

Segurança em terapia nutricional enteral: conhecimentos de pacientes e de acompanhantes

Safety in enteral nutritional therapy: knowledge of patients and caregivers

Miriam Cristina Marques da Silva de Paiva^{1*} , Silvana Andrea Molina Lima¹ , Bruno Sergio Marques de Paiva² , Carmen Maria Casquel Monti Juliani¹ 

¹Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”, Botucatu, SP, Brasil.

²Universidade São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil.

*miriam.paiva@unesp.br

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo comparar o conhecimento de pacientes e acompanhantes sobre a terapia nutricional enteral (TNE). Trata-se de estudo descritivo, prospectivo, de delineamento quantitativo, desenvolvido em hospital universitário do interior do Estado de São Paulo. A população foi composta por 13 pacientes hospitalizados e 47 acompanhantes, entrevistados ao longo de 7 meses. Dados referentes à assistência médica, nutricional e de enfermagem foram verificados no Prontuário Eletrônico do Paciente. Dados acerca da TNE do paciente foram obtidos por meio do questionário estruturado, baseado nos requisitos mínimos da assistência em TNE da RDC N° 503 e compilados para o estudo. A análise estatística utilizou média e desvio padrão, mediana e percentil 25-75 e número de casos e porcentagem. Para comparar proporções e concordâncias das respostas, foram utilizados os testes qui-quadrado e concordância de Kappa. Verificou-se para pacientes e acompanhantes: menores frequências de acertos em relação ao estado nutricional, teste de posicionamento da sonda, tipo/quantidade de dieta prescrita, higienização das mãos, prevenção de distensão/diarreia/constipação e diferentes respostas sobre avaliação do peso corporal e conhecimento da posição da cama para alimentação e hidratação. Conclui-se que o conhecimento dos pacientes e acompanhantes sobre a TNE mostrou-se insuficiente para promover a segurança do paciente. As informações dos acompanhantes, com poucas diferenças, são semelhantes e concordantes com as dos pacientes.

Palavras-chave: Acompanhantes. Nutrição enteral. Segurança do paciente.

ABSTRACT

This study aimed to examine the knowledge of patients and companions about enteral nutritional therapy (ENT) and compare similarities. This descriptive, prospective, quantitative study was conducted in a university hospital in the interior of the state of São Paulo. The study population consisted of 13 hospitalized patients and 47 companions who were interviewed over 7 months. Data regarding medical, nutritional, and nursing care were verified using electronic patient records. Data about the patients ENT was obtained through a structured questionnaire, and were compiled for this study based on the minimum requirements for ENT care in the RDC N° 503. The statistical analysis used average and pattern deviation, median and 25-75th percentile, and number of cases and percentage. To compare proportions and agreements of the answers, the chi-square test and agreement of Kappa were used. The following was verified for patients and companions: lower correct answer frequencies in relation to the nutritional state, probe positioning test, type and quantity of prescribed diet, hand hygiene, prevention of distention/diarrhea/constipation, and different answers regarding the assessment of body weight, and knowledge of the position of the bed for feeding and hydration. It was concluded that the knowledge of patients and companions about ENT proved to be insufficient to promote patient safety. Information from companions, with few differences, is similar and in agreement with that of patients.

Keywords: Acompanhantes. Nutrição enteral. Segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

Entre as estratégias para melhorar o processo da assistência à saúde e contribuir para a redução de riscos e eventos adversos a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) enfatizam a valorização do paciente como centro dos cuidados e o envolvimento dele e de sua família nas ações de segurança (World Health Organization, 2008; Brasil, 2013).

Entretanto a participação ativa do paciente e da família promovendo a própria segurança é ainda insipiente e raramente observada. O acesso de pacientes e acompanhantes à informação e ao conhecimento torna-se essencial com vistas a resultados mais positivos a serem alcançados por meio da maior interação e participação no cuidado em colaboração aos profissionais de saúde.

A desnutrição representa risco aos pacientes idosos hospitalizados, bem como aos portadores de condições crônicas de longo prazo como diabetes, doença renal e doença pulmonar crônica, ou progressivas como o câncer (British Association for Parenteral and Enteral Nutrition [BAPEN], 2012). Além de complicação de doenças crônicas, a desnutrição contribui para aumentar taxas de morbidade, mortalidade, tempo de internação hospitalar e reinternações (Stratton & Elia, 2010). A terapia nutricional, indicada a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, é considerada importante recurso para a redução dessas taxas e dos custos financeiros (Williams et al., 2020). Frequentemente, a Terapia Nutricional Enteral (TNE) tem sido a alternativa de escolha para promover a manutenção ou recuperação do estado nutricional de pacientes com doenças crônicas e em estados críticos (Schneider, Momma & Manns, 2007; Friesecke, Schwabe, Stecher & Abel, 2014; Preiser et al., 2021).

Dificuldades ou contraindicação na utilização total ou parcial da via oral e tubo digestório funcionante, com capacidade de absorção, são as indicações e os requisitos para a terapia nutricional enteral (Scott & Bowling, 2015), que consistem na administração controlada de nutrientes, direcionados às necessidades do paciente, por via oral, sondas ou ostomias que destinam-se a substituir ou complementar a alimentação oral (Kozeniecki & Fritzshall, 2015).

No entanto, a TNE impõe riscos. Ela não exime o paciente de complicações respiratórias, infecciosas, gastrointestinais, metabólicas, mecânicas e psicológicas que dificultam a prevenção da desnutrição e o alcance das metas do tratamento (DiBaise & Scolapio, 2007; Kozeniecki & Fritzshall, 2015). Parte dos riscos na TNE relaciona-se aos diferentes passos pelos quais é composta, sequencialmente, como indicação e prescrição médica e dietética, preparação, conservação, armazenamento, transporte, administração, acompanhamento clínico laboratorial e avaliação (Kozeniecki & Fritzshall, 2015). Nesta perspectiva, a assistência hospitalar na TNE implica a combinação de conhecimentos e práticas de diferentes especialidades, vários profissionais e processos, de forma interdependente, em equipe, colocando-a como procedimento complexo, de alto risco para eventos adversos (EA) e incidentes (M. C. Paiva, Paiva & Berti, 2010; Powers et al., 2021). No âmbito nacional, a RDC Nº 503 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (estabelece os requisitos técnicos mínimos para a Terapia de Nutrição Enteral. Destaca-se nesse documento, que a execução da TNE deve ocorrer garantindo segurança e máxima eficácia ao paciente, considerados custos, materiais e técnicas padronizadas. Sobretudo, enfatiza a orientação aos pacientes, às famílias ou responsáveis, realizada por profissionais de saúde, com relação à utilização e controle da TNE.

Após constatar que não existem na literatura estudos que abordam o conhecimento do paciente e acompanhantes sobre TNE sob esta perspectiva e frente ao pressuposto de que existem lacunas no conhecimento, concebeu-se este estudo que buscou identificá-las para possibilitar a formulação de ações com vistas ao maior envolvimento no cuidado e tratamento, favorecendo a contribuição do paciente e de seus acompanhantes na ênfase às medidas de segurança durante a TNE. Neste contexto, este estudo teve como objetivo comparar o conhecimento de pacientes adultos e idosos em terapia nutricional enteral e de seus acompanhantes sobre aspectos relacionados à segurança da terapia nutricional enteral durante a hospitalização.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo prospectivo e descritivo de delineamento quantitativo desenvolvido em hospital universitário do interior do estado de São Paulo que atua como Centro de Referência de Alta Complexidade em Nutrição Enteral e Parenteral. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética número 53098116.3.0000.5392.

A amostra foi constituída por 60 sujeitos, pacientes em TNE e acompanhantes de pacientes em TNE, que foram entrevistados pela pesquisadora no período de abril a novembro de 2016.

Foram abordados e convidados a participar pacientes e acompanhantes que atenderam aos critérios de inclusão: ≥ 18 anos de idade internados em unidades de clínica médica e cirúrgica, em TNE por sonda nasoenteral, jejuno ou gastrostomia a partir de dois ou mais dias do início da administração da dieta e seus acompanhantes que permaneceram junto ao paciente durante um ou mais dias do início da TNE. Foram excluídos do estudo pacientes em terapia intensiva e pacientes impossibilitados de se expressar. O instrumento de coleta de dados utilizado para a pesquisa foi faseado na RDC 63, com perguntas abertas e fechadas, composto por seis campos: I - Conhecimentos relacionados à TNE, II – Conhecimentos sobre sonda para TNE, III – Conhecimentos sobre a administração da dieta enteral, IV – Conhecimentos sobre a aceitação da dieta enteral, V – Conhecimentos sobre hidratação e limpeza do sistema de TNE e VI - Conhecimentos gerais sobre TNE (Brasil, 2000).

O conhecimento foi verificado mediante perguntas relativas ao conhecimento da doença e tratamento; aos aspectos relacionados à sonda enteral, dieta, aceitação, hidratação/limpeza e riscos. As respostas foram consideradas corretas quando em acordo com documentos do próprio paciente no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e literatura científica. Depois de esclarecido o objetivo da pesquisa e firmado compromisso de anonimato, sigilo e disponibilização dos dados ao término do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo participante.

Análise Estatística

Os dados foram apresentados em média e desvio padrão, mediana e percentil 25-75, e número de casos e porcentagem. Para comparação das proporções foi utilizado o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5% para estas análises. O teste de concordância de Kappa foi utilizado para comparar as respostas dos pacientes com seus acompanhantes. O resultado do teste Kappa foi interpretado de acordo com Landis & Koch (Landis & Koch, 1977).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados dos pacientes referentes à assistência médica, nutricional e de enfermagem foram verificados no PEP e compilados aos dados obtidos nas entrevistas de: a) 13 pacientes com capacidade de se expressar; b) 47 acompanhantes de pacientes e c) 7 pares paciente/acompanhante, ambos aptos a se expressar.

Os resultados referentes aos dados do PEP mostram que o perfil dos 13 pacientes entrevistados e dos 43 pacientes reportados pelos acompanhantes foi caracterizado por ser de idosos (69,6%), do sexo masculino (58,9%), portadores de doenças graves, complexas e comorbidades crônicas e degenerativas, com prejuízo na comunicação (90,1%), orientação no tempo/espaço (48,8%) e deambulação (83,7%) não reunindo condições para a entrevista. Estas características assemelham-se aos achados de Freitas et al. (2021) e evidenciam as consequências do despreparo de sistemas de saúde, baseados em modelos curativos, para a transição demográfica de países com acelerado envelhecimento populacional, sobretudo aqueles que manifestam desnutrição, sendo indicada a TNE, possivelmente prolongando a expectativa de vida (Schneider et al., 2007).

Na área da Segurança do Paciente salienta-se o envolvimento do próprio paciente nas decisões sobre o diagnóstico, tratamento e riscos como direito indispensável a sua autonomia. A aproximação de familiares, com consentimento dos pacientes e por meio da permissão dos profissionais de saúde, pode favorecer experiências que contribuam para o entendimento dos riscos da assistência e expectativa de diminuir eventos adversos, melhorarem a compreensão das causas quando estes ocorrerem e formar parceria de cuidados, por meio do desenvolvimento de trajetórias conjuntas (Marra & Sette, 2016). Ainda neste sentido, o Programa Nacional da Saúde do Paciente (PNSP) aponta a necessidade premente de envolver pacientes e familiares corroborando com a redução de riscos voltada à segurança do paciente.

Deste modo, a presença do acompanhante durante o período de internação hospitalar deve ser estimulada e valorizada, sendo favorecida por meio do Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) e Política Nacional de Humanização do atendimento em saúde (Brasil, 2004). Revisão sistemática sobre a terapia medicamentosa corrobora a importância da proximidade da família junto ao paciente durante a admissão, internação e alta hospitalar (Manias, Bucknall, Hughes, Jorm & Woodward-Kron, 2019). No nosso estudo, observou-se que 43 (71,6%) pacientes necessitaram de ajuda do acompanhante para fornecer informações para a equipe de saúde.

Entre os acompanhantes, verificou-se a frequência majoritária do sexo feminino (78,7%), representado principalmente por filhas e esposas (68,2%). Estes dados coincidem com os achados de (Küchemann, 2012) que apontam a mulher como o membro da família designado para a tarefa de cuidadora dos idosos. Embora a atividade de acompanhante não implique as atividades de um cuidador, considera-se que da mesma forma exige recursos financeiros, físicos, emocionais, disposição e dedicação, sendo desejável mais que uma pessoa para o possível revezamento de turnos (Küchemann, 2012). Deste modo, explica-se a participação de mais de um acompanhante por paciente neste estudo.

Outro aspecto relevante observado entre os pacientes e acompanhantes foi a baixa escolaridade ($5,85 \pm 3,74$ e $5,10 \pm 3,60$ anos de estudo, respectivamente). De acordo com os dados de nossa pesquisa, a baixa escolaridade pode contribuir para a pouca compreensão do processo assistencial (internamento, medicamento, TNE). Estudos realizados com adultos e idosos que investigaram a relação entre cognição e escolaridade verificaram prejuízo para a memória de curto prazo (Coelho et al., 2012).

Sob outra perspectiva, destaca-se nos dados a alta frequência de TNE indicada para pacientes avaliados inicialmente como eutróficos e pré-obesos/obesos (60,5%). Este dado concorda com estudo que aponta a importância da avaliação precoce do risco nutricional e indicação oportuna da TNE em busca de melhores resultados (Friesecke et al., 2014).

A Tabela 1 apresenta as frequências de acertos acerca do conhecimento dos pacientes e acompanhantes sobre aspectos relacionados à TNE, compilados a partir das entrevistas.

Para avaliar o conhecimento dos pacientes e acompanhantes utilizamos ferramenta com 35 itens. Cada item correspondia a conhecimento específico. Observamos que 20 de 35 itens apresentaram uma proporção menor que 50% de acertos. Assim podemos afirmar que estes pacientes e acompanhantes dispõem de informações insuficientes para seu envolvimento ativo na segurança da assistência. Por exemplo, apenas 46,2% pacientes e 55,3% acompanhantes receberam informações sobre a TNE. Dos indivíduos que receberam informações, somente para 16,7% pacientes e 23,1% acompanhantes foram abordados sobre os riscos e potenciais complicações da TNE.

Pacientes e acompanhantes apresentaram baixa frequência de acertos e conhecimento semelhante em relação: ao conhecimento do estado nutricional, ao recebimento de informação verbal ou escrita sobre a TNE, a realização do teste de posicionamento e fixação da sonda para infusão da dieta, ao tipo e quantidade de dieta prescrita, a higienização das mãos e das conexões para administração da dieta e a observação do rótulo do frasco de dieta. Também, foram observadas frequências baixas para a aceitação da dieta e para as medidas de prevenção de distensão, diarreia e obstipação.

Tabela 1

Frequência de acertos acerca do conhecimento de pacientes e acompanhantes sobre a Terapia Nutricional Enteral (TNE). Botucatu-SP.

Item	Pacientes Proporção e (%)	Acompanhantes Proporção e (%)	Valor-p
I - Conhecimentos relacionados à TNE			
Conhecimento básico sobre a doença	11/13 (84,6)	46/47 (97,9)	0,115
Conhecimento do tratamento	9/13 (69,2)	40/47 (85,1)	0,231
Conhecimento do motivo da TNE	10/13 (76,9)	32/47 (60,1)	0,736
Conhecimento do estado nutricional	4/13 (30,8)	20/47 (42,60)	0,654
Peso corporal aferido durante a internação	9/13 (69,2)	10/47 (21,30)	(0,002)
Informação sobre a TNE:	6/13 (46,2)	26/47 (55,3)	0,785
- Objetivos	6/6 (100)	26/26 (100)	1,000
- Benefícios	6/6 (100)	26/26 (100)	1,000
- Vias de administração	4/6 (66,7)	24/26 (92,3)	0,150
- Riscos	1/6 (16,7)	6/26 (23,1)	1,000
- Intercorrências	1/6 (16,7)	6/26 (23,1)	1,000
Informação sobre a TNE por escrito	1/13 (7,7)	7/47 (14,9)	0,673
Enfermeiro como profissional informante	2/13 (15,4)	5/26 (19,2)	1,000
II – Conhecimentos sobre sonda para TNE			
Posição da sonda enteral	10/13 (76,9)	32/47 (60,1)	0,736
Teste de posicionamento da sonda enteral (somente pós introdução da sonda)	3/13 (23,1)	20/47 (42,6)	0,334
Reintrodução da sonda pós-deslocamento	11/13 (84,6)	28/47 (59,6)	0,114
Cuidados manutenção do posicionamento da sonda enteral – fixação	8/13 (61,5)	15/47 (31,9)	0,063
Cuidados manutenção do posicionamento da sonda enteral – restrição	3/13 (23,1)	11/47 (23,4)	1,000
Realizar a fixação da sonda enteral	2/13 (15,4)	18/47 (38,3)	0,186
III – Conhecimentos sobre a administração da dieta enteral			
Posição cama para administração dieta enteral – cabeceira elevada/sentado	4/13 (30,8)	32/47 (60,1)	(0,035)
Tipo dieta prescrita	1/13 (7,7)	5/47 (10,6)	1,000
Volume de dieta enteral prescrita/dia	1/13 (7,7)	10/47 (21,3)	0,427
Velocidade de gotejamento da dieta enteral	6/13 (46,1)	30/47 (63,8)	0,406
Método de administração da dieta enteral	12/13 (93,3)	45/47 (95,7)	0,526
Observação das informações do rótulo da dieta enteral	1/13 (7,7)	7/47 (14,9)	0,673
IV – Conhecimentos sobre a aceitação da dieta enteral			
Apresenta distensão	0/13 (0)	4/47 (8,5)	0,568
Cuidados para evitar distensão	0/13 (0)	4/47 (8,5)	0,568
Apresenta diarreia	3/13 (23,1)	10/47 (21,3)	1,000
Cuidados para evitar diarreia	4/13 (30,8)	10/47 (21,3)	0,478
Apresenta obstipação	4/13 (30,8)	8/47 (17,0)	0,271
Cuidados para evitar obstipação	1/13 (7,7)	3/47 (6,4)	1,000
V – Conhecimentos sobre hidratação e limpeza do sistema de TNE			
Ingestão de água	7/13 (53,8)	43/47 (91,5)	(<0,001)
Administração medicamentos via SE	8/13 (61,5)	27/47 (57,4)	0,958
Cuidados para prevenção de obstrução da SE – lavar a SE pós medicação	7/13 (53,8)	29/47 (61,7)	0,848
Cuidados de higiene – lavagem mãos	2/13 (15,4)	5/47 (10,6)	0,639
Higienização das conexões	1/13 (7,7)	2/47 (4,3)	0,526
VI - Conhecimentos gerais sobre TNE			
Considera que há riscos	6/13 (46,1)	24/47 (51,1)	1,000
Faria conexão do equipo a sonda enteral	3/13 (23,1)	13/47 (27,7)	1,000
Informações adicionais sobre a TNE	13/13 (100)	46/47 (97,9)	1,000
Satisfação com o serviço	11/13 (84,6)	41/47 (87,2)	1,000

Fonte: Os autores.

Notas: TNE: Terapia nutricional enteral; SE: sonda enteral, AE: alimentação enteral.

Frente a estes dados, há que se considerar que houve pouca comunicação efetiva entre profissionais de saúde e pacientes/acompanhantes. Adicionalmente, ponderar que o tipo e qualidade das orientações dadas pelos profissionais de saúde interferem no reconhecimento da doença e envolvimento do paciente em seu tratamento (Wagner, 2019).

Foi observado em pesquisa relacionada a medicamentos, que pacientes informados e orientados pelos profissionais da saúde experenciam menos erros e tratamentos com melhores resultados (Paula, Campos & Souza, 2021).

Referente à informação fornecida pelo profissional de saúde, constata-se que apenas 7,7% pacientes e 14,9% acompanhantes a receberam por escrito. Estudos indicam que pacientes que recebem as informações verbalmente, esquecem cerca de 50% das informações recebidas, e que 40% dos pacientes que recebem a conduta verbalmente e por escrito lembram-se somente das orientações escritas (Blinder, Rotenberg, Peleg & Taicher, 2001).

Em relação a dieta prescrita pelo médico, a ser infundida diariamente, apenas 7,7% dos pacientes e 21,3% dos acompanhantes, revelaram conhecer a quantidade. Saber o volume de dieta a ser administrado possibilita que pacientes e/ou acompanhantes acompanhem a infusão das dietas e deste modo contribuam para a terapia. Observou-se, entretanto, que havia divergências entre a dieta recebida pelo paciente e a prescrita pelo médico. Tal fato pode ser devido à adequação da dieta às necessidades do paciente realizada pelo nutricionista. Deste modo, a rotina estabelecida não disponibiliza para os profissionais e para o paciente e acompanhante uma fonte de informação sobre a quantidade exata de dieta a ser infundida.

Outro aspecto de pouco conhecimento dos participantes e de importância para a segurança do paciente, foi observar a condição da fixação da sonda à pele (pacientes 23,1% e acompanhantes 31,9%). A fixação deve estar adequada, com o objetivo de evitar o deslocamento da sonda no trato digestivo. A posição inapropriada da ponta da sonda pode favorecer a aspiração da dieta para os pulmões do paciente. Realizar a troca periódica da fixação, mantendo-a limpa e segura reduz este risco (Wu, 2022). Como meio de assegurar a manutenção da sonda foi lembrado pelos participantes o uso da contenção mecânica (restrição física do paciente), citada por 23,1% dos pacientes e 23,4% dos acompanhantes. Para evitar a saída acidental da sonda, que resultará na interrupção da terapia, em casos de agitação psicomotora, a contenção manual, medicamentosa ou mecânica com faixas no leito pode ser justificada. Estas intervenções alternativas devem ser realizadas por meio de protocolo institucional a fim de garantir que o procedimento seja realizado de forma humanizada e ética, com monitoramento rigoroso do paciente (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo [COREN-SP], 2009).

Os testes por insuflação de ar, ausculta, aspiração do conteúdo gástrico ou do intestino delgado, ou radiograficamente foram igualmente pouco citadas pelos participantes (pacientes 23,1% e acompanhantes 42,6%). Em resposta a esta questão, alguns participantes recordaram-se do exame radiológico realizado após a introdução às cegas da sonda para confirmação do posicionamento (Friesecke et al., 2014). Justificados também pela possibilidade de aspiração pulmonar provocado pelo deslocamento da sonda testes simples de checagem, como aspiração do conteúdo gástrico e verificação da acidez, devem ser realizados anteriormente à instalação da dieta. Inferimos que o teste acima não está sendo realizado, pois estes pacientes não estavam em terapia intensiva, onde ele é explicitamente recomendado (Fletcher, 2011).

Outros dois itens pouco reconhecidos em sua importância foram a higienização das mãos e das conexões do sistema. Contudo, concordando com resultados de estudo de Pereira (2020), o uso de luvas foi citado repetidas vezes como representação da segurança na transmissão de microrganismos. A higienização das mãos é considerada fundamental à prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência nos serviços de saúde, fortemente encorajada pelos organismos nacionais e internacionais (Mendonça, 2022).

Por outro lado, pesquisa que explorou as atitudes de pacientes internados em relação às medidas de segurança, observou que a higienização das mãos, embora amplamente divulgada, não foi cobrada dos profissionais pelos pacientes, que acreditam que os profissionais, mesmo que não

tenham sido vistos executando, higienizam as mãos antes de os atenderem (Pittet et al., 2011). Ademais, poucos pacientes se sentem confortáveis em cobrar da equipe condutas que consideram adequadas, outros temem se indispor com os profissionais (Forte, 2018).

A limpeza de conexões de equips e sondas foi lembrada por 7,7% pacientes e 4,3% acompanhantes. Recomendada com a finalidade de reduzir resíduos remanescentes da dieta acumulada, deve ser realizada pela fricção mecânica localizada, com uso de antisséptico a cada troca de frasco de dieta, visto que podem se constituir em meios de cultura de microrganismos e levar contaminação ao sistema e ao paciente.

Sobre a observação do rótulo do frasco de dieta apenas 7,7% dos pacientes e 14,9% dos acompanhantes verificaram “às vezes” os dados de identificação do paciente e informações da dieta. Cabe destacar que erros na instalação da dieta, assim como com medicamentos, são passíveis de ocorrer, tendo sido observado durante entrevista para coleta de dados. Neste sentido, o paciente e/ou acompanhante informados, podem colaborar atentando para a realização adequada dos tratamentos e a detecção precoce de possíveis eventos adversos (Vincent & Coulter, 2002).

Entre os participantes deste estudo, observou-se que apenas 46% dos pacientes e 51% dos acompanhantes consideram a existência de riscos na TNE. Além das já citadas situações, como a remoção acidental da sonda, várias outras situações relacionadas à TNE hospitalar expõem o paciente a risco, com potencial para dano, como por exemplo, a conexão inadvertida entre o equipo de alimentação enteral e um dispositivo de acesso venoso, peritoneal ou de gases medicinais. Os fatores que contribuem para tal evento foram identificados como o design de conectores universais que permitem a conexão entre muitos tipos de terapêutica e fatores humanos como cansaço, treinamento inadequado, iluminação ambiente e transferência de pacientes (Kozeniecki & Fritzshall, 2015). Portanto a atenção de pacientes e acompanhantes colaboraria como barreira para evitar o prejuízo ao paciente.

Ainda neste sentido, quando perguntados, ambos responderam positivamente que fariam a conexão do equipo à sonda acidentalmente desconectada (30%). Importante ressaltar que pacientes e acompanhantes são, comumente, pessoas despreparadas para atividades assistenciais em saúde e devem ser desencorajadas a executar procedimentos de risco, excluídos os casos de treinamento supervisionado para continuidade do cuidado no domicílio.

O presente estudo apontou que as informações obtidas pelos acompanhantes e pacientes divergiram em apenas três questões: 1) o peso corporal ter sido aferido durante a internação; 2) os conhecimentos referentes à posição da cama para infusão da dieta enteral; e 3) os conhecimentos relacionados à ingestão de água.

Com relação ao peso corporal, de importância para a avaliação da resposta à terapia nutricional, os resultados apontam baixa adesão da equipe ao cumprimento desta medida. A diferença de respostas entre pacientes (69,2%) e acompanhantes (21,30) possivelmente se deve a melhor lembrança do paciente que teve seu próprio peso aferido e ao fato do acompanhante poder estar ausente e não ter presenciado a aferição.

A questão da posição do paciente no leito permitiu observar que as informações contrastaram entre acompanhantes e pacientes. Acompanhantes (60,1%) informaram a posição do paciente no leito com a cabeceira elevada de 45 a 90° para a infusão da dieta para evitar aspiração da dieta. É possível que as orientações dos profissionais tenham sido menos enfáticas aos pacientes por considerá-los dependentes.

Em referência à ingestão de água, destacaram-se neste estudo, as dúvidas existentes sobre a possibilidade da oferta, a via e a quantidade de água a ser ingerida. Enfatiza-se que pacientes dependentes de cuidados podem apresentar oferta de líquidos insuficiente e risco de desidratação, sendo motivo de preocupação principalmente entre idosos e hospitalizados, onde foi verificada associação entre dependência e desidratação (Murray, Doeltgen, Miller & Scholten, 2015).

Outra maneira utilizada para análise dos dados foi comparar por meio do teste de Kappa se as respostas dos sete pares de pacientes e acompanhantes concordaram entre si, mesmo ao indicar conhecimento incorreto. Observou-se que ambos responderam de forma idêntica (concordância

perfeita - $Kappa=1$) questões sobre o conhecimento do motivo para início da terapia, do estado nutricional, sobre os riscos e intercorrências, recebimento de informações por escrito, profissional informante (enfermeiro), ingestão de água, higienização dos conectores e conexão do equipo à sonda.

Observou-se concordância parcial (valor $Kappa \geq 0,61$) nas respostas de pacientes e acompanhantes para questões como aferição do peso, fixação à pele como medida para garantir posicionamento da sonda, posição da cabeceira da cama para infusão da dieta, tipo de dieta prescrita, método de administração da dieta, medidas para prevenção de diarreia e obstipação, administração de medicamentos via sonda enteral, limpeza da sonda pós-infusão da dieta e cuidados de higiene – lavagem mãos. Na Tabela 2 apresentamos as respostas de sete pacientes e seus acompanhantes sobre o conhecimento da TNE ($Kappa = \text{valor} \leq 0,36$). Acrescente-se que nestas respostas, os pacientes foram mais assertivos em relação à posição da sonda enteral em seu corpo e a existência de riscos no tratamento. Acompanhantes responderam corretamente aos benefícios da TNE e à velocidade de infusão da dieta.

Tabela 2

Respostas de menor concordância na comparação entre pares de pacientes e seus acompanhantes. Botucatu-SP.

Item	Pacientes Resposta sim	Acompanhantes Resposta sim	Concordância Valor de Kappa
I – Conhecimentos relacionados à TNE			
Benefícios da TNE	1/7	4/7	0,22
II – Conhecimentos sobre sonda para TNE			
Posição da sonda enteral	6/7	4/7	0,36
III – Conhecimentos sobre a administração da dieta enteral			
Velocidade de gotejamento da dieta enteral	3	6	0,09
VI – Conhecimentos gerais sobre TNE			
Considera que há riscos	4/7	1/7	0,22

Fonte: Os autores.

Notas: TNE: Terapia nutricional enteral; SE: sonda enteral, AE: alimentação enteral.

Isto posto, destaca-se neste estudo que as informações obtidas a partir dos acompanhantes sobre os pacientes, com poucas diferenças, são semelhantes e concordantes às dos pacientes. Assim, revelaram-se fidedignas e apontam o binômio paciente/acompanhante como recurso vantajoso para a assistência ao paciente hospitalizado.

Em relação ao estudo sobre o envolvimento de familiares na assistência hospitalar, evidenciou-se a necessidade de que instituições de saúde possam organizar-se para contribuir com comunicação mais eficiente, visando a fornecer as informações necessárias em momento oportuno e a estimular o envolvimento ativo de pacientes e acompanhantes nas decisões, planejamento e cuidados ressaltando a atenção aos riscos potenciais da TNE em colaboração à assistência e aos próprios profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

O conhecimento de pacientes e acompanhantes sobre os diferentes aspectos da terapia nutricional enteral intra-hospitalar mostrou-se superficial e limitado. Pressupõe-se que não recebam informações oportunas e suficientes que propiciem participação ativa de maneira que possam contribuir efetivamente na promoção da segurança do paciente e prevenção de eventos adversos durante a terapia nutricional enteral hospitalar.

REFERÊNCIAS

- Bapen. (2012). The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Introduction to Malnutrition.
- Blinder, D., Rotenberg, L., Peleg, M., & Taicher, S. (2001). Patient compliance to instructions after oral surgical procedures. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 30(3), pp. 216-219. doi:10.1054/ijom.2000.0045
- Brasil. (2000). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *RDC n° 63, de 6 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral*. Brasília, DF.
- Brasil. (2003). Senado Federal. Lei 10.741, de 10 de outubro de 2003. *Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*. Brasília.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Política Nacional de Humanização*. Brasília, DF.
- Brasil. (2013). *Portaria n° 529, de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. (Portaria n° 529 de 1° de abril de 2013). Diário Oficial da União: Brasília, DF.
- Brasil. (2021). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *RDC n° 503, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral*. Brasília, DF.
- Coelho, F. G. M., Vital, T. M., Novais, I. P., Costa, G. A., Stella, F., & Santos-Galduroz, R. F. (2012). Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 15(1), pp. 7-15. doi:10.1590/S1809-98232012000100002
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. (2009). *Restrição de pacientes*. São Paulo: Coren-SP.
- DiBaise, J. K., & Scolapio, J. S. (2007). Home parenteral and enteral nutrition. *Gastroenterol Clinics of North America*, 36(1), pp. 123-144, vii. doi:10.1016/j.gtc.2007.01.008
- Fletcher, J. (2011). Nutrition: safe practice in adult enteral tube feeding. *British Journal fo Nursing*, 20(19), 1234, pp. 1236-1239. doi:10.12968/bjon.2011.20.19.1234
- Forte, E. C. N., Pires, D. E. P., Martins, M. M. F. P. S., Padilha, M. I. C. S., Schneider, D. G., & Trindade, L. L. (2018). Entre erros e acertos: promovendo a segurança do paciente a partir da insegurança noticiada. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 20, pp. 1-9. doi: 10.5216/ree.v20.52539
- Freitas, L. A., Fagundes, A. L., Prado, P. R., Pereira, M., Medeiros, A. P., Freitas, L. M., ... Gimenes, F. (2021). Factors associated with length of stay and death in tube-fed patients: A cross-sectional multicentre study. *Nursing Open*, 8(5), pp. 2509–2519. doi: 10.1002/nop2.774

- Friesecke, S., Schwabe, A., Stecher, S. S., & Abel, P. (2014). Improvement of enteral nutrition in intensive care unit patients by a nurse-driven feeding protocol. *Nursing in Critical Care, 19*(4), pp. 204–210. doi: 10.1111/nicc.12067
- Kozeniecki, M., & Fritzshall, R. (2015). Enteral nutrition for adults in the hospital setting. *Nutrition in Clinical Practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, 30*(5), pp. 634–651. doi: 10.1177/0884533615594012
- Küchemann, B. A. (2012). Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e Estado* [on-line], 27(1), pp. 165-180. doi:10.1590/S0102-69922012000100010.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33*(1), pp. 159-174.
- Manias, E., Bucknall, T., Hughes, C., Jorm, C., & Woodward-Kron, R. (2019). Family involvement in managing medications of older patients across transitions of care: a systematic review. *BMC Geriatrics, 19*(1), p. 95. doi:10.1186/s12877-019-1102-6
- Marra, V. N., & Sette, M. L. (2016). *Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: Edição multiprofissional.* (978-85- 5526-850- 2).
- Mendonça, M. E., Brito, J. C., Santos, A. K., Barros, A. V., & Araújo, L. G. (2022). Higienização das mãos e sua relação com o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. *Dilemas éticos na Assistência à Saúde.* doi: 10.37885/210906260
- Murray, J., Doeltgen, S., Miller, M., & Scholten, I. (2015). A descriptive study of the fluid intake, hydration, and health status of rehabilitation in patients without dysphagia following stroke. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics, 34*(3), pp. 292-304. doi:10.1080/21551197.2015.1054573
- Paiva, M. C., Paiva, S. A., & Berti, H. W. (2010). Adverse events: analysis of a notification instrument used in nursing management. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 44*(2), pp. 287-294. doi:10.1590/s0080-62342010000200007
- Paula, C. C. S., Campos, R. B. F., & Souza, M. C. R. F. (2021). Uso irracional de medicamentos: uma perspectiva cultural. *Brazilian Journal of Development, 7*(3). doi: 10.34117/bjdv7n3-060
- Pereira, E. B. S. (2020). *Higiene das mãos e uso de luvas: mensuração integrada da autoeficácia* (Tese de doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. doi:10.11606/T.22.2020.tde-06072020-155337
- Pittet, D., Panesar, S. S., Wilson, K., Longtin, Y., Morris, T., Allan, V., Storr, J., Cleary, K., & Donaldson, L. (2011). Involving the patient to ask about hospital hand hygiene: a National Patient Safety Agency feasibility study. *The Journal of hospital infection, 77*(4), pp. 299–303. doi: 10.1016/j.jhin.2010.10.013
- Powers, J., Brown, B., Lyman, B., Escuro, A. A., Linford, L., Gorsuch, K., ... Guenter, P. (2021). Development of a competency model for placement and verification of nasogastric and nasoenteric feeding tubes for adult hospitalized patients. *Nutrition in Clinical Practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, 36*(3), pp. 517–533. doi: 10.1002/ncp.10671

- Preiser, J. C., Arabi, Y. M., Berger, M. M., Casaer, M., McClave, S., Montejo-González, ... Wischmeyer, P. (2021). A guide to enteral nutrition in intensive care units: 10 expert tips for the daily practice. *Critical Care*, 25(1), 424. doi: 10.1186/s13054-021-03847-4
- Schneider, A., Momma, M., & Manns, M. P. (2007). Indikation zur künstlichen Ernährung: Enterale und parenterale Ernährung [Indication for artificial nutrition: enteral and parenteral nutrition. *Der Internist*, 48(10), pp. 1066–1075. doi: 10.1007/s00108-007-1927-5
- Scott, R., & Bowling, T. E. (2015). Enteral tube feeding in adults. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 45(1), pp. 49–54. doi: 10.4997/JRCPE.2015.112
- Stratton, R. J., & Elia, M. (2010). Encouraging appropriate, evidence-based use of oral nutritional supplements. *Proceeding of the Nutrition Society*, 69(4), pp. 477-487. doi:10.1017/s0029665110001977
- Vincent, C. A., & Coulter, A. (2002). Patient safety: what about the patient? *Quality & Safety in Health Care*, 11(1), pp. 76-80. doi:10.1136/qhc.11.1.76
- Wagner, L., Berger, I., Nicolini, V., Rodrigues, T., & Rodrigues, M. F. (2019). Experiência da interdisciplinaridade em um caso de amiloidose na unidade de terapia intensiva adulta. *Simpósio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz*.
- Williams, D., Ohnuma, T., Haines, K. L., Krishnamoorthy, V., Raghunathan, K., Sulo, S., ... Wischmeyer, P. E. (2021). Association between early postoperative nutritional supplement utilisation and length of stay in malnourished hip fracture patients. *British Journal of Anaesthesia*, 126(3), pp. 730–737. doi: 10.1016/j.bja.2020.12.026
- World Health Organization (2008). World alliance for patient safety. Forward programme 2008-2009.
- Wu, S. J. (2022). Preventive care for aspiration pneumonia in patients with an indwelling nasogastric tube. *Hu li za zhi. The Journal of Nursing*, 69(1), pp. 18–24. doi: 10.6224/JN.202202_69(1).04