

INCIDÊNCIA DE EXTUBAÇÃO GÁSTRICA NOS GRUPOS PEDIÁTRICO E ADULTO EM UM PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR*

INCIDENCE OF GASTRIC EXTUBATION IN PEDIATRIC AND ADULT GROUPS IN A HOME CARE PROGRAM

INCIDENCIA DE LA EXTUBACIÓN GÁSTRICA EN LOS GRUPOS PEDIÁTRICO Y ADULTO EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Larissa Kozloff Naves¹
Daisy Maria Rizatto Tronchin²
Marta Maria Melleiro²

* Este artigo é parte do conteúdo da dissertação de mestrado "Avaliação da intubação gástrica dos usuários em programa de atendimento domiciliar em um hospital universitário", autoria de Larissa Kozloff Naves, apresentada à EUSP, São Paulo, dezembro de 2010.

¹ Doutoranda em Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Gerenciamento da Escola de Enfermagem da USP. Coordenadora de projetos e qualidade das Parcerias Públicas da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo, SP – Brasil.

² Livre-Docente, Professor Associado do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Larissa Kozloff Naves. E-mail: larinaves@usp.br
Submetido em: 12/09/2013 Aprovado em: 27/02/2014

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a prática assistencial da intubação gástrica para nutrição enteral dos usuários dos grupos pediátrico e adulto/idoso em um Programa de Assistência Domiciliar de um hospital universitário. Trata-se de estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa, adotando-se estatística descritiva, teste de significância de 5% e cálculo de indicadores. A população foi composta de 37 sujeitos sendo 81,1% do grupo adulto/idoso. Em relação à idade do cuidador, no grupo pediátrico a média foi de 35,1 anos (dp+7,6) e no grupo adulto/idoso 54,2 anos (dp+11,9), havendo diferença estatisticamente significativa ($p=0,00$). A incidência de extubação não planejada no grupo pediátrico foi de 1,05 e no adulto/idoso 0,73, não havendo diferença estatística significativa ($p=0,28$) entre os grupos. Porém, todas as extubações do grupo pediátrico foram não planejadas. A atenção domiciliar é um campo do conhecimento a ser explorado e o emprego de indicadores permite identificar problemas reais e potenciais, visando implementar ações efetivas para o alcance da qualidade em saúde. No tocante às extubações gástricas mensuradas por meio de indicadores de resultado, verificou-se que os achados permitiram conhecer a realidade dos portadores de intubação gástrica, fornecendo subsídios para o estabelecimento de metas assistenciais e gerenciais para a melhoria contínua da qualidade e as reformulações necessárias dos processos de trabalho no âmbito da assistência domiciliar.

Palavras-chave: Intubação Gastrointestinal; Avaliação de Serviços de Saúde; Assistência Domiciliar; Enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the gastric intubation assistential practice for enteral nutrition of users of the pediatric and adult/elderly groups in the Home Care Program from a university hospital. This is exploratory-descriptive study with a quantitative approach, using descriptive statistics with test of significance at 5%, and calculation of indicators. The population was composed of 37 subjects; 81.1% being in the adult/elderly group. The age of caregivers showed statistically significant difference between the studied groups and were 35.1 years old (sd+7.6) in the pediatric group and 54.2 years old (sd+11.9) in the adult/elderly group. The incidence of unplanned extubation in the pediatric group was 1.05 and 0.73 in the adult/elderly group, with no statistically significant difference ($p = 0.28$) between the groups. However, all extubations in the pediatric group were unplanned. Home care is a field of knowledge to be exploited; the use of indicators allows the identification of actual and potential problems and implementation of effective actions to achieve quality in health. The analysis of gastric extubations measured through outcome indicators showed that the findings brought awareness to the reality of patients with gastric intubation, providing subsidies for the establishment of assistance and managerial goals for a continuous improvement in quality and the necessary reformulations of working procedures in the context of home care.

Keywords: Intubation, Gastrointestinal; Health Services Evaluation; Home Nursing; Nursing.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la práctica asistencial de intubación gástrica para nutrición enteral de usuarios de los grupos pediátrico y adulto/anciano en el programa de atención domiciliar de un hospital universitario. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, de enfoque cuantitativo con estadística descriptiva, prueba de significancia del 5% y cálculo de indicadores. La muestra constó de 37 sujetos de los cuales el 81,1% pertenecía al grupo adulto/anciano. Con respecto a la edad del cuidador en el grupo pediátrico el promedio fue de 35,1 años (dp+7,6) y en el grupo adulto/anciano de 54,2 años (dp+11,9), con diferencia estadística significativa ($p=0,00$). La incidencia de extubación no planeada en el grupo pediátrico fue de 1,05 y en el adulto/anciano de 0,73, sin diferencia estadística significativa ($p=0,28$) entre los grupos. Sin embargo, todas las

extubaciones del grupo pediátrico fueron no planeadas. La atención domiciliar constituye un campo de conocimiento por explorar y el empleo de indicadores permite identificar problemas reales y potenciales con miras a implementar acciones efectivas para lograr calidad en la salud. Con respecto a las extubaciones gástricas medidas a través de indicadores de resultado, se constató que los resultados permitieron conocer la realidad de los pacientes con intubación gástrica, aportando datos para establecer metas asistenciales y gerenciales para la mejora continua de la calidad y la reformulación necesaria de los procesos de trabajo dentro del contexto de la atención domiciliar.

Palabras clave: Intubación Gastrointestinal; Evaluación de Servicios de Salud; Atención; Domiciliar de Salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A assistência domiciliar (AD) é vista como uma tendência mundial no cuidado e compreendida como uma estratégia das organizações de saúde, no intuito de realocarem-se os custos e adaptem-se às necessidades dos portadores de doenças crônico-degenerativas e ao envelhecimento populacional.

Segundo a Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011¹, no Brasil a atenção domiciliar é uma nova modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

O planejamento dos cuidados no âmbito domiciliar é baseado na complexidade clínica do usuário e na sua necessidade de cuidados. Após a avaliação hospitalar, e indicação de um cuidador com ou sem vínculo familiar, determina-se o Plano de Atenção Domiciliar, que consiste em um documento, o qual contempla um conjunto de medidas, norteando a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e/ou indireta na assistência do usuário em seu domicílio desde sua admissão até a alta.²

Tendo em vista o aumento da demanda por este serviço e a instituição de política nacional que abrange os cuidados domiciliares, a inclusão de uma prática de monitoramento da qualidade na AD faz-se necessária para acompanhar e propor melhorias no atendimento dos usuários desse serviço.

A avaliação da qualidade e segurança do paciente pode ser aferida por meio do emprego de indicadores de estrutura, processo e resultado, do modelo avaliativo donabediano³, os quais permitem evidenciar o desempenho da prática da profissional. Além disso, o monitoramento contínuo desses indicadores favorece a compreensão da satisfação do usuário, a análise do custo-benefício e custo-efetividade da terapêutica e o desfecho clínico de dada condição de saúde.

Nesse sentido, a busca pela qualidade torna-se um imperativo técnico e social independente da natureza jurídica da instituição e são fundamentais a construção e o estabelecimento de critérios e mecanismos de avaliação e monitoramento da qualidade assistencial.⁴

Entre as terapêuticas empregadas no ambiente domiciliar, inclui-se a terapia de nutrição enteral (TNE), que corresponde

à administração de produtos não orais para suplementar ou substituir a ingestão oral de nutrientes.

No Brasil, estudo realizado no Distrito Federal encontrou, em 2005, incidência de 147,98 casos/milhão de habitantes/ano e a prevalência de 176,09 casos/milhão de habitantes.⁵ Contudo, não há no território nacional investigações que retratem a prevalência e a incidência de nutrição enteral domiciliar (NED) de modo a permitir a comparação entre os estados.

Na atualidade, o suporte nutricional no domicílio tem oportunizado 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.

Ao analisar o cenário mundial, sobretudo nos países desenvolvidos, observa-se crescente tendência à adoção dessa forma de tratamento nutricional, enfatizando sua importância em assegurar a qualidade de vida do paciente e a humanização no atendimento, além de propiciar o aumento do número de leitos disponíveis e, conseqüentemente, a redução dos custos em saúde.⁶

A nutrição enteral é considerada segura e efetiva. No entanto, nos Estados Unidos, pesquisas recentes da Agência Nacional de Segurança do Paciente (NPSA) em relação às sondas enterais alertam para as complicações da intubação gástrica, levando os profissionais de saúde a reverem suas práticas e diretrizes que permeiam a nutrição enteral (NE).⁷

Assim, a intubação gástrica no domicílio é uma prática assistencial destinada ao aporte nutricional e administração de medicamentos, implicando instalação, manutenção e estabilidade da sonda, administração da dieta e de medicamento e a capacitação dos cuidadores ou do próprio paciente para o sucesso da terapêutica.

Os acessos enterais são classificados como de curto prazo, introduzido via nasal ou oral com duração inferior a seis semanas, ou de longo prazo, que são os percutâneos ou de implantação cirúrgica – gastrostomia.

Todos os usuários de terapia nutricional (TN) devem ser monitorizados periodicamente no decorrer da terapêutica e esta avaliação objetiva, especialmente, garantir o acesso ao melhor que a terapia pode lhe oferecer, tendo como resultado a recuperação clínica a custos baixos.⁸ Além disso, a perda do tubo gástrico expõe o paciente a riscos desnecessários, como a broncoaspiração, o desconforto e a dor devido às reintubações e o aumen-

to do consumo de material. Tais premissas vêm ao encontro do estabelecimento da gestão de qualidade para os usuários em TN.

O Projeto Diretrizes,⁸ que prevê orientações diagnósticas e terapêuticas e, quando aplicável, preventivas, baseadas em evidências científicas, publicou um documento que norteia a gestão da qualidade para os usuários em TN, propondo o emprego de protocolos e indicadores gerais, de efetividade e de resultado visando à qualidade e segurança do paciente. Entre os indicadores propostos encontra-se a mensuração da incidência de perda do tubo gástrico.

Ampliando a recomendação Projeto Diretrizes⁸, entende-se que as extubações gástricas, ou seja, as perdas das sondas nasogástricas ou gastrostomia, podem ser consideradas medidas de avaliação em saúde, especialmente por gerarem indicadores assistenciais e gerenciais. 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.

Tendo em vista: as repercussões que as extubações não planejadas provocam no estado de saúde dos usuários, na segurança do paciente e na qualidade da assistência na AD; as lacunas existentes na literatura quanto à qualidade da AD; que aplicar indicadores de resultado constituem-se em elementos que guardam estreita relação com a avaliação da qualidade assistencial, este estudo tem por objetivo caracterizar a população dos usuários submetidos à intubação gástrica no domicílio e comparar a incidência e a classificação das extubações entre os usuários dos grupos pediátrico e adulto/idoso.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa, com coleta prospectiva de dados. O local de estudo foi o Programa de Assistência Domiciliar de um hospital universitário da cidade de São Paulo. A população-alvo desta investigação foi constituída por usuários submetidos à intubação gástrica para NED. Desse modo, 37 usuários foram envolvidos na pesquisa, sendo sete do grupo pediátrico e 30 do grupo adulto/idoso, no período de abril a agosto de 2010. Os sujeitos já faziam parte do PAD ou foram admitidos ao longo do período de coleta. Definiram-se como critérios de exclusão os casos que evoluíssem para óbito nas primeiras 24 horas após a admissão do PAD ou aqueles que tivessem a via de alimentação alterada (evolução para alimentação por via oral).

O grupo de usuários pediátrico foi composto de crianças com idade de zero a 12 anos incompletos e adolescentes de 12 a 18 anos.⁹ O grupo de adulto/idoso foi constituído pelos sujeitos que se encontravam na faixa etária acima de 18 até 59 anos incompletos (adultos) e os idosos \geq 60 anos.¹⁰

O estudo foi submetido ao Departamento de Enfermagem e ao Comitê de Ética em Pesquisa do HU-USP e aprovado – protocolo

986/10 e SISNEP CAAE 0013.0.198.000-10. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi dispensado do estudo, pois o evento “extubação gástrica” é coletado sistematicamente, assim como os eventos de queda, úlcera por pressão e perda de cateteres. E são acompanhados como indicadores assistenciais e trabalhados como ferramenta de gestão. É uma prática de gerenciamento, não envolvendo intervenção nem abordagem direta ou indireta dos seres humanos, mas sim o registro de um evento coletado rotineiramente pela instituição. Portanto, não há necessidade do TCLE.

Para selecionar os sujeitos passíveis de inclusão na pesquisa foi consultado o cadastro eletrônico dos usuários do PAD, indicando os portadores de intubação gástrica para NE. A seguir, houve o levantamento dos prontuários; e os dados da primeira parte do instrumento de coleta “Formulário 1” foram preenchidos pela pesquisadora a partir dos impressos: “Histórico de Paciente” e “Evolução de Enfermagem” contidos no prontuário. Os dados da segunda parte do instrumento de coleta foram registrados pela pesquisadora ou pelas enfermeiras após a ocorrência do evento. Também se recorreu às anotações e evoluções de enfermagem, especialmente para confirmar as circunstâncias envolvidas por ocasião das extubações. O formulário 2 foi preenchido pela pesquisadora realizando-se a somatória do total de paciente-dia intubado no final de cada mês.

O instrumento de coleta foi elaborado especificamente para este estudo e foi submetido a um pré-teste, o qual demonstrou não haver necessidade de alterações. Consistia em um formulário dividido em duas partes, sendo a parte I composta de dados sociodemográficos e clínicos e as informações técnicas do procedimento, registrando-se as variáveis: sexo, idade, os três primeiros diagnósticos de admissão do usuário, diagnósticos 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 continha um quadro destinado a registrar: data e horário da ocorrência e motivos da perda (posição seletiva, obstrução, rompimento do balão, deterioração do material, retirada pelo próprio paciente, pelo cuidador, deslocamento da sonda durante realização de procedimento ou eletiva). No caso de retirada durante a realização de um procedimento, houve o registro das circunstâncias envolvidas, por exemplo, a infusão da dieta e banho. Um segundo formulário, para acompanhamento, foi elaborado para o registro de paciente/dia portador de sonda gástrica, com o objetivo de mensurar o número de paciente-dia intubado, possibilitando, assim, calcular a incidência da extubação gástrica.

Os dados obtidos foram organizados em planilha eletrônica desenvolvida no programa Microsoft Excel® 2003 e, posteriormente, tratados pela análise estatística no Statistic Package for Social Sciences (SPSS)® versão 18.0, ambos em ambiente Windows. Para as variáveis qualitativas foram utilizadas as frequên-

cias relativa e absoluta. Para as variáveis quantitativas empregaram-se médias e medianas, desvios-padrão, amplitude mínimo e máximo, para indicar a variabilidade dos dados. Para comparar as médias das variáveis quantitativas entre os dois grupos (pediátrico e adulto/idoso) empregaram-se os testes de T-Student (T) e o qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%, os valores de $p < 0,05$. O tempo de permanência das sondas foi analisado com o método de Kaplan-Meier e a comparação das curvas de sobrevida foi testada com o teste log rank.

A incidência de extubação gástrica foi calculada mediante indicadores assistenciais de resultado, os quais são expressos por meio de equação matemática, na qual o numerador representa o evento a ser medido (extubação gástrica ou retirada da sonda) e o denominador diz respeito à população de risco ou sob avaliação (paciente/dia intubado), multiplicado por 100.¹¹⁻¹³

As extubações foram classificadas em:

- **extubação planejada:** caracterizada pelo término da terapêutica, pela substituição eletiva da sonda (de acordo com protocolo a cada seis meses) ou alteração da via de intubação (nasogástrica para gastrostomia);
- **extubação não planejada:** caracterizada pela situação de retirada da sonda por rompimento do balão, por obstrução, pela deterioração do material, pela posição seletiva ou retirada da sonda pelo paciente, profissional de saúde ou cuidador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A AD consolida suas atividades a partir das demandas dos serviços de saúde e dos usuários na redução do tempo de interação, do número de rehospitalizações, dos custos, na humanização do atendimento e melhora na qualidade de vida do paciente.

Conforme protocolo de cada instituição e em consonância com a Portaria 2.209 de 24 de agosto de 2011¹ para a concessão desse serviço faz-se necessária a indicação do cuidador, sendo definido como “pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana”.

A Tabela 1 retrata a caracterização dos sujeitos participantes do estudo.

A TNED está indicada para indivíduos em todas as faixas etárias. Neste estudo, analisaram-se as relações entre os grupos pediátrico e adulto/idoso, a fim de definir as diferenças e especificidades de cada um.

A distribuição dos grupos pediátrico e adulto/idoso apresentou-se da seguinte maneira: dos 37 usuários, 30 (81,1%) pertenciam ao grupo adulto/idoso. Quanto ao sexo, no grupo pediátrico quatro (57,1%) pertenciam ao feminino e no adulto/idoso, a distribuição foi uniforme (50%). Na análise dessas variáveis, a partir do teste de Fisher, não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,532$).

Tabela 1 - Distribuição dos grupos pediátrico e adulto/idoso segundo as variáveis sexo, faixa etária, diagnóstico de admissão e diagnóstico secundário e perfil do cuidador – São Paulo, 2010

Variáveis	Pediátrico		Adulto/Idoso	
	N=7	%	N=30	%
Perfil do usuário				
Sexo				
Feminino	4	57,1	15	50
Masculino	3	42,9	15	50
Diagnóstico Admissão*				
Acidente Vascular Cerebral	0	0	12	40
Demência não especificada	0	0	10	33,3
Traumatismo Intra craniano	0	0	3	10
Paralisia Cerebral	1	14,2	2	6,7
Werdnig-Hoffmann	2	28,6	0	0
Síndrome de West	2	28,6	0	0
Neoplasias Malignas	0	0	2	6,7
Anomalias cromossômicas	2	28,6	0	0
Doença pelo vírus da imunodeficiência	0	0	1	3,3
Perfil do Cuidador				
Sexo				
Feminino	7	100	26	86,7
Masculino	0	0	4	13,3
Faixa Etária (anos)				
18 I--I 60	7	100	20	66,7
≥ 60 anos	0	0	10	33,3
Vínculo				
Familiar	7	100	29	96,7
Não familiar	0	0	1	3,3
Grau de Parentesco*				
Mãe	7	100	3	10,3
Esposa(o)	0	0	9	31
Filha(o)	0	0	8	27,6
Irmã(o)	0	0	2	6,9
Outros vínculos	0	0	7	24,1
Grau de Escolaridade**				
Ensino Fundamental Incompleto	3	42,8	10	33,3
Ensino Fundamental Completo	0	0	6	20
Ensino Médio Completo	2	28,6	4	13,3
Ensino Médio Incompleto	2	28,6	2	6,7
Ensino Superior Completo	0	0	2	6,7
Ensino Superior Incompleto	0	0	1	3,3

*um cuidador não possuía vínculo familiar, ** 5 cuidadores não informaram o grau de escolaridade.

Fonte: elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

Em estudo realizado no Distrito Federal, a distribuição entre os grupos foi de 45,9% para o pediátrico e 54,1% para o adulto/idoso. Quanto ao sexo, essa diferença não atingiu significância estatística ($p=0,179$).⁵

Na pesquisa que aborda a NED em usuários pediátricos, 60% do grupo estudado eram compostos pelo sexo feminino, corroborando os achados desta pesquisa.⁶

Em relação ao diagnóstico de admissão, 73% da população estudada apresentaram doenças neurológicas e 21,6% doenças genéticas. Em estudo similar na Inglaterra, 48% dos sujeitos relataram diagnósticos neurológicos, seguidos de 36% oncológicos.¹⁴

Em relação à variável idade do cuidador para os dois grupos, no pediátrico a média de idade correspondeu a 35,1 anos ($dp+7,6$) e para o adulto idoso, 54,2 anos ($dp+ 11,9$), ao teste t-Student não houve diferença estatística significativa ($p=0,00$).

Na caracterização do cuidador, constatou-se que no grupo pediátrico 100% eram as mães. No grupo adulto/idoso, a maioria era o cônjuge ou filho, do sexo feminino, com ensino fundamental incompleto, coincidindo com os achados de um estudo conduzido na Espanha em um grupo de cuidadores de idosos.¹⁵

Nesse aspecto, os cuidadores do grupo pediátrico são mais jovens quando comparados ao adulto/idoso e permanece mais tempo no PAD em função da sobrevivência desse grupo.

O tempo de permanência no PAD correspondeu à média de 24,5 ($dp+12,4$) meses no grupo pediátrico e no grupo adulto/idoso sete ($dp +9,7$) meses, entre os dois grupos, apresentando diferença estatisticamente significativa ($p=0,00$).

A sobrevivência infantil é significativa e vem aumentando em resposta à melhora dos padrões de qualidade de vida, avanços na nutrição e medidas de saneamento preventivas, e ainda mais acentuada à medida que modernos recursos de saúde pública tornam-se disponíveis. Ainda, que todas as faixas etárias se beneficiem da mudança nos padrões de doença e do aumento da expectativa de vida, o declínio da mortalidade infantil é certamente o maior, especialmente no grupo de um a quatro anos.¹⁶

Como verificado na literatura, a intubação gástrica para a nutrição enteral na AD é um procedimento que garante a passagem do alimento para o estômago por meio da sonda nasogástrica ou da gastrostomia. O tempo de permanência dessas sondas é variável, pois segue os protocolos assistenciais de cada serviço de saúde ou depende das intercorrências que concorrem para sua retirada.

Neste estudo, analisando o período da coleta dos dados, a soma total dos dias de intubação correspondeu a 2.676 dias, sendo 745 no primeiro mês, 666 no segundo, 632 no terceiro e 633 no quarto mês.

No grupo pediátrico, o total de dias de intubação foi de 760; 208 no primeiro mês, 186 no segundo, 180 no terceiro e 186 no quarto. E no grupo adulto/idoso, correspondeu ao total

de 1.916 dias; 537 no primeiro mês, 480 no segundo, 452 no terceiro e 447 no quarto mês.

Ainda em relação à via, verificou-se o predomínio da inserção da sonda pela gastrostomia (51,4%). Esse achado vai ao encontro da maior parte dos países da Europa, exceto na Espanha, na qual a gastrostomia é utilizada por 25% da população que recebe aporte nutricional pela via enteral.¹⁷

Em estudo realizado na Inglaterra, 78% dos pacientes recebiam dieta por gastrostomia.¹⁸ No Brasil, estudo demonstrou que 61,8% dos pacientes recebiam a dieta enteral no domicílio, pela via nasogástrica.⁵

Na Espanha, em estudo realizado na população pediátrica em NED, 64% utilizavam tubo nasogástrico e 34% gastrostomia e 28,23% dos diagnósticos eram por doenças neurológicas.¹⁹

Constata-se, pelo exposto, a variabilidade em relação à escolha da via de intubação para NED, uma vez que esta dependerá do quadro clínico do paciente e da disponibilidade dos recursos do serviço e dos familiares/usuário.

Quanto à via de inserção, ou seja, nasogástrica e gastrostomia, para o grupo de pediatria, 100% utilizaram como via de acesso a gastrostomia. Por outro lado, no grupo de adultos, a maior parte, 18 (60%), usou a via nasogástrica.

Pode-se inferir que os achados do presente estudo estão de acordo com a literatura, com especial atenção para 100% das crianças/adolescentes que utilizaram a gastrostomia.

No tocante ao número de substituições, durante o período de coleta, no total 18 usuários substituíram a sonda gástrica, sendo cinco do grupo pediátrico. Ainda nesse grupo, 60% substituíram a sonda por duas vezes e no grupo adulto/idoso esse percentual foi de 30,7%. Destaca-se que todos os usuários que substituíram a sonda três vezes pertenciam ao grupo adulto/idoso. Esse resultado pode estar correlacionado à própria via de inserção, à idade e aos diagnósticos clínicos desse grupo reportado na tabela anterior.

Quanto à quantidade de substituições da sonda no período de coleta, esta correspondeu à média de 1,6 vez para os dois grupos. Aplicando-se o teste T-Student ($p=0,968$), não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos pediátrico e adulto/idoso (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do tipo de extubação – planejada e não planejada, nos grupos pediátrico e adulto/idoso – São Paulo, 2010

Tipo de extubação	Pediátrico		Adulto/Idoso		Total	
	N	%	N	%	N	%
Planejada	0	0	7	24,1	7	24,1
Não Planejada	8	27,7	14	48,2	22	75,9
Total	8	27,7	21	72,3	29	100

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

Os resultados da Tabela 2 mostraram que a maior parte das extubações, nos dois grupos, foi a não planejada. No grupo adulto/idoso esse percentual correspondeu a 14 (48,2%), enquanto no pediátrico a oito (27,7%). Destaca-se o fato de não ter ocorrido a extubação planejada (substituição em virtude do protocolo estabelecido, alteração de via ou término da terapia) no grupo pediátrico.

Estudo realizado na Grécia verificou que a complicação mais frequente de extubação foi inadvertida (não planejada) (45,1%), ou seja, por dano do material/oclusão da sonda²⁰, exibindo diferença com os dados coletados neste estudo (75,9%), para os dois grupos.

A Tabela 3 evidencia a incidência de extubação segundo o tipo e o grupo, por cada um dos meses de coleta.

Tabela 3 - Incidência por mês e tipo de extubação dos usuários do grupo pediátrico e adulto/idoso – São Paulo, 2010

Mês	Tipo			
	Pediátrico (n= 8)		Grupo Adulto/Idoso (N=21)	
	Planejada (n=0)	Não Planejada (n=8)	Planejada (n=7)	Não Planejada (n=14)
1	0	1,92	0,18	1,11
2	0	0	0,2	0,83
3	0	1,66	1,1	0,66
4	0	0,53	0	0,22

Fonte: Elaborada pelas autoras com base nos dados da pesquisa.

Pela análise da Tabela 3 no grupo pediátrico, ocorreram oito extubações não planejadas em 760 pacientes-dia. O primeiro mês apresentou a maior incidência, 1,92 de extubações/100 pacientes-dia e o segundo a menor.

No grupo adulto/idoso, em que ocorreram 21 extubações em 1.916 pacientes-dia intubado, a incidência geral foi de 1,09, sendo 0,73 para a não planejada e 0,36 para a planejada. O quarto mês apresentou a menor incidência de não planejada e o primeiro a maior.

No que se refere aos motivos que levaram às extubações não planejadas, para o grupo pediátrico 100% foram por rompimento do balão; e no grupo adulto/idoso, das 14 extubações, seis (42,8%) foram por retirada pelo próprio paciente, duas (14,3%) por retirada pelo cuidador, duas (14,3%) foram por rompimento do balão, duas (14,3%) por posição seletiva da sonda, seguida de uma (7,1%) por obstrução da sonda e uma (7,1%) por deterioração do material.

Em relação ao motivo com maior incidência – “rompimento de balão” –, 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, a manutenção de programas periódicos de capacitação e avaliação da

prática e o aprendizado por parte do cuidador. No que diz respeito ao motivo de retirada de sonda pelo próprio usuário no grupo adulto/idoso, atentar para a fixação da sonda e para o estado clínico do paciente, a partir de orientações aos cuidadores/familiares, a fim de minimizar as complicações decorrentes desses tipos de extubação.

A Figura 1 apresenta as curvas de sobrevida, ou seja, o tempo de permanência até a extubação, planejada ou não, da sonda gástrica dos grupos pediátrico e adulto/idoso em meses.

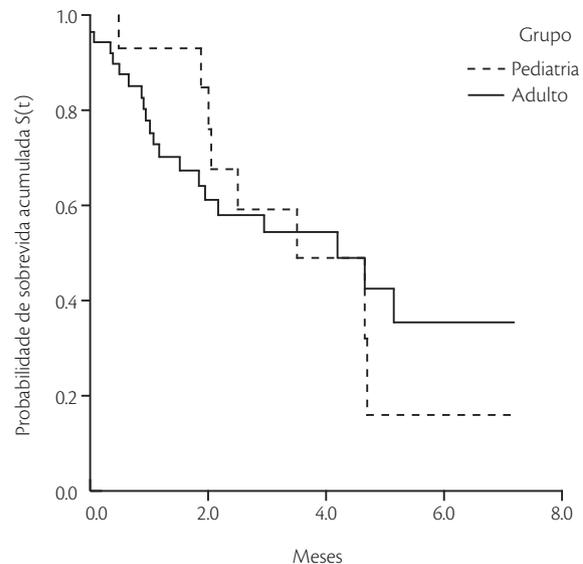


Figura 1 - Curvas de sobrevida: tempo de permanência – da sonda gástrica dos grupos pediátrico e adulto/idoso – São Paulo, 2010. * p= 0,981 (Qui quadrado).

No primeiro mês, a probabilidade de permanência de sonda, para o grupo pediátrico, foi de 92,9%. Para o grupo adulto/idoso, foi de 75,1%. No quarto mês, para o grupo pediátrico foi de 49,2% e para o grupo adulto/idoso a probabilidade de permanência foi de 54,5%. Não houve diferença estatística significativa entre as curvas de sobrevivência dos grupos pediátrico e adulto/idoso (p=0,981).

Os usuários pediátricos permaneceram mais tempo com a sonda de gastrostomia em relação ao grupo de adulto idoso, no primeiro mês, decaindo ao longo do tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao delinear 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 as crianças e adolescentes dependentes de tecnologia.

Outro aspecto que merece destaque diz respeito ao perfil do cuidador, no caso, pertencente ao grupo de cuidador informal, re-

presentado pela figura feminina da mãe, filha, neta ou cunhada. Nessa perspectiva ratifica-se que a família constitui-se em um dos pilares de sustentação no atendimento domiciliar e necessita dos profissionais de saúde para compartilhar os problemas, os sucessos e insucessos do cuidado, assim como dos equipamentos de saúde disponíveis para esse tipo de modalidade de atenção.

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada 63/2000 aprovada pela ANVISA, que sanciona o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral, estabeleceu-se como uma das competências gerais do enfermeiro orientar o paciente, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TNE²¹. Portanto, 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 o sucesso da terapêutica como a satisfação dos usuários e familiares.

Contudo, reconhece-se a necessidade de estabelecer parcerias com a equipe de profissionais da saúde diretamente envolvidos no atendimento do usuário que recebe nutrição enteral via sonda gástrica como os médicos, nutricionistas e fonoaudiólogos.

Em estudo realizado na Inglaterra¹⁴ e outro realizado por um grupo de pesquisadores na Espanha,¹⁹ afirma-se a importância do planejamento e da capacitação e orientação dos cuidados na adoção de medidas como transferência do paciente para o domicílio e na formação de um grupo de apoio para os pacientes com NED.

Quanto às características e particularidades de cada grupo, no pediátrico todas as extubações foram não planejadas, sugerindo ações que reforcem a educação do cuidador quanto ao manuseio da sonda, análise do tipo de medicamento utilizado e verificação do tipo de material.

Ainda, no que diz respeito às taxas de extubação, recomenda-se que estas sejam mensuradas por um período mais longo, tempo limitado em quatro meses neste estudo, o que possibilitará a construção de uma série histórica, aprofundando o conhecimento e monitorando a qualidade dos cuidados providos ao usuário no ambiente domiciliar, propiciando tomadas de decisão nos âmbitos assistencial e gerencial e estabelecimentos de metas em busca da melhoria contínua da assistência.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Portaria nº 2029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Citado em 2013 ago 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html
2. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC/ANVISA nº11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam a atenção domiciliar. Anexo. (on line). [Citado em 2013 ago 19]. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word>
3. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica: In: White KL, Frank J, organizador. Investigaciones sobre servicio de salud: una antología. Washington (DC): OPAS; 1992. p. 382-404.
4. Klück M, Prompt CA. O programa brasileiro de acreditação hospitalar na gestão da qualidade assistencial. In: Quinto Neto A, Bittar OJNV, organizadores. Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Da Casa; 2004.
5. Zaban ALRS, Novaes MRCC. Perfil epidemiológico e aspectos econômicos da nutrição enteral domiciliar no Distrito Federal: uma análise histórica de 2000 a 2005. *Com Ciências Saúde*. 2009; 20(2):143-50.
6. Moreira SPL, Galvão NRL, Fortes RC, Zaban ALRS. Terapia de nutrição enteral domiciliar: principais implicações dessa modalidade terapêutica. *Com Ciências Saúde*. 2010; 21(4):309-18.
7. Fletcher J. Nutrition: safe practice in adult enteral tube feeding. *Br J Nurs*. 2011 Oct 28; 9:20(19):1234,1236-9.
8. Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes. Terapia Nutricional: Indicadores de qualidade. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; 2011. [Citado em 2013 ago 19]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/9_volume/terapia_nutricional_indicadores_de_qualidade.pdf
9. Brasil. Lei 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Citado em 2013 ago 19]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Leis/L8069.htm>
10. Brasil. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. [Citado em 2013 ago 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm
11. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Accreditation Characteristics of clinical indicators. *QRB Qual Rev Bull*. 1989; 15(11):330-9.
12. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003; 5(6):523-30.
13. Manual de indicadores de enfermagem NAGEH/Programa de Qualidade Hospitalar (CQH). 2ª ed. São Paulo:APM/CREMESP; 2012.
14. Best C, Hitchings H. Enteral tube feeding – from hospital to home. *Br J Nurs*. 2010 Feb 11; 24:19(3):174, 176-9.
15. González-Valentín A, Gálvez-Romero C. Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos*. 2009; 20(1):15-21.
16. Drucker LP. Rede de suporte tecnológico domiciliar à criança dependente de tecnologia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(5):1285-94.
17. Moreno-Vilares JM. La práctica de la nutrición artificial domiciliaria in Europa. *Nutr Hosp*. 2004; 19(2):59-67.
18. Best C, Hitchings H. Day case gastrostomy placement for patients in the community. *Br J Community Nurs*. 2010; 15(6):272-8.
19. Gómez-López C, Martínez-Costa C, Pedrón-Giner C, Calderón-Garrido VM, Navas López A, Martínez Zazo A, Moreno Villares JM. Current status of pediatric home enteral nutrition in Spain: The importance of the NEPAD register. *Nutr Hosp*. 2010; 25(5):810-3.
20. Alexopoulos P, Alivizatos V, Apostolopoulos A, Bajrucevic S, Gavala V. Feeding tube-related complications and problems in patients receiving long-term home enteral nutrition. *Indian J Palliat Care*. 2012; 18(1):31-3.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC/ANVISA nº63/2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral. [Citado em 2013 ago 21]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/61e1d380474597399f7bdf3fbc4c6735/RCD+N%C2%B0+63-2000.pdf?MOD=AJPERES>