

Boas práticas para aspiração de vias aéreas de pacientes em terapia intensiva

Best practices for airway aspiration of intensive care patients

Buenas prácticas para la aspiración de las vías respiratorias de los pacientes de cuidados intensivos

Busanello, Josefine¹; Härter, Jenifer²; Bittencourt, Caroline Monteiro³; Cabral, Thaynan Silveira⁴; Silveira, Natália Pinto⁵

RESUMO

Objetivo: identificar boas práticas de cuidados para aspiração das vias aéreas de pacientes adultos, implementadas por profissionais de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, desenvolvido com 28 profissionais de Enfermagem em unidade de terapia intensiva adulto no sul do Brasil, por meio de entrevista semiestruturada e análise temática dos dados. **Resultados:** as boas práticas para a aspiração das vias aéreas foram configuradas em cinco categorias Critérios utilizados para definir a necessidade de aspiração; Biossegurança na aspiração das vias aéreas; Cuidados no procedimento de aspiração; Cuidados após o procedimento de aspiração; e Dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem no procedimento. **Conclusões:** as boas práticas para a aspiração de vias aéreas estão relacionadas com a avaliação do paciente para identificar a necessidade do procedimento, monitorar complicações durante e após o procedimento e garantir o melhor resultado clínico.

Descritores: Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Sucção; Unidades de terapia intensiva

ABSTRACT

Objective: to identify best practices care for airway aspiration of adult patients, implemented by Intensive Care Unit Nursing professionals. **Method:** qualitative, exploratory-descriptive study, developed with 28 nursing professionals in an adult intensive care unit in southern Brazil, through semi-structured interview and thematic analysis of data. **Results:** best practices for airway

1 Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Uruguaiana, Rio Grande do Sul (RS), Brasil (BR). E-mail: josefinebusanello@unipampa.edu.br ORCID: 0000-0003-0898-3729

2 Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Uruguaiana, Rio Grande do Sul (RS), Brasil (BR). E-mail: jeniferharter@unipampa.edu.br ORCID: 0000-0002-9130-4290

3 Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Uruguaiana, Rio Grande do Sul (RS), Brasil (BR). E-mail: carolinebittencourt.aluno@unipampa.edu.br ORCID: 0000-0003-1043-610X

4 Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Uruguaiana, Rio Grande do Sul (RS), Brasil (BR). E-mail: thaynancabral.aluno@unipampa.edu.br ORCID: 0000-0001-8761-0589

5 Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Uruguaiana, Rio Grande do Sul (RS), Brasil (BR). E-mail: nataliasilveira.aluno@unipampa.edu.br ORCID 0000-0003-2322-2063

Como citar: Busanello J, Härter J, Bittencourt CM, Cabral TS, Silveira NP. Boas práticas para aspiração de vias aéreas de pacientes em terapia intensiva. J. nurs. health. 2021;11(1):e2111119127. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19127>

aspiration were configured in five categories Criteria used to define the need for aspiration; Biosafety in airway aspiration; Care in aspiration procedure; Care after aspiration procedure; and Difficulties encountered by nursing professionals in the procedure. **Conclusions:** best practices for airway aspiration are related to patient assessment to identify the need for the procedure, monitor complications during and after the procedure, and ensure the best clinical outcome. Care is also taken to ensure biosafety, considering the risk to the patient and to the professional who operates the procedure.

Descriptors: Nursing; Nursing care; Suction; Intensive care units

RESUMEN

Objetivo: identificar buenas prácticas de cuidado para aspiración de las vías respiratorias de pacientes adultos, implementadas por profesionales de enfermería de Unidad de Cuidados Intensivos.

Método: estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, desarrollado con 28 profesionales de enfermería en una unidad de cuidados intensivos para adultos en el sur del Brasil, mediante una entrevista semiestructurada y un análisis temático. **Resultados:** las buenas prácticas para la aspiración de las vías respiratorias se configuraron en cinco categorías Criterios utilizados para definir la necesidad de aspiración; Bioseguridad en la aspiración de las vías respiratorias; Cuidado en el procedimiento de aspiración; Cuidado después del procedimiento de aspiración; y Dificultades encontradas por los profesionales de enfermería en el procedimiento. **Conclusiones:** las buenas prácticas para la aspiración de las vías respiratorias están relacionadas con la evaluación del paciente para identificar la necesidad del procedimiento, vigilar las complicaciones durante y después del procedimiento y asegurar el mejor resultado clínico.

Descriptor: Enfermería; Atención de enfermería; Succión; Unidades de cuidados intensivos

INTRODUÇÃO

A aspiração das vias aéreas é um procedimento que faz parte do conjunto de cuidados implementados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ambiente de alta complexidade destinado à internação de pacientes graves e instáveis. Tem como finalidade remover secreções do trato respiratório para manter as vias aéreas pervias e prevenir infecções,¹ sendo indicada para pacientes com eliminação ineficaz de secreções.²

Por se tratar de uma intervenção complexa, a aspiração das vias aéreas requer conhecimentos sobre a condição clínica do paciente, questões fisiopatológicas, suporte ventilatório e ventilação mecânica. Embora seja um procedimento compartilhado com o fisioterapeuta, a equipe de enfermagem é

responsável pela assistência ininterrupta ao paciente, devendo ter domínio da técnica correta de aspiração.³⁻⁴

Estudo randomizado, que investigou os efeitos fisiológicos da aspiração do tubo endotraqueal em pacientes adultos, evidenciou queda significativa na saturação periférica de oxigênio e aumento significativo na pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica e pressão arterial.⁵ Considerando essas complicações, a aspiração do tubo endotraqueal ou da traqueostomia não deve ser um procedimento rotineiro, e deve ser determinada a partir de critérios para definir a necessidade do procedimento.³

A Resolução nº 557/2017 do Conselho Federal de Enfermagem,

delibera que pacientes graves, submetidos ou não à intubação orotraqueal ou traqueostomia, deverão ter suas vias aéreas privativamente aspiradas pelo profissional Enfermeiro. No entanto, em situações de emergência, a aspiração de vias aéreas poderá ser realizada por Técnico de Enfermagem.⁶ Ainda que os profissionais de nível técnico de Enfermagem sejam os que mais realizam esse procedimento, cabe ao Enfermeiro a responsabilidade de supervisionar e orientar os Técnicos de Enfermagem acerca das boas práticas de cuidados para a aspiração das vias respiratórias.⁴

Estudos evidenciaram os níveis de conhecimento para a prática dos enfermeiros intensivistas em relação à aspiração endotraqueal.⁷⁻⁸ A maioria dos enfermeiros da UTI (69,9%) sabia a indicação do procedimento e (77,7%) sabia a ação a ser tomada frente a complicações. Enfermeiros com treinamento em UTI (57,3%) demonstraram significativamente maior conhecimento do que enfermeiros não treinados ($p < 0,005$), enquanto outros fatores, tais como o tempo de experiência profissional e o grau de especialidade, não tiveram influência.⁷

Frente ao exposto, o presente estudo justifica-se pela contribuição com a produção de conhecimento, acerca das boas práticas de cuidado para aspiração endotraqueal, oral e nasal, a partir da percepção de profissionais de enfermagem com experiência em cuidados intensivistas. Há insipiência de produções com essa abordagem, sendo de suma importância discutir o assunto com os profissionais de Enfermagem e fornecer subsídios para a elaboração de

projetos de atualização e a sistematização da assistência. O objetivo deste estudo foi identificar as boas práticas de cuidados para a aspiração das vias aéreas de pacientes adultos, implementadas por profissionais de Enfermagem em unidade de terapia intensiva.

MÉTODO

Este estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, realizado em uma UTI adulto de um hospital público do Sul do Brasil. O cenário de pesquisa disponibiliza 10 leitos de internação para pacientes adultos, para todas as especialidades clínicas e cirúrgicas. A instituição hospitalar é de médio porte, com capacidade instalada para atender as demandas loco-regionais em média complexidade, e alta complexidade em oncologia e neurologia. Dispõe de equipe multiprofissional, sendo a equipe de Enfermagem composta por 28 técnicos de Enfermagem e cinco Enfermeiros.

Foram convidados para participar do estudo os 33 profissionais de Enfermagem atuantes na assistência direta aos pacientes adultos internados na unidade descrita como cenário investigativo. Os profissionais em afastamento, por motivo de saúde ou férias, durante o período de coleta de dados não participaram do estudo.

No total 28 profissionais de Enfermagem participaram do estudo, sendo 25 de nível técnico e três de nível superior, com predomínio do gênero feminino (86%) e com idade entre 24 a 55 anos. O tempo de formação variou entre um a 30 anos. O tempo médio de

exercício na instituição foi de nove anos e o tempo médio de atuação na UTI adulto foi de seis anos. Os Enfermeiros participantes do estudo possuem pós-graduação em nível de especialização na área de terapia intensiva. A maioria (46%) dos profissionais de nível técnico possuem cursos de atualização e 18% dos técnicos de enfermagem cursam graduação em Enfermagem.

O período da coleta dos dados foi de março a abril de 2014. A captação dos participantes foi mediante convite e divulgação do projeto de pesquisa junto aos profissionais de Enfermagem da unidade, com apresentação dos objetivos do estudo. A coleta de dados ocorreu por meio de um instrumento de entrevista semiestruturada com perguntas acerca das boas práticas de cuidados adotadas na aspiração endotraqueal, oral e nasal. Os profissionais foram questionados: qual o principal critério que você utiliza para definir a necessidade de aspiração das vias aéreas? Quais cuidados são realizados antes, durante e após o procedimento? Quais cuidados você considera imprescindível para realizar a aspiração? O instrumento foi previamente analisado, a fim de averiguar o alcance do objetivo, tempo de entrevista e limitações.

As entrevistas foram conduzidas por dois acadêmicos da fase final do curso Enfermagem, do gênero feminino, previamente capacitados para realizar a coleta de dados, sob orientação do professor, pesquisador responsável pelo estudo. As entrevistas foram realizadas durante o turno de trabalho, na própria unidade, em ambiente adequado garantindo a privacidade do participante. As entrevistas tiveram duração média de

20 minutos, foram gravadas em arquivo de MP3 e, posteriormente, transcritas, mantendo a integralidade das falas dos participantes. Não se realizou notas de campo durante as entrevistas.

O material empírico, oriundo das entrevistas com os participantes, foi revisado por pares, incluindo a pesquisadora responsável pela pesquisa e outra doutora em enfermagem envolvida no estudo, com a finalidade de garantir a credibilidade do estudo. Considerou-se a saturação teórica e análise temática. Na pré-análise realizou-se a transcrição imediata das entrevistas e leitura para identificar núcleos de sentido. Após, a partir da exploração do material, realizou-se a compilação de temas identificados nos depoimentos, agrupamento de falas com mesmos núcleos de sentido, nomeação dos enunciados e constatação da saturação teórica. Por fim, realizou-se o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁹ No intuito de preservar o anonimato dos participantes, eles foram identificados por códigos como "ENF" para Enfermeiro, e "TEC" para Técnicos de Enfermagem, seguido da numeração de ordem das entrevistas.

Respeitando os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº360.967/2013. Os profissionais foram convidados a participar e o aceite formalizou-se através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados foram apresentados para a coordenação do serviço, com o intuito de colaborar com a qualificação da assistência.

RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em cinco categorias temáticas: critérios utilizados para definir a necessidade aspiração; biossegurança na aspiração das vias aéreas; cuidados durante o procedimento de aspiração; cuidados após o procedimento de aspiração; e dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem diante do procedimento de aspiração.

Critérios utilizados para definir a necessidade aspiração

Os profissionais de Enfermagem entrevistados afirmaram que avaliam a necessidade da aspiração previamente, considerando a diminuição da saturação de oxigênio ($SPO_2 < 95\%$) como o principal indicativo para a realizar o procedimento. Outros sinais para definir a necessidade de aspiração foram relatados: tosse, agitação, desconforto e esforço respiratório, sudorese, cianose e traçado serrilhado, assincronia e a alta pressão no ventilador mecânico. Especificamente os Enfermeiros relatam que também avaliam a presença de roncos, a partir da ausculta respiratória. Mesmo frente a ausência de sinais indicativos da necessidade de aspiração, o paciente é aspirado pelo menos uma vez por turno.

A presença de secreção, o desconforto respiratório, taquipneia, baixa saturação ($SPO_2 < 95\%$), sudorese e cianose. (TEC03)

Eu cuido muito o traçado do aparelho. Porque o respirador, ele

me mostra quando o paciente está com secreção. (TEC15)

Quando está com ventilador, a gente vê o esforço do paciente. Também o paciente começa a competir. A ausculta respiratória para identificar roncos. O esforço. E, além de tudo isso, a rotina de uma vez por turno avaliar e aspirar, para ver se não tem a formação de rolha. (ENF03)

Biossegurança durante a aspiração

Antes do procedimento é realizada a lavagem das mãos, a organização do material e avaliação do calibre da sonda. Posteriormente, explicam o procedimento ao paciente para tranquilizá-lo. Os profissionais afirmam a necessidade de posicionar o paciente e, se estiver entubado, observam a fixação e a pressão do *cuff* (balonete) do tubo. Alguns profissionais optam por não interromper a dieta enteral.

[...] o posicionamento do paciente, se o tubo está fixo, se está seguro ou não [...] não paramos a dieta para a aspiração. (TEC02)

[...] ver se o tubo está bem posicionado, se o balonete está insuflado, e se o meu cordão está bem amarrado. (TEC07)

[...] explicar o procedimento ao paciente. Tem que garantir a segurança do paciente [...] lavar as mãos, escolhendo os materiais adequados e evitando a saída acidental do TOT. (ENF01)

[...] Importante lavar as mãos, ter a sonda mais apropriada. O tubo deve estar seguro, fixo e com o balonete na pressão certa. (ENF03)

Quanto aos equipamentos de proteção individual, todos os profissionais relataram usar luva de procedimento e luva estéril. Há relatos de uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

Máscara, óculos, luvas de procedimento e luva estéril. (TEC04)

[...] Tem que garantir a segurança do paciente e a nossa segurança, usando os EPIs (equipamentos de proteção individual) [...]. (ENF01)

Cuidados durante o procedimento de aspiração

Durante o procedimento de aspiração são implementados os seguintes cuidados: clampear o látex no momento da introdução da sonda, para não ocasionar lesões; não introduzir toda a sonda; desclampear o látex na retirada da sonda, sempre em movimentos circulares; fluidificar as secreções com soro fisiológico; e realizar manobras com reanimador manual autoinflável (ambu) conectado ao oxigênio. Já quanto à sequência seguida para a aspiração das vias aéreas, um terço dos profissionais relatou seguir primeiro a endotraqueal, depois a nasotraqueal e, por último, a orotraqueal.

A gente introduz com o látex clampeado. Aspira e quando puxa, e clampeia de novo [...] quando o vácuo da aspiração vir, ele pode

lesionar e sangrar um pouco. Tu tens que aspirar só se tiver secreção. (TEC14)

Principal cuidado é seguir a sequência correta, via endotraqueal, nasal e oral. Uso de soro com cautela. (ENF02)

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

[...] Se precisar, a gente faz manobras com ambu. Quando tem secreção que obstrui, principalmente quando têm coágulos de sangue, forma tampão fácil. (TEC12)

A sonda não pode ser utilizada primeiro na orogástrica ou na nasogástrica. Primeiramente tem que ser na endotraqueal, porque é um procedimento estéril [...] A gente pode utilizar soro fisiológico para fluidificar. (TEC03)

Os profissionais fazem uso do sistema fechado de aspiração quando prescrito pelo médico ou pelo enfermeiro, e nas situações em que o paciente requer isolamento de contato e respiratório. A hiperoxigenação do paciente, antes do procedimento, é realizada por quase todos os profissionais.

Sistema fechado de aspiração 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 para intensificar o fluxo de O₂ na FiO₂ do paciente. Vai a 100%, acho que uns 2 minutos. O próprio respirador tem isso, eu aperto ali. (ENF01)

Os entrevistados afirmaram que avaliam os sinais vitais dos pacientes, especialmente frequência cardíaca e saturação de oxigênio, durante o procedimento. Também relataram que conectam a Ventilação Mecânica (VM) 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.

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 VM; posicionamento e orientações ao paciente; desprezar o material utilizado no lixo contaminado; e monitorar os sinais vitais do paciente.

Não deixa a sonda conectada no látex, 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, 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. Destacam que a Enfermeira avalia o paciente, após a aspiração, realizando a ausculta respiratória.

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

É rotina aqui trocar o sistema de aspiração a cada 24 horas, geralmente na hora do banho [...]. (TEC10)

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

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

que o paciente apresentou 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 de secreção, se é pequena, média ou grande, se é purulenta, se é sanguinolenta, se é espessa, se é fétida, e a coloração. (TEC21)

Dificuldades encontradas pelos profissionais para a aspiração

A falta de materiais e de interação multiprofissional e a sobrecarga de trabalho, foram apontadas como os principais fatores que interferem na qualidade da assistência e dificultam a redução de danos do paciente durante a aspiração. As dificuldades associadas à falta de aperfeiçoamento podem ser evidenciadas em falas que sinalizam a insegurança na realização da aspiração.

Eu, particularmente, tenho muito receio, na própria troca do cadarço. (TEC19)

Quando o paciente morde, é muito difícil, porque ele segura a sonda com o dente. (TEC 22)

Faltam materiais, às vezes, não tem sonda no calibre mais adequado. Sistema de aspiração não funciona. (TEC 12)

Podíamos articular mais com o fisioterapeuta e médico. Nos faltam treinamentos. A correria do plantão dificulta essa aproximação. (ENF 01)

DISCUSSÃO

Considerando a percepção dos participantes do estudo sobre as boas práticas para a aspiração das vias aéreas, observa-se que muitas falas, principalmente sobre os cuidados durante o procedimento, foram emitidas pelos técnicos de Enfermagem, representando os conhecimentos destes profissionais sobre este cuidado complexo. Legalmente a aspiração deve ser realizada pelo Enfermeiro ou Fisioterapeuta, porém é permitido que em situações de emergência, o técnico realize este procedimento para garantir a permeabilidade das vias aéreas.^{4,6} No contexto de terapia intensiva, frente à instabilidade clínica dos pacientes e intercorrências, por vezes, o Enfermeiro está envolvido em inúmeras demandas assistenciais, e nem sempre poderá realizar as aspirações de vias aéreas dos pacientes que necessitam desse cuidado.

Contudo, a falta de capacitação e a conseqüente insegurança, diante do procedimento de aspiração de vias aéreas, está presente na fala dos profissionais de nível médio. Nesse sentido, é oportuno salientar a importância de o Enfermeiro orientar e supervisionar os técnicos de Enfermagem na realização de procedimentos e cuidados mais complexos, que demandam conhecimento sobre a finalidade e complicações, para evitar eventos adversos. Também é essencial a

instrumentalização da equipe de Enfermagem,¹⁰ por meio de treinamentos e capacitações embasadas em protocolos e diretrizes que regem as práticas de aspiração endotraqueal e os cuidados em UTI.

A aspiração é um procedimento necessário para manter a permeabilidade das vias aéreas dos pacientes,² que deve ser executada com base em evidências científicas, evitando o risco de insucesso e de complicações tais como lesões nas mucosas,¹⁰ instabilidade hemodinâmica, hipoxemia, infecções e sepse.^{3-4,11} Essa deve ser realizada conforme a necessidade de cada paciente e não como rotina preestabelecida,² sendo importante que o enfermeiro avalie o paciente antes, durante e após o procedimento a fim de aspirar com segurança, tomando a decisão clínica certa, otimizando o procedimento e atendendo a necessidade do paciente.¹¹

Os sobreditos critérios para avaliar a necessidade de aspiração incluem a dessaturação de O₂ abaixo de 90%; secreção visível; ausculta pulmonar com presença de ruídos adventícios; inquietação; esforço respiratório ou competição com a VM; redução do volume corrente; onda serrilhada de dinâmica respiratória apresentada no ventilador mecânico.² Apesar da ausculta pulmonar não ser muito utilizada pelos profissionais para avaliar a necessidade de aspiração, utiliza-se como um critério fundamental, pois determina a presença de secreções ou tampões mucosos na via aérea.^{3,10}

Sendo definida a necessidade de aspiração, deve-se sempre manter a técnica estéril, incluindo a lavagem das

mãos antes e depois do procedimento, utilização de luvas e sonda estéril, bem como dos equipamentos de proteção individual: avental, máscara e óculos de proteção. O tamanho da sonda para a aspiração por sistema aberto deve ser escolhido de modo a não exceder 50% do diâmetro do tubo endotraqueal, a pressão de sucção não deve ser mantida até 150 mmHg negativo e o paciente deve ser hiperoxigenado com fração inspirada de oxigênio a 100% no ventilador.¹²

Este estudo evidenciou que a maioria dos profissionais higieniza as mãos e usa luvas de procedimento e estéril, mas nem sempre utiliza avental, máscara e óculos de proteção. Também a maioria afirmou hiperoxigenar o paciente. Ademais, posicionar o paciente em *fowler* ou *semi-fowler* é uma medida que promove melhoria no volume corrente ventilatório e diminui as chances de broncoaspiração.¹³ Interromper a dieta enteral antes de realizar a aspiração pode prevenir vômitos e a ida desse conteúdo para os pulmões,⁴ e, também testar o *cuff* antes para evitar que a pressão seja insuficiente para vedar a via aérea e impedir a broncoaspiração,¹¹ e para uma mensuração fidedigna deve-se utilizar o *cufômetro*.¹⁴

Quanto à sequência de aspiração, a maioria dos profissionais segue: tubo ou traqueostomia, cavidade nasogástrica e orogástrica, utilizando a 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, optando a aspiração inicial das vias aéreas superiores, 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.⁴

Durante a aspiração o profissional deve seguir as seguintes ações: introduzir a sonda cautelosamente, mantendo o látex clampeado; desclampear o látex e ir retirando a sonda em movimentos circulares.¹ O tempo de aspiração não deve exceder 15 segundos.¹² E nos intervalos entre uma aspiração e outra o paciente deve ser reconectado à VM, se for o caso, para recuperação dos parâmetros hemodinâmicos.¹ Ao adotar os devidos cuidados no momento da aspiração das vias aéreas do paciente, podem-se prevenir lesões laringotraqueais, percebidas pela presença de sangramentos, dor à palpação em região traqueal, disfagia, deglutição dolorosa, disfonia e presença de estridor.¹⁵ Mais da metade dos profissionais excedem o tempo de aspiração, podendo causar agravos ao estado de saúde do paciente.

Já a instilação de *bolus* de 5-10mL de solução salina estéril é geralmente instilada no tubo endotraqueal ou de traqueostomia antes da sucção. Não existem evidências científicas que comprovem que os benefícios superam os danos e, apesar da ampla utilização,¹⁶ não é recomendada a instilação de maneira rotineira antes da aspiração.¹⁷

Os profissionais estão em consonância com a literatura ao proteger o látex com a embalagem da sonda, conectar o paciente novamente a à VM 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.² A ausculta pulmonar permaneceu sendo pouco empregada na avaliação após o procedimento. Além disso, todos os profissionais relataram lavar o látex com água destilada, conduta que mantém a limpeza do circuito evitando impregnação de secreções.

Os profissionais relataram fazerem uso do sistema fechado de aspiração quando prescrito pelo médico e nas situações em que o paciente requer isolamento respiratório. Quando comparados os sistemas de aspiração aberto e fechado não há dessemelhança em relação à incidência de pneumonia associada à VM. Porém, o sistema fechado 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 os custos. Sua troca é recomendada a cada 72 horas ou quando houver sujidade ou mau funcionamento.^{11,18-19}

No que concerne o registro do procedimento nos prontuários, é importante constar o número de vezes que o paciente foi aspirado, o aspecto da secreção, a cor, a quantidade, e se ocorre intercorrências durante a aspiração.² Embora, os registros de enfermagem tenham avançado em qualidade ao longo dos anos, muitas vezes ainda se apresentam 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.²⁰ Os profissionais entrevistados afirmam estar em conformidade com tal prática.

CONCLUSÕES

As boas práticas para a aspiração de vias aéreas estão relacionadas com a avaliação do paciente para: identificar critérios que sinalizem a necessidade do procedimento, monitorar complicações durante e após o procedimento, e garantir o melhor resultado clínico. Destacam-se também os cuidados para garantir a biossegurança, considerando o risco para o paciente e para o profissional que operacionaliza o procedimento.

Considerando que na unidade de terapia intensiva a aspiração é um cuidado frequente, é necessário que os profissionais apresentem conhecimento técnico satisfatório acerca do procedimento, pois isso se reflete na qualidade da assistência e na prevenção de iatrogenias. Contudo, os profissionais destacaram dificuldades encontradas para implementar a aspiração. Nesse sentido, reforça-se a importância da educação continuada e permanente, pautada em protocolos assistenciais para reduzir a insegurança e aperfeiçoar a execução da técnica.

Embora haja a limitação do número de participantes, o presente estudo torna-se relevante, tendo em vista poucas produções abordando o tema. Nesse sentido, considera-se de suma importância resgatar a percepção e conhecimentos dos profissionais de Enfermagem acerca das boas práticas de aspiração, pois os resultados do presente

estudo tem aplicabilidade práticas e poderão subsidiar a de protocolos assistenciais e programas de atualização profissional, contribuindo para a sistematização, qualidade e segurança da assistência de Enfermagem aos pacientes em situação crítica de vida. Sugere-se a realização de futuras pesquisas que abranjam outros cenários da assistência.

REFERÊNCIAS

- 1 Credland N. How to perform open tracheal suction via an endotracheal tube. Nurs. stand. [Internet]. 2017[cited 2020 June 11];30(35):36-38. Available from: <https://doi.org/10.7748/ns.30.35.36.s46>
- 2 Viana RAPP, Torres M. Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas integrativas. São Paulo: Manole; 2017.
- 3 Morais CB, Trindade APNT, Oliveira LCN, Oliveira VPS. Análise dos critérios utilizados para aspiração traqueal em unidades de terapia intensiva de hospitais de Araxá-MG. Rev. Odontol. Araçatuba (Online). 2018[acesso em 2020 jun 11];39(1):50-5. Disponível em: <https://apcdaracatuba.com.br/revista/2018/05/trabalho8.pdf>
- 4 Balbino CM, Braz MR, Medeiros JC, Rodrigues LMS, Silvano ZR. Evaluation of aspiration technique on the patient with mechanical ventilation performed by nursing. Rev. enferm. UFPE on line. 2016 [cited 2020 June 11],10Suppl6:4797-803. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11258/12880>
- 5 Shamali M, Abbasinia M, Ostergaard B, Konradsen H. Effect of minimally

invasive endotracheal tube suctioning on physiological indices in adult intubated patients: An open-labelled randomised controlled trial. *Aust. crit. care.* [Internet]. 2019[cited 2020 June 05];32(3):199-204. Available from: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(17\)30333-8/fulltext](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(17)30333-8/fulltext)

6 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 557 de 23 de agosto de 2017. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas [Internet] 2017[acesso em 2020 dez 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html

7 Mwakanyanga ET, Masika GM, Tarimo EAM. Intensive care nurses' knowledge and practice on endotracheal suctioning of the intubated patient: a quantitative cross-sectional observational study. *PLoS ONE.* 2018[cited 2020 June 10];13(8):e0201743. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201743>

8 Maraş GB, Güler EK, Eser I, Köse Ş. Knowledge and practice of intensive care nurses for endotracheal suctioning in a teaching hospital in western Turkey. *Intensive crit. care nurs.* [Internet]. 2017[cited 2020 June 11];39:45-54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.08.006>

9 Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidência para a prática da enfermagem. 9 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

10 Pinto DM, Schons ES, Busanello J, Costa VZ. Patient safety and the prevention of skin and mucosal lesions associated with airway invasive devices. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet]. 2015[cited 2020 June 05] 49(5):775-82. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000500010>

11 Lopes VJ, Muller F, Souza MAR, Silva IA. Endotracheal suction in patients hospitalized in icu with artificial airway in invasive mechanic ventilation. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.* 2018[cited 2020 June 11];8:e 1973. Available from: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.1973>

12 Cortêz PC, Gonçalves RL, Lins DC, Sanchez FF, Neto JCB, Ribeiro JP. Endotracheal aspiration of intubated adults: to do good practices. *Fisioter. Bras.* [Internet]. 2017[cited 2020 June 10];18(6):776-7. Available from: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/download/742/pdf>

13 Almeida KMVl, Barros OMC, Santos GJC, Valença MP, Cavalcanti ATA, Ferreira KO. Adesão às medidas de prevenção para pneumonia associada à ventilação mecânica. *Rev. enferm. UFSM.* [Internet]. 2015[acesso em 2020 jun 11];5(2):247-56. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769215411>

14 Hardcastle TC, Faurie M; Muckart DJJ. Endotracheal tube cuff pressures and tube position in critically injured patients on arrival at a referral centre: Avoidable harm? *African journal of emergency medicine* [Internet]. 2016[cited 2020 June 11];6(1):24-9. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.afjem.2015.09.002>

15 Cordeiro ALPC, Silva R, Prado CBC, Oliveira KF, Barbosa MH.

Laryngotracheal mucosa injury and associated factors after endotracheal extubation: a pilot study. *Acta Paul. Enferm. (Online)*. [Internet]. 2017[cited 2020 June 5];30(3):316-22. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700048>

16 Hatice ARN, Sevinc T, Emine I, Yagmur A, Elif A, Zubeyde S. Normal saline instillation prior to endotracheal suctioning: "What does the evidence say? What do the nurses think?": multi-methods study. *J. crit. care*. [Internet]. 2015[cited 2020 June 11]30(4):762-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.02.019>

17 Wang CH, Tsai JC, Chen SF, Su CL, Chem L, Lin CC, et al. Normal saline instillation before suctioning: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Aust. crit. care*. [Internet]. 2017[cited 2020 June 5]; 30(5):260-5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.11.001>

18 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde* [Internet]. 2ª ed. Brasília: Anvisa; 2017[acesso em 2020 dez 11]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-5>

19 Santos C, Nascimento ERP, Hermida PMV, Silva TG, Galetto SGS, Silva NJC et al.

Good nursing practices towards patients on invasive mechanical ventilation in hospital emergency. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet]. 2020[cited Sept 1];24(2):e20190300. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0300>

20 Silva AGI, Dias BRL, Leite MR. A elaboração de evoluções de enfermagem e possíveis dificuldades: percepção do enfermeiro. *Nursing (São Paulo)*. [Internet]. 2019[acesso em 2020 jun 5]; 22(254):3039-42. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/254/pg22.pdf>

Recebido em: 07/07/2020
Aceito em: 04/12/2020
Publicado em: 06/01/2021