

CUIDADOS PRIORITÁRIOS PARA A ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS DE PACIENTES CRÍTICOS

Rafaella Paré Guglielmi¹

Josefine Busanello²

Resumo:

A aspiração das vias aéreas é um procedimento executado com a finalidade de remover secreções, manter as vias aéreas pervias e prevenir infecções, sendo indicado para pacientes com eliminação ineficaz de secreções ou pacientes submetidos a ventilação mecânica. Apesar de ser realizada para remoção de fluídos desnecessários, o procedimento em contraponto, geram diversas complicações como: redução da complacência dinâmica e do VC expirado, hipoxemia, bradicardia (Frequência cardíaca 5% do valor mensurado anteriormente), trauma da mucosa e atelectasia. Diante disso, a Enfermagem tem papel fundamental na realização desse procedimento, visto que a aspiração é um procedimento de responsabilidade do enfermeiro, que deve estar capacitados previamente para a realização do mesmo. Assim, objetiva-se identificar, a partir da percepção dos profissionais de Enfermagem, cuidados prioritários para a aspiração de vias aéreas de pacientes críticos. Nesse contexto, justifica-se a importância dos cuidados prioritários para a aspiração de vias aéreas, compreendendo a técnica, os benefícios e os malefícios. Estudo com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada em uma UTI adulta de um hospital do Sul do Brasil. Participaram do estudo 28 profissionais da área de Enfermagem, sendo três de nível superior e 25 de nível técnico, que atenderam aos critérios de inclusão: atuar na assistência direta aos pacientes adultos internados na unidade descrita como cenário investigativo do estudo. Como resultado, Embora, os registros de enfermagem tenham avançado em qualidade ao longo dos anos, muitas vezes ainda apresentam-se incompletos. Por meio de informações completas, objetivas, claras e em ordem cronológica propicia-se a comunicação entre as equipes de enfermagem e multiprofissional, bem como a continuidade do cuidado. Os profissionais entrevistados afirmam estar em conformidade com tal prática. Conclui-se que no cuidado ao paciente crítico, além de garantir a finalidade do procedimento, é importante minimizar os riscos e as complicações associadas a aspiração. Nesse sentido, é importante estudos voltados para os todos os demais aspectos que podem contribuir para garantir a segurança no procedimento de aspiração

Palavras-chave: enfermagem; aspiração; segurança do paciente

Modalidade de Participação: Iniciação Científica

**CUIDADOS PRIORITÁRIOS PARA A ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS DE PACIENTES
CRÍTICOS**

¹ Aluno de graduação. rafinhaguglielmi@gmail.com. Autor principal

² Docente. josefinebusanello@unipampa.edu.br. Orientador

CUIDADOS PRIORITÁRIOS PARA A ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS DE PACIENTES CRÍTICOS

1. INTRODUÇÃO

A aspiração das vias aéreas é um procedimento executado com a finalidade de remover secreções, manter as vias aéreas pervias e prevenir infecções, sendo indicado para pacientes com eliminação ineficaz de secreções ou pacientes submetidos a ventilação mecânica (FELTRIM, 2015).

De acordo com Martins et al. (2008), a aspiração deve ser realizada especialmente quando há presença de ruídos adventícios durante a ausculta pulmonar. Outras alterações, tais como, o aumento do pico da pressão inspiratória no VM, diminuição no volume corrente durante a ventilação com pressão e queda na saturação de oxigênio (SatO₂), também indicam a necessidade de aspiração. Os mesmos autores destacam que os critérios mais utilizados pelos profissionais de saúde para realizar o procedimento é a secreção audível e visível no tubo endotraqueal.

Apesar de ser realizada para remoção de fluídos desnecessários, o procedimento em contraponto, geram diversas complicações como afirma Gonçalves (2018): redução da complacência dinâmica e do VC expirado, hipoxemia, bradicardia (Frequência cardíaca < 50 batimentos/minuto, bpm), hipotensão (queda da pressão arterial (PA) < 80 mmHg) e dessaturação da hemoglobina (diminuição >5% do valor mensurado anteriormente), trauma da mucosa e atelectasia. Diante disso, a Enfermagem tem papel fundamental na realização desse procedimento, visto que a aspiração é um procedimento de responsabilidade do enfermeiro, que deve estar capacitados previamente para a realização do mesmo. Nesse contexto, justifica-se a importância dos cuidados prioritários para a aspiração de vias aéreas, compreendendo a técnica, os benefícios e os malefícios.

Assim, objetiva-se identificar, a partir da percepção dos profissionais de Enfermagem, cuidados prioritários para a aspiração de vias aéreas de pacientes críticos.

2. METODOLOGIA

Estudo com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada em uma UTI adulta de um hospital do Sul do Brasil. Participaram do estudo 28 profissionais da área de Enfermagem, sendo três de nível superior e 25 de nível técnico, que atenderam aos critérios de inclusão: atuar na assistência direta aos pacientes adultos internados na unidade descrita como cenário investigativo do estudo. Como critério de exclusão, foram retirados do estudo os profissionais em período de afastamento, por motivos como saúde ou férias, no período de coleta dos dados.

A coleta de dados foi realizada mediante um instrumento de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas sobre os cuidados adotados na aspiração endotraqueal, nasal e oral. As entrevistas foram gravadas em arquivo de áudio e, posteriormente, transcritas, mantendo a inteireza das falas dos participantes. Para preservar a privacidade e anonimato dos participantes, os mesmos foram reconhecidos por códigos como “ENF” para Enfermeiro, e “TEC” para Técnicos de Enfermagem, junto à numeração de ordem das entrevistas.

O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pampa, sendo aprovado o protocolo 360.967/2013. Os profissionais receberam o

convite para participar, e o aceite se formalizou mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados qualitativos foram sujeitos à análise temática, seguindo as etapas: pré-análise, exploração do material, interpretação e tratamento dos resultados. Na análise quantitativa dos dados foram usadas técnicas de distribuição de frequência e análise descritiva, com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados em duas duas categorias temáticas, definindo as ações durante e após o procedimento de aspiração.

Cuidados durante o procedimento de aspiração

Durante o procedimento deve-se seguir as seguintes ações: introduzir a sonda cautelosamente, apenas no comprimento do tubo, mantendo o látex clampeado; desclampear o látex e ir retirando a sonda em movimentos circulares de modo que seus orifícios laterais atinjam a ponta do tubo onde, geralmente, ocorrem impactações de secreções (OLIVEIRA, 2016). Esses cuidados foram evidenciados nas falas dos profissionais de enfermagem que também destacaram: não introduzir toda a sonda; fluidificar as secreções com soro fisiológico; e realizar manobras com reanimador manual autoinflável (ambu) conectado ao oxigênio.

A gente introduz com o látex clampeado. Aspira, e quando puxa, clampeia de novo [...] Quando o vácuo da aspiração vir, ele pode lesionar e sangrar um pouco. Tu tem que aspirar só se tiver secreção (TEC14).

Não introduzo toda a sonda. Procuro fazer movimentos circulares, de maneira delicada e precisa (TEC01).

Já quanto à sequência seguida para a aspiração das vias aéreas, aproximadamente 68% dos profissionais relataram seguir a sequência de tubo, nariz e boca.

A sonda não pode ser utilizada primeiro na oro ou na naso. Primeiramente tem que ser na endotraqueal, porque é um procedimento estéril. Tem que usar luva estéril. A gente pode utilizar soro fisiológico para fluidificar (TEC03).

De acordo com Balbino (2016), a sequência correta de aspiração é tubo ou traqueostomia, nariz e boca. Essa ordem se justifica pela utilização de uma mesma sonda para aspirar da área estéril para a área limpa. No entanto, existe a alternativa de aspirar boca e nariz com técnica limpa e depois aspirar o tubo endotraqueal com técnica estéril, trocando de sonda e de luva. Essa sequência é justificada pelo fato de que o movimento da traqueia na aspiração do tubo pode deslocar o balonete e permitir o escorregamento das secreções subglóticas para os brônquios.

Os profissionais fazem uso do sistema fechado de aspiração, sendo prescrito pelo médico, e nas situações em que o paciente requer isolamento respiratório. Tratando-se da hiperoxigenação do paciente antes do procedimento, 82% dos profissionais alegam realizá-la.

Se é implementado pelo Enfermeiro, ou prescrito pelo médico. Acho que mais nas situações em que o paciente está em precaução de contato, em isolamento respiratório (TEC01).

Primeiro aperto na janela, a janela que a gente chama, que é aquela pra intensificar o fluxo de O₂ na FiO₂ do paciente, vai a 100% acho que em uns 2 minutos, o próprio respirador tem isso, eu aperto ali (ENF01).

Quando comparados os sistemas de aspiração aberto e fechado apresentam a mesma evidência da em relação à incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica. Porém, o sistema fechado tem melhores resultados relacionados à frequência cardíaca, pressão

arterial, ritmo cardíaco, saturação de oxigênio, minimiza períodos de hipoxemia ocasionados pela despressurização das vias aéreas quando o paciente é desconectado do ventilador, reduz o risco de contaminação do ambiente e do profissional que presta os cuidados, além de diminuir custos. Sua troca é recomendada a cada 72 horas ou quando houver sujidade ou mau funcionamento. (BALBINO, 2016; BRASIL, 2017).

Todos os entrevistados afirmaram que avaliam frequência cardíaca e saturação de oxigênio dos pacientes durante o procedimento. Também relataram que conectam a ventilação mecânica nos intervalos entre uma aspiração e outra. Em relação ao controle do tempo da aspiração, a média de tempo da aspiração endotraqueal relatada pelos profissionais foi de seis a 15 segundos (46%).

O tempo de aspiração não deve exceder 15 segundos. (CORTEZ, 2017). E nos intervalos entre uma aspiração e outra o paciente deve ser reconectado à ventilação mecânica, se for o caso, para recuperação dos parâmetros hemodinâmicos (OLIVEIRA, 2016). Há divergência entre o ideal e os relatos quando mais da metade dos profissionais excedem o tempo de aspiração, podendo causar agravos ao estado de saúde do paciente. Já a instilação de soro fisiológico é controversa e não existem evidências científicas que comprovem que os benefícios superam os danos e, apesar da ampla utilização. (HATICE, 2015) não é recomendada a instilação de maneira rotineira antes da aspiração. (CORTEZ, 2017)

Cuidados implementados após o procedimento de aspiração

Os cuidados implementados pelos profissionais após a realização do procedimento de aspiração envolvem: conexão do paciente novamente a ventilação mecânica; posicionamento e orientações ao paciente; desprezar o material utilizado no lixo contaminado; e monitorar os sinais vitais do paciente. Essas ações coadunam com a literatura, conforme evidenciado por Oliveira (2016).

Não deixar a sonda conectada, para evitar contaminação. Já desconecto, descarto a luva, coloco no lixo contaminado, e o paciente volta automaticamente para ventilação ou para o O₂, uma das primeiras coisas é voltar o paciente (TEC07).

[...] Conversar com ele, e procurar tranquilizá-lo. Porque, na maioria das vezes, eles ficam taquipneicos, a saturação cai, ou ficam taquicárdicos (TEC01).

Verifico as condições gerais do paciente, elevo a cabeceira para ele ventilar melhor. Alterno decúbito, se for possível. Porque, às vezes, a gente aspira e alterna o decúbito do paciente, e cai a saturação. A gente tem que virar de novo. Desprezo o material, deixo o paciente em ordem (ENF01).

Ainda, todos os profissionais relataram lavar o látex com água destilada, proteger a ponta do látex com embalagem limpa e seca, realizar a higienização das mãos, e trocar o sistema de aspiração a cada 24 horas. E, apenas 18% deles fazem a ausculta pulmonar ao final do procedimento.

Lavo o látex com água destilada, e protejo a ponta dele com a embalagem da própria sonda (TEC25).

Faço a higienização das mãos (ENF02).

É rotina aqui trocar o sistema de aspiração a cada 24 horas, geralmente na hora do banho, pela manhã ou pela tarde [...] Nunca é de noite que eles deixam. Quando o paciente sai, ou a gente tem que preparar algum box, a gente troca tudo (TEC10).

Não tenho costume realizar ausculta no fim, quem faz é a Enfermeira (TEC17).

Quanto às ações que envolvem o pós procedimento de aspiração, os profissionais estão em consonância com a literatura ao proteger o látex com a embalagem da sonda, conectar o paciente novamente a à ventilação mecânica com FiO₂ e os parâmetros iniciais, avaliar os sinais vitais bem como o padrão respiratório, posicionar o paciente de maneira confortável e

segura, desprezar o material usado no lixo contaminado, fazer a lavagem meticulosa das mãos e registrar o procedimento no prontuário (OLIVEIRA, 2016). A ausculta pulmonar permaneceu sendo pouco empregada na avaliação postintra. Além disso, todos os profissionais relataram lavar o látex com água destilada, conduta que mantém a limpeza do circuito evitando impregnação de secreções.

Em relação ao registro do procedimento nos prontuários, os profissionais também afirmaram que registrar o número de vezes que o paciente foi aspirado, o aspecto da secreção, a cor, a quantidade, e alterações que o paciente apresenta durante aspiração.

A gente procura registrar o número de vezes que o paciente foi aspirado, o aspecto da secreção e algumas alterações que o paciente possa apresentar durante a aspiração (TEC23).

No final do plantão, quantifica as vezes que realizou a aspiração. A quantidade se é pequena, média ou grande, se é purulenta, se é sanguinolenta, se é espessa, se é fétida, e a coloração (TEC21).

Embora, os registros de enfermagem tenham avançado em qualidade ao longo dos anos, muitas vezes ainda apresentam-se incompletos (BORSATO, 2011). Por meio de informações completas, objetivas, claras e em ordem cronológica propicia-se a comunicação entre as equipes de enfermagem e multiprofissional, bem como a continuidade do cuidado. (FROTA, 2014). Os profissionais entrevistados afirmam estar em conformidade com tal prática.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente trabalho possibilitou identificar que as práticas e técnicas utilizadas no procedimento de aspiração de vias aéreas coadunam com as evidências científicas. Especialmente, destaca-se que no cuidado ao paciente crítico, além de garantir a finalidade do procedimento, é importante minimizar os riscos e as complicações associadas a aspiração. Nesse sentido, é importante estudos voltados para os todos os demais aspectos que podem contribuir para garantir a segurança no procedimento de aspiração: atualização dos profissionais; estrutura organizacional dos serviços; disponibilidade de materiais e equipamentos; entre outros.

REFERÊNCIAS

- BALBINO, C. M. et al. Avaliação da técnica de aspiração de paciente em ventilação mecânica realizada pela enfermagem. **Rev enferm UFPE**. 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº551, de 13 de abril de 2005. Aprova o documento Requisitos Comuns para Unidades de Terapia Intensiva de Adultos do MERCOSUL. Brasília, 2005.
- Borsato, F. G. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. *Acta paul. enferm.* 2011;24(4): 527-533.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2017.
- CORTÊZ, P.C. et al. Aspiração endotraqueal de adultos intubados: para fazer boas práticas. **Fisioterapia Brasil**. 2017;18(6):776-777.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Nº 557/2017. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem. 2017.

FELTRIM, M. I. Z. et al. Fisioterapia cardiorrespiratória na Unidade de Terapia Intensiva cardiológica. 1ª ed. São Paulo: Blücher, 2015.

FROTA, O.P. et al. Aspiração endotraqueal por sistema aberto: práticas de profissionais de enfermagem em terapia intensiva. Esc Anna Nery 2014;18(2):296-302.

OLIVEIRA; R. G. et al. **Blackbook Enfermagem**. 1ª ed. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.