appraisal of the evidence. *Med Surg Nurs*. 2012;21(2):61-8.
13. Bourgault AM, Halm MA. Feeding tube placement in adults: safe verification method for blindly inserted tubes. *Crit Care Nurse*. 2009;18(1):73-6.
14. Bankhead R, Boullata J, Brantley S, Corkins M, Guenter P, Krenitsky J, et al.; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Enteral nutrition practice recommendations. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2009;33(2):122-67.
15. Turgay AS, Korshid L. Effectiveness of the auscultatory and pH methods in predicting feeding tube placement. *J Clin Nurs*. 2010;19(1):1553-9.
16. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; Associação Brasileira de Nutrologia. Projeto Diretrizes. Terapia nutricional: administração e monitoramento. São Paulo: AMB; 2010.
17. Jiyong J, Tiancha H, Huiqin W, Jingfen J. Effect of gastric versus post-pyloric feeding on the incidence of pneumonia in critically ill patients: observations from traditional and Bayesian random-effects meta-analysis. *Clin Nutr*. 2013;32(1):8-15.
18. Metheny NA, Davis-Jackson J, Stewart BJ. Effectiveness of an aspiration risk-reduction protocol. *Nurs Res Pract* [Internet]. 2011 [cited 2013 Apr 18];59(1):18-25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2875939/pdf/nihms202901.pdf>
19. Metheny NA, Stewart BJ, McClave SA. Relationship between tube site and respiratory outcomes. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2011;35(3):346-55.
20. Silva SG, Nascimento ERP, Salles RK. Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2013 mar. 16];21(4):837-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/14.pdf>
21. American Association of Critical Care Nurses. Prevention of aspiration. *Crit Care Nurse*. 2012;32(3):71-3.
22. Critical Care Nutrition. Strategies to optimize delivery and minimize risks of enteral nutrition: body position [Internet]. 2009 [cited 2013 Mar 16]. Available from: http://www.criticalcarenutrition.com/docs/cpg/5.4Bodyposition_FINAL.pdf