

Artigos de Revisão

PERCEPÇÃO DA PRÁTICA DA INSERÇÃO DA Sonda NASOGÁSTRICA EM PÓS-OPERATÓRIO¹

Tiago Monteiro Gomes²
Débora de Paiva Lucena³
Fabiana Ferraz Queiroga Freitas⁴
Paulo Emanuel Silva⁵
Jogilmira Macêdo Silva⁶

RESUMO

O estudo teve como base uma revisão sistemática de 4 artigos referentes ao tema, objetivando identificar nos artigos em periódicos indexados quanto à prática da inserção do cateterismo nasogástrico no pós-operatório, visto que o paciente submetido a cirurgias pode desenvolver quaisquer das complicações de um procedimento cirúrgico. Além dos cuidados pós-operatórios gerais, o médico e o enfermeiro permanecerão atentos às complicações imediatas que incluem: distensão abdominal, obstrução intestinal, hemorragias e deiscência da linha de sutura. Além disto, avaliarão se ocorrem complicações cirúrgicas gerais, tais como: choque, problemas pulmonares, trombose, evisceração, íleo paralítico e infecção. Geralmente, durante o período pós-operatório, o paciente precisará de uma sonda nasogástrica para prevenir a retenção de secreções gástricas. Estas sondas serão mantidas na mesma posição, abertas em drenagem por gravidade. Se a sonda nasogástrica estiver permeável (desobstruída), náuseas e vômitos não ocorrerão.

Palavras-chave: Intubação Nasogástrica. Período Pós-Operatório. Alimentação Enteral.

INTRODUÇÃO

Denomina-se terapia nutricional a oferta de nutrientes pelas vias oral, enteral e/ou parenteral, visando à oferta terapêutica de proteínas, energia, minerais, vitaminas e água adequados aos pacientes, que, por algum motivo, não possam recebê-los pela via oral, convencional.

Estima-se que aproximadamente 1 milhão de sondas nasogástricas (NG) e nasoenterais (NE) são instaladas, anualmente, em adultos e crianças nos Estados Unidos¹. No Brasil, não se dispõe de tais dados, mas acredita-se que este procedimento seja comum na maior parte das instituições prestadoras de serviços de assistência à saúde. No ano de 1999, o Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 337 e da Resolução nº 63 de 2000, normatizou a Terapia

¹ Trabalho realizado através da monitoria de Práticas Médicas da Faculdade de Medicina Nova Esperança, mediante coordenação da Prof^a Jogilmira Macêdo Silva.

² Graduando em Medicina. Monitor da disciplina de Práticas Médicas pela Faculdade de Medicina Nova Esperança. João Pessoa, Paraíba. E-mail: tiagomontgomes@hotmail.com.

³ Graduanda em Medicina. Monitora da Disciplina de Práticas Médicas pela Faculdade de Medicina Nova Esperança. João Pessoa, Paraíba. E-mail: debylucena@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela UFPB. Docente da disciplina Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem I do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande.

⁵ Enfermeiro. Mestre. Docente da Disciplina de Práticas Médicas do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança. FAMENE.

⁶ Orientadora. Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Docente da disciplina Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem I e II do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. FACENE. COREN nº106296-PB.

Nutricional Enteral e oficializou as atribuições de cada profissional dentro da equipe multiprofissional especializada². Em relação às ações de enfermagem, a Resolução nº 162, do Conselho Federal de Enfermagem publicada em 1993, dispõe sobre a administração da nutrição parenteral e enteral, sendo que nesta última cabe ao enfermeiro, dentre outras atribuições, introduzir a sonda, bem como determina a Portaria do MS.

Ao longo dos últimos anos, a importância da alimentação entérica, com todas as suas vantagens a nível nutricional¹, metabólico¹ e imunológico² em doentes críticos, tem sido alvo de grande interesse por parte de todo o pessoal de saúde. Naturalmente, os enfermeiros não poderiam ficar indiferentes, uma vez que o seu papel nesse processo vem sendo cada vez mais ativo e de crescente responsabilidade. Além de assumir suas funções, a administração da alimentação entérica (AE) compete-lhes também fazer a vigilância e o despiste de possíveis complicações e, caso estas surjam, é deles que partem as primeiras medidas de intervenção.

Vários são os procedimentos para instalação de sondas NG e NE. No entanto, em um destes passos, ou seja, na introdução da sonda, percebe-se um desconforto por parte dos pacientes, que resulta, às vezes, em vômitos e até a recusa do procedimento. Comumente, utiliza-se anestésico em forma de gel para facilitar a introdução de sondas, no entanto, quando se trata de sondas NG e NE, o único objetivo é facilitar o deslizamento da sonda pela narina, uma vez que o anestésico é passado ao redor da sonda no momento da introdução e não previamente na narina. Portanto, é insuficiente o tempo de contato para que haja anestesia local, deixando evidente que o desconforto ocorrerá.

Pacientes submetidos à cirurgia abdominal ou gastrointestinal podem necessitar da sondagem gástrica ou entérica pela redução ou eliminação de problemas associados a cirurgias ou a condições que afetam o TGI, como peristaltismo prejudicado, vômitos ou acúmulo de gás. Considera-se indicação da sondagem a nutrição do paciente que não pode comer. Face à necessidade de se alimentar, podemos optar pela via entérica, cuja seleção da via de administração torna-se relevante, de forma a reduzir a incidência de complicações e deve ser adaptada à situação clínica do doente.

As vias de administração da alimentação entérica são a Nasogástrica: via de mais fácil acesso e a que mais se aproxima do processo fisiológico, pois permite a atuação das enzimas habituais; e a Nasoentérica: Duodenal ou jejunal, via de alimentação entérica preferencial em doentes críticos e/ou cirúrgicos cuja motilidade gástrica está afetada e/ou em doentes cujo risco de aspiração pulmonar seja elevado. As sondas devem ser colocadas com apoio radiológico ou endoscópico. Evidencia-se ainda a via de administração Percutânea na forma de Gastrostomia, utilizada em doentes com esvaziamento gástrico normal, excluindo as devidas contra-indicações (úlceras gástricas, neoplasias gástricas, anterior laparotomia, etc.); e a Jejunostomia: Ato cirúrgico geralmente efetuado pós laparotomia e oferece bons resultados em termos de alimentação.²

As sondas podem ser identificadas de acordo com os seus locais de inserção ou conforme localização de sua extremidade distal. A Sondagem Gastrointestinal é a inserção de uma sonda plástica ou de borracha no estômago, duodeno ou intestino. Na Sondagem, a inserção dá-se pela nasofaringe e localiza-se no estômago, com a finalidade de promover a decompressão e remoção de líquidos e gases do estômago. Os métodos de avaliação física usados para determinar o correto posicionamento da sonda gastrointestinal, resumem-se à aspiração de líquidos; ausculta do abdome (instilação de 10ml de ar no estômago e ausculta sobre o abdome) e teste do pH do líquido aspirado (confirma a acidez do conteúdo gástrico); na Sondagem Entérica, a inserção ocorre pela nasofaringe e alcança o duodeno ou jejuno por meio de peristalse, usada para alimentação ou remoção de gases e líquidos do intestino delgado. O tempo de permanência na mesma narina varia entre 4 semanas a 3 meses, por ser confeccionada por poliuretano ou silicone, e apresentar pequeno diâmetro.

A Intubação Gastrointestinal pode ser realizada para: Descomprimir o estômago e remover gás e líquidos (prevenir ou aliviar náuseas e vômitos, após cirurgia ou eventos traumáticos, pela decompressão do estômago); Lavar o estômago e remover as substâncias tóxicas ingeridas; Diagnosticar a motilidade gastrointestinal e outras disfunções; Administrar medicamentos e alimentos; Tratar uma obstrução; Comprimir

o local de sangramento; Aspirar o conteúdo gástrico para análise.

As sondas são feitas de borracha, poliuretano ou silicone e variam em comprimento (de 90 cm a 3 m), em tamanho (de 6 a 18 Fr), em propósito e colocação no trato GI (estômago, duodeno, jejuno). A administração de qualquer solução pela sonda pode ser feita por meio de uma seringa ou por gotejamento regulado por gravidade ou bomba elétrica. A aspiração para remover gás e líquidos é realizada usando uma seringa, uma máquina de sucção elétrica ou um aspirador de parede.

A terapia nutricional, não somente procura prevenir a deterioração do estado nutricional, como também é efetiva para minimizar as complicações devido ao jejum prolongado. Os pacientes tornam-se, nutricionalmente, de risco, quando a desnutrição resulta em aumento da morbidade específica³. São múltiplos os fatores de risco para desnutrição, como podem ser vistos na Tabela I.

Como conduta geral, deve-se instituir terapia nutricional se: paciente sem nutrição há sete dias com índice de massa corporal (IMC) >18 kg/m²; paciente sem nutrição há mais de três dias, com IMC ≤ 18 kg/m²; estimativa da duração da doença, que impossibilita a ingestão de alimentos, via oral, acima de 10 dias; pacientes com perda ponderal, aguda, maior que 10%; pacientes

de alto risco, com infecção grave, queimado, com traumatismo grave³.

Em todas essas situações, iniciar terapia nutricional após estabilização hemodinâmica do paciente.

1. Sondas Curtas

A sonda nasogástrica ou sonda curta é introduzida através do nariz até o estômago, e incluem a **Sonda de Levin** e a **Sonda de Reservatório Gástrico (Salem, Ventol)**. As sondas curtas são usadas em adultos para remover líquido e gás do TGI superior, e para obter uma amostra do conteúdo gástrico para exames laboratoriais; eventualmente são usadas para administração de medicamentos ou alimentos, em períodos curtos.

A **Sonda de Levin** tem uma luz (14 a 18Fr) e é feita de plástico ou de borracha, com abertura próxima à ponta, tem 125 cm de comprimento. A **Sonda de Reservatório Gástrico (Salem, Ventol)** é radiopaca, de plástico claro, com duas luzes, é usada para descomprimir o estômago e mantê-lo vazio. Tem 120 cm de comprimento⁴.

2. Sondas Médias

As Sondas Nasoentéricas de tamanho

Tabela I - Fatores de riscos que predisõem à desnutrição protéica e calórica	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problemas clínicos: - Cirurgia recente ou trauma - Sepses - Doença crônica - Efeitos de radio ou quimioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Distúrbios gastrointestinais: - Anorexia, outros transtornos alimentares; disfagia; náusea recorrente, vômitos, ou diarreia profusa - Pancreatite, doença inflamatória intestinal, fístulas gastrointestinais - Síndrome do intestino curto
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problemas psicossociais: - Alcoolismo - Uso de drogas - Pobreza - Isolamento 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dietas anormais: - Dieta restrita - Recente diminuição na ingestão alimentar

médio, usadas para alimentação incluem a **Dobhoff** e **Keofeed II**. As sondas de alimentação colocadas no duodeno apresentam 160 cm de comprimento; as colocadas no jejuno têm 175 cm. Sua colocação é verificada por estudos radiológicos, levando em média 24 horas para a sonda passar pelo estômago até o intestino. Sua passagem é facilitada colocando o paciente em decúbito lateral direito, onde a gravidade e os movimentos peristálticos podem deslocar a sonda para o duodeno. Após a sonda passar pelo esfíncter pilórico, ela avança de 5 a 7,5 cm a cada hora. Para que a peristalse ajude na passagem da sonda, indica-se ao paciente deitar por 2h em decúbito lateral direito, após mais 2h em decúbito dorsal e mais 2h em decúbito lateral esquerdo. A deambulação quando possível, ajuda no avanço da sonda⁴.

3. Sondas Longas

A Sonda Nasoentérica Longa é usada para aspiração do conteúdo intestinal de forma que o gás e os líquidos não distendam o intestino, a isso se chama descompressão. As Sondas Longas incluem a **Miller-Abbott**, **Harris** e **Cantor**. Elas são usadas para aliviar a obstrução do intestino delgado, são usadas, profilaticamente, e podem ser inseridas na noite anterior à cirurgia GI para prevenir obstrução no pós-operatório.

Miller-Abbott tem duas luzes (12, 14, 16, 18 Fr), uma para introduzir mercúrio ou ar no balão no final da sonda, e a outra luz usada para aspiração. Apresenta 300 cm de comprimento e é feita de borracha. **Harris** apresenta uma luz (14 Fr), sonda pesada em mercúrio com cerca de 180 cm. É usada exclusivamente para sucção e irrigação. **Cantor** tem uma luz (16Fr) e 300 cm⁴.

As prescrições de enfermagem para passagem da Sonda Nasogástrica e Nasoentérica incluem: Instrução do paciente sobre os propósitos da sonda e o procedimento necessário para inseri-la e avançá-la (torna o paciente mais cooperativo e tolerante ao procedimento que é considerado desagradável); Identificação das sensações esperadas durante o procedimento de inserção; Inserção da sonda; Confirmação da colocação da sonda; Monitorização do paciente e manutenção da função da sonda; Fornecimento do cuidado e da higiene oral

e nasal; Monitorização das complicações potenciais; Remoção da sonda⁴.

Para um correto posicionamento da sonda, recomenda-se medir a distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha e deste ao processo xifoide, adicionando 15 cm para colocação da SNG e 20 a 25 cm para SNE⁶. A distância entre o nariz e lóbulo da orelha representa a distância até a faringe nasal. Quando a sonda alcança o processo xifoide, essa medida representa o comprimento necessário para alcançar o estômago⁴.

Para inserção da sonda, deve-se posicionar o paciente em Fowler alta; proceder com a limpeza e inspeção das narinas, onde a mais permeável é escolhida; elevar a ponta da narina e iniciar a inserção. Quando a sonda atingir a nasofaringe, o paciente é instruído a baixar a cabeça e começar a deglutir a sonda à medida que ela é avançada. Inspeccionar se a sonda não enrolou na faringe ou na boca; confirmar o posicionamento da sonda para garantir a segurança do paciente através da radiografia. Injetar ar através da sonda enquanto se ausculta a área epigástrica com o estetoscópio para detectar a insuflação do ar (estudos indicam que este método não tem grande precisão para determinar se a sonda foi inserida no estômago, intestino ou trato respiratório); mensuração do comprimento da sonda (após inserção e após cada turno sendo comparada à mensuração original); avaliação visual do aspirado (aspirado gástrico: pode ser turvo e verde, castanho ou branco fosco, sanguinolento ou marrom/ aspirado intestinal: claro e amarelo, variando até a coloração biliar/ líquido pleural: amarelo-pálido e seroso/ secreções traqueobrônquicas: castanha com muco branco fosco); mensuração do pH do aspirado (aspirado gástrico: ácido de 0 a 4 ou 0 a 6/ aspirado intestinal: básico igual ou maior que 6/ aspirado respiratório: alcalino igual ou maior que 7). Após confirmar o correto posicionamento da sonda, deve fixá-la⁴.

O cuidado com a sonda cabe à higiene nasal e oral, uma vez que a sonda causa desconforto e pressão, podendo permanecer por vários dias no paciente. O cuidado oral é reconfortante para o paciente, a fita nasal (esparadrapo) é trocada em dias alternados e o nariz deve ser inspecionado quanto à irritação da pele. Para auxiliar no alívio do desconforto referente à mucosa nasal e faríngea secas, é indicada a inalação de vapor morno, pastilhas

para a garganta, colar de gelo, mascar chiclete ou chupar balas duras quando permitido, o que mantém a membrana úmida e ajuda a prevenir infecções das glândulas parótidas.

JUSTIFICATIVA

O interesse por essa temática vem das experiências vividas na Monitoria de Práticas Médicas no ano de 2011, motivando-nos ao aprofundamento do tema: Percepção da prática da inserção da sonda nasogástrica em pós-operatório.

PERGUNTA NORTEADORA

Qual a importância de analisar a prática da inserção da sonda nasogástrica em pós-operatório?

OBJETIVO

Identificar nos artigos em periódicos indexados quanto à prática da inserção do cateterismo nasogástrico no pós-operatório.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura referente à produção do conhecimento em percepção da prática da inserção da sonda nasogástrica em pós-operatório. Este tipo de estudo corresponde a um método de pesquisa que viabiliza análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo, favorecendo a caracterização e divulgação do conhecimento produzido.

Esta modalidade de investigação é entendida como um instrumento de obtenção, identificação, análise e síntese da literatura diante um tema específico, através do qual as conclusões de estudos anteriormente conduzidos são sumarizadas, a fim de que se formulem inferências sobre um tópico específico⁷.

A revisão sistemática da literatura consiste em uma técnica de pesquisa em que estudos são reunidos e sintetizados, através da análise dos resultados evidenciados nos estudos de diversos autores especializados na temática escolhida. A técnica deve ser rigorosa e sistemática, devendo-se discutir os métodos e as estratégias utilizadas, avaliar as fontes e agrupar os resultados. Isso requer também

um trabalho de reconhecimento de pesquisas prévias envolvendo a temática em questão, bem como a identificação de questionamentos que permanecem sem respostas^{8,13}.

METODOLOGIA

A revisão sistemática refere-se à análise e discussão dos resultados encontrados mediante a síntese dos estudos selecionados, que constituiu uma amostra de 4 artigos, os quais corresponderam ao material empírico utilizado para a referida revisão. Logo, os dados precisaram ser processados e analisados de forma ordenada e coerente, para que as relações e os padrões pudessem ser discernidos.

No levantamento bibliográfico realizado na base de dados SCIELO e LILACS, foi utilizado o descritor "Sonda Nasogástrica", localizando, assim, um total de 49 artigos científicos com texto completo. No entanto, após uma breve avaliação destes, apenas 4 atenderam aos critérios de inclusão para presente amostra da revisão sistemática. Mediante a análise dos estudos com a utilização do instrumento apropriado e elaborado exclusivamente para este trabalho, todos os aspectos abordados serão descritos a seguir.

DISCUSSÃO

O artigo 1 fala sobre programas que primam por adotar um processo de reabilitação acelerada pós-operatória, destacando novas evidências científicas quanto à utilização de sondas nasogástricas e vesicais. Fala-se que uma boa aceitação da dieta precoce por via oral leva a um menor tempo de íleo pós-operatório, bem como permanência hospitalar mais curta, mostrando que não há um aumento no número de complicações pós-operatórias, salientando que esse processo leva a uma redução dos custos hospitalares¹⁴.

O artigo 2 fala sobre a inserção de instrumentos supraglóticos com a finalidade de manuseio das vias aéreas em condições associadas com pressão abdominal elevada induzida por pneumoperitônio. Diz que foi possível obter vias aéreas seguras em condições de pressão intra-abdominal elevada¹⁵.

O artigo 3 fala sobre o íleo adinâmico

Quadro 1 - Distribuição dos artigos incluídos no estudo, segundo o periódico de publicação 2005 a 2011, levantados nas bases de dados SciELO e LILACS sobre revisão sistemática.

Procedência	Título do artigo	Autores	Periódico (vol, n ^o , pág, ano)	Considerações / Temática
LILACS	Programas de recuperação acelerada pós-operatória em ressecções colorretais	Fonseca, LM; Correia, MITD; Silva, RG.	Rev. Méd Minas Gerais, 21(2) abr.-jun. 2011.	Define a importância de associar os programas de recuperação acelerada pós-operatória a novas evidências científicas quanto à utilização de sondas nasogástricas e vesicais, visando reduzir a resposta endócrino-metabólica à cirurgia, diminuindo as taxas de disfunções orgânicas e morbidade.
LILACS	Tubo laríngeo com sucção descartável <i>versus</i> reutilizável para ventilação de pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica	Amini, A; Zand, F; Maghbooli, M.	Rev. Bras. Anesthesiol. vol.60 no.1 Campinas Jan./Feb. 2010	Relata a utilização de métodos e instrumentos capazes de manterem uma ventilação adequada aos pacientes durante o ato operatório, lançando mão de métodos para evitar refluxo, distensão abdominal e bronco aspiração.
SciELO	Como diminuir o íleo pós-operatório?	Ilias E.J.	Rev. Assoc. Med. Bras. vol.52 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2006	Relata que a atividade intestinal pode ficar prejudicada após cirurgias abdominais e extra-abdominais.
LILACS	Complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgias eletivas e de urgência e emergência em um hospital universitário	Joia Neto, L; Thomson, JC; Cardoso, JR	J Bras Pneumol; 31(1): 41-47, jan.-fev. 2005. Tab.	Aborda os fatores de risco associados às complicações respiratórias elencando entre eles o uso da sonda nasogástrica, internação na unidade de terapia intensiva, doença pulmonar prévia e uso de tubo endotraqueal ou traqueostomia.

após bloqueio anestésico geral ou regional. Fala sobre a importância da deambulação e como este ato diminui o tempo e adinamia do íleo, prevenindo doenças que levem à comorbidade do paciente. Destaca a importância da sonda nasogástrica cuja inserção no pós-cirúrgico previne os vômitos, a náusea e os perigos da aspiração traqueal de secreções gástricas no pós-operatório com íleo adinâmico¹⁶.

O artigo 4 fala que o foco dos estudos

têm sido as complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgias eletivas e de urgência e emergência, pois tais complicações aumentam a morbidade e a mortalidade além do custo do tratamento. Além disso, diz que as variáveis elencadas como fatores de risco associados às complicações respiratórias foram: doença pulmonar prévia, uso de sonda nasogástrica, internação na unidade de terapia intensiva e uso de tubo endotraqueal ou traqueostomia¹⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber, frequentemente, que neste estudo as orientações acerca inserção da sonda nasogástrica no pós-operatório previnem os vômitos, a náusea e os perigos da aspiração traqueal de secreções gástricas no pós-operatório com íleo adinâmico.

Portanto, a partir de dados levantados, a decompressão gástrica pós-operatória de rotina por sonda nasogástrica é

usada, tradicionalmente, nas operações colorretais eletivas no sentido de prevenir ílio paralisado, complicações na parede abdominal e problemas anastomóticos. A sonda Nasogástrica apresenta como vantagem ser um procedimento de fácil execução e manutenção, no entanto, a maior desvantagem deste método é o grande desconforto que os pacientes relatam além de apresentar inúmeras complicações.

POST OPERATION NASOGASTRIC CATHETER INSERTION PRACTICE'S PERCEPTION

ABSTRACT

The examination had as base four integrative review articles related to the topic, objecting to identify about the use of post operation nasogastric catheter insertion related by articles on indexed journals, since the patient submitted to surgeries can develop any complications of a surgery procedure. Besides general post surgery care, doctor and nurse have to pay attention to the immediate complications that include: abdominal distension, enteric obstruction, bleeding and suture line falling. Moreover, it will estimate if general surgery complications can happen, such as: shock, lung problems, thrombosis, gutting, paralytic ileum and infection. Generally during post surgery period the patient will need a nasogastric catheter to prevent gastric solutions retention. These catheters will be kept on the same position, opened by gravity draining. If the catheter be permeable (broke out), nausea and vomits will not occur.

Keywords: Gastrointestinal Intubation. Post Operative Period. Enteral Nutrition.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira AM. Sondas nasogástricas e nasoentéricas: como diminuir o desconforto na instalação? Rev. Esc. Enferm. USP. 2005;39(3).
2. C Anes, ML Bordalo, Almeida V, Simões L. Alimentação entérica no doente crítico: uma perspectiva de enfermagem. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Santo António dos Capuchos. Lisboa; 2007.
3. Côrtes JFF et al. Terapia Nutricional no paciente criticamente enfermo. Medicina, Ribeirão Preto. Capítulo VI. Simpósio: urgências e emergências endócrinas, metabólicas e nutricionais. Abr/Dez 2003;36:394-8.
4. Brunner & Suddarth, Brenda G. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. 5573 p.
5. Ganong L H. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health, Mar 1987;10(1):1-11.
6. Eisenberg P.G. Nasoenteral Tubes. RN. 1994;57(10):62-70.
7. B, ME. Integrative Literature Reviews for the Development of Concepts. In: Rodgers BL; Knaefl KA. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia, W.B. Saunders Company; 2000, p. 231-50.
8. Galvão CM, Sawada NO, Mendes IA. A busca das melhores evidências. RevEscEnferm USP. Dez 2003; 37(4):43-50.
9. Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia (USA): WB Saunders; 2000. p. 231-50
10. Beyea SC, Nicoll LH. Writing an integrative review. AORN J. Abr 1998; 67(4):877-80.
11. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: update methodology. J Adv Nurs. 2005;52(5):546-53.

12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Out-Dez 2008; 17(4):758-64.*
13. Galvão CM. A prática baseada em evidências: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória [livre-docência]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2002.
14. Fonseca LM, Correia MITD, Silva RG. Programas de recuperação acelerada pós-operatória em ressecções colorretais. *RevMed Minas Gerais. 2011;21(2):190-195.*
15. Amini A, Zand F, Maghbooli M. Tubo laríngeo com sucção descartável *versus* reutilizável para ventilação de pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica. *Rev. Bras. Anestesiologia, Campinas. 2010; 60(1).*
16. Ilias EJ. Como diminuir o íleo pós-operatório? *Rev. Assoc. Med. Bras. 2006;52(1):5-5.*
17. Neto LJ; Thomson JC; Cardoso JR. Complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgias eletivas e de urgência e emergência em um Hospital Universitário. *J. bras.pneumol. São Paulo, Jan/Feb 2005;31(1).*

Recebido em: 16.11.2012

Aceito em: 24.04.2012