

## CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO EM USO DE SONDA OROGÁSTRICA: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

*KNOWLEDGE OF NURSING TEAM ON THE CARE TO NEWBORN USING OROGASTRIC PROBE*

*CUIDADOS CON EL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN USO DE SONDA OROGÁSTRICA:  
CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA*

LARISSA BENTO DE ARAÚJO MENDONÇA<sup>1</sup>

MARTA MUNIZ DE MENEZES<sup>2</sup>

KARLA MARIA CARNEIRO ROLIM<sup>3</sup>

FRANCISCA ELISÂNGELA TEIXEIRA LIMA<sup>4</sup>

*O estudo teve como objetivos descrever o conhecimento da equipe de enfermagem sobre os cuidados ao recém-nascido prematuro em uso de sonda orogástrica (SOG), identificar os cuidados necessários à passagem e manutenção da SOG e as dificuldades na relação mãe/filho causadas pela utilização da SOG. Estudo descritivo, qualitativo, realizado em uma unidade neonatal de uma maternidade pública de Fortaleza-CE, Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista semi-estruturada com onze auxiliares de enfermagem sobre questões referentes ao procedimento de passagem e manutenção da SOG em prematuros. Como resultado do conhecimento da equipe de enfermagem foi citada a técnica correta de passagem, fixação, manutenção da SOG; os cuidados com a dieta e a necessidade de promover a interação entre mãe e filho para o estabelecimento do vínculo afetivo. Concluiu-se que a equipe de enfermagem mostrou conhecimento adequado para passagem, fixação e manutenção da SOG no RN.*

**DESCRITORES:** Recém-Nascido; Enfermagem Neonatal; Nutrição Enteral; Prematuro.

*The objectives of the study were to describe the knowledge of the nursing team on the care to newborns using orogastric probe (OGP) and identify the necessary care in its passage and maintenance. It was a descriptive, qualitative study, carried through in a neonatal unit of a public maternity of Fortaleza-CE, Brazil. The collection of data came about by means of a half-structured interview with eleven nurse aides on questions referring to the procedure of passage and maintenance of the OGP in premature babies. As a result of the nursing team knowledge it was cited the correct passage technique, as well as setting, maintenance of the OGP; the care with the diet and the necessity to promote the interaction between mother and son for the establishment of the affective bond. It was so concluded that the nursing team showed appropriate knowledge to pass, fix and maintain the OGP in the newborn. We also emphasize the concern that the team has with the mother-child binomial, especially on the use of OGP by the newborn.*

**DESCRIPTORS:** Infant Newborn; Neonatal Nursing; Enteral Nutrition; Infant, Premature.

*El objetivo de este estudio fue describir el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados con el recién nacido que está usando sonda orogástrica (SOG), identificar los cuidados necesarios al pasaje y mantenimiento de la SOG y las dificultades en la relación madre/hijo causadas por el uso de la SOG. Estudio descriptivo / cualitativo, realizado en una unidad neonatal de una maternidad pública de Fortaleza-CE, Brasil. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestructurada realizada con once enfermeras sobre cuestiones relativas al pasaje y mantenimiento de la SOG en prematuros. Como resultado del conocimiento del personal de enfermería se citó la técnica correcta de pasaje, ajuste, mantenimiento de la SOG; los cuidados con la dieta y la necesidad de promover la interacción entre madre e hijo para establecer el vínculo afectivo. Se concluyó que el personal de enfermería demostró conocimiento adecuado para pasaje, ajuste y mantenimiento de la SOG en el RN. Se destaca aún la preocupación del equipo con el binomio madre-hijo, principalmente con el uso de la SOG por el RN.*

**DESCRIPTORES:** Recién Nacido; Enfermería Neonatal; Nutrición Enteral; Prematuro.

<sup>1</sup> Enfermeira pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Endereço: Av. Rogaciano Leite, 200, BL Azalee, apt 1502, Bairro Cocó, Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: laraenfermagem@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira pela UNIFOR. Brasil. E-mail: martinhamdemenezes@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira da Unidade Neonatal da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida do Binômio Mãe e Filho (UNIFOR/CNPq). Brasil. E-mail: karlarolim@unifor.br

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora do Curso de Enfermagem da UFC. Coordenadora do Grupo de Estudo sobre a Consulta de Enfermagem (GECE). Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail: felisangela@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

É notável a sobrevivência de crianças extremamente prematuras e com baixo peso nos últimos anos devido à melhoria do cuidado com o neonato. Contudo, apesar do avanço da tecnologia e modernização de equipamentos, a prematuridade ainda é um grande fator de risco para a morbimortalidade neonatal. São várias as complicações que surgem em recém-nascido prematuro (RNP), das quais um dos fatores influentes na recuperação destes é a minuciosa e adequada assistência de enfermagem.

A equipe de enfermagem deve atuar com o intuito de promover a saúde, recuperar e confortar o RNP, com atenção às complicações, como a síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intra/periventricular, infecções, enterocolite necrotizante, dentre outras<sup>(1)</sup>.

O recém-nascido (RN) pode ser classificado de acordo com vários grupos. Quanto ao peso, têm-se: recém-nascido de baixo peso (RNBP), aqueles que possuem peso inferior a 2.500g; recém-nascido de muito baixo peso (RNMBP), possui peso inferior a 1.500g. E quanto à idade gestacional: recém-nascido pré-termo (RNPT), aquele que possui idade gestacional inferior a 37 semanas; recém-nascido a termo (RNT) são aqueles com idade gestacional entre 37 e 40 semanas; e o recém-nascido pós-termo são os que nascem após 40 semanas de gestação<sup>(2)</sup>.

A terapia nutricional do RNPT, RNMBP e RNBP representa um enorme desafio, pois quanto menor o peso e a idade gestacional do RN, maiores serão as suas necessidades nutricionais para atingir crescimento e desenvolvimento adequados<sup>(3)</sup>.

Ao comparar peso com idade gestacional, o RN pode ser classificado em grande para a idade gestacional (GIG), adequado para idade gestacional (AIG) e pequeno para a idade gestacional (PIG). Quanto ao estado nutricional pode ser classificado como eutrófico, mal nutrido fetal grau I, II ou III<sup>(4)</sup>.

O RNMBP, RNBP e prematuros contribuem bastante para a mortalidade infantil e neonatal, pois re-

presentam mais de 50% dos óbitos de crianças menores de um ano. Para possibilitar um melhor cuidado a esse RN, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento sobre a assistência que deve ser oferecida a ele, os fatores que representam risco de mortalidade, como impossibilidade de alimentação por via oral, infecções e suporte nutricional insuficiente, e os resultados almejados diante das intervenções<sup>(1)</sup>.

A equipe de enfermagem tem as seguintes responsabilidades dentro de uma unidade neonatal: promover a adaptação do RN ao meio externo, observar quadro clínico, fornecer alimentação adequada para suprir as necessidades metabólicas dos sistemas orgânicos em desenvolvimento, realizar controle de infecção, estimular o RN, educar os pais e estimular visitas familiares<sup>(5)</sup>.

A mortalidade neonatal é maior nas primeiras 24 horas de vida e cerca de 9% de todos os RN requerem cuidados neonatais intensivos<sup>(4)</sup>. A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer no Brasil, em 2000, era de 7,6%, em 2004 subiu para 8,2%. Essa taxa é inferior no Ceará, sendo que em 2000 a taxa era de 6% e em 2004 subiu para 7,4%<sup>(6)</sup>.

As complicações mais evidenciadas no RNP de risco atingem principalmente o sistema digestivo, destacando-se a deficiência de sucção e deglutição, o que o torna o RN incapaz de alimentar-se por via oral<sup>(7)</sup>.

Quanto menor a idade gestacional, menor é a imaturidade do sistema gastrointestinal e a sincronia entre sucção, deglutição e respiração. Para uma adequada sucção e deglutição é necessária a integração das atividades musculares dos lábios, bochechas, mandíbula, língua, palato, faringe e laringe. Enquanto não houver essa integração, o RNP inicialmente receberá suporte nutricional, por meio parenteral ou enteral, para posteriormente se estabelecer o aleitamento no peito<sup>(8)</sup>.

A primeira é indicada no início da nutrição devido à impossibilidade do uso do sistema digestivo nas primeiras 48 a 72 horas de vida e nesse caso a alimentação é introduzida pela rede venosa. A segun-

da deve ser iniciada lentamente pelo sistema digestivo até que o aporte hídrico e nutricional do RN seja suficiente<sup>(4, 9-10)</sup>.

A nutrição enteral é considerada a mais benéfica para a criança, pois mantém o trofismo da mucosa intestinal, diminui os riscos para lesões hepáticas, melhora o ganho ponderal e possibilita uma melhor oferta protéico-calórica. Saber o momento exato de iniciar a alimentação enteral continua sendo um dilema na unidade neonatal devido aos riscos envolvidos nos prematuros, mesmo assim preconiza-se que seja iniciada assim que o RN se estabilizar, pois a privação da alimentação enteral pode causar alterações no intestino que vão desde a atrofia dos hormônios digestivos até o surgimento da enterocolite necrotizante<sup>(4,11)</sup>.

A nutrição enteral pode ser realizada por via oral ou por gavagem. Nas unidades neonatais prevalece o uso da nutrição enteral por gavagem, e esta pode ser realizada por sondas ou ostomias. As sondas são as mais utilizadas principalmente as gástricas, já que o estômago é o reservatório inicial dos alimentos, têm menores riscos de complicações e custos reduzidos<sup>(4)</sup>. A alimentação por sonda orogástrica (SOG) geralmente é iniciada por um cateter de nº5 ou 8. As sondas gástricas mais modernas são compostas de silicone ou poliuretano, possuem paredes finas e flexíveis com duas vias, tornando-se possível a administração de medicamentos juntamente com a infusão da dieta<sup>(12-13)</sup>.

As indicações para o uso de SOG são: impossibilidade da alimentação por via oral; presença da síndrome de má-absorção, necessitando de gotejamento contínuo e desequilíbrios metabólicos, suas vantagens são baixo custo, não exige o uso de bomba de infusão, fácil colocação e menos risco de infecção e suas desvantagens são escoriações, risco para perfuração no sistema digestivo, além de causar náuseas, distensão abdominal e diarreia no RN<sup>(4,13)</sup>.

Após a descrição das sondas e suas indicações é válido destacar a atenção da equipe de enfermagem ao RN em uso de SOG, a qual deve perfazer etapas que vão desde a preparação do material adequado, intera-

ção com a criança por meio do toque e comunicação verbal e participação dos pais durante o procedimento para promover segurança ao RN, até a realização do procedimento. Haja vista que cada RN é possuidor de necessidades próprias, a equipe de enfermagem tem papel fundamental na prevenção de complicações devido ao uso da SOG, sendo indispensável qualificação dos profissionais, principalmente em relação ao uso de técnica adequada para a passagem da SOG<sup>(14)</sup>.

Diante da necessidade de qualificação da equipe de enfermagem, surgiram os seguintes questionamentos: qual o conhecimento da equipe de enfermagem acerca dos cuidados ao recém-nascido em uso de sonda orogástrica? Que cuidados são necessários para a passagem e manutenção da sonda? Quais as dificuldades encontradas na relação mãe/filho causadas pelo uso da SOG?

Assim, o estudo teve como objetivos: descrever o conhecimento da equipe de enfermagem sobre os cuidados ao RN em uso da SOG, identificar os cuidados necessários à passagem e manutenção da SOG e verificar as dificuldades encontradas na relação mãe/filho devido ao uso da SOG.

## TRAÇADO METODOLÓGICO

Estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado na unidade de internação neonatal de uma maternidade escola de nível terciário, localizada na cidade de Fortaleza-Ceará, a qual é referência para atendimento obstétrico e neonatal de alta complexidade. Participaram do estudo onze auxiliares de enfermagem, do sexo feminino, atuantes na unidade de internação neonatal identificadas pela letra E (E1... E11) para manter o anonimato. Utilizamos como critérios de inclusão auxiliares de enfermagem que fazem parte do quadro de funcionários da unidade neonatal pesquisada e que estejam em condições de participar da pesquisa respondendo aos questionários adequadamente. Foram entrevistadas após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2008 a fevereiro de 2009, por meio de uma entrevista semi-estruturada, contendo questões relacionadas à assistência de enfermagem prestada ao RN em uso de SOG.

Na etapa de análise, os depoimentos extraídos das entrevistas foram ouvidos e transcritos na íntegra pelas pesquisadoras e posteriormente submetidos à leitura exaustiva, porém necessária. Na etapa seguinte, foi utilizada uma abordagem qualitativa, após, estabelecida a compreensão dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin<sup>(15)</sup>, no intuito de organização dos mesmos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, por meio do ofício nº 134/08 e protocolo de nº 77/08, em acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

### Conhecimento sobre o procedimento de colocação da SOG no RN

Em relação ao conhecimento prévio das auxiliares de enfermagem sobre a utilização da SOG pelo RN, seis das onze entrevistadas, afirmaram ter conhecimento suficiente sobre a colocação e manutenção da SOG. Duas referiram cuidados com a fixação da SOG, para evitar lesões na pele do RN. Três informaram ser necessária intervenção da equipe na participação materna e fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho quando este utiliza SOG.

No RN, o tipo de sonda indicado é a orogástrica, pois a nasogástrica reduz em torno de 30 a 50% a luz do ducto nasal, aumentando assim o trabalho respiratório<sup>(4)</sup>. Ao se indagar sobre a colocação da SOG no RN, as participantes responderam: *é importante reunir todo o material, passa-se a SOG da boca até o apêndice xifóide, tendo o cuidado de aspirar a sonda com uma seringa para verificar sua localidade* (E6). *Quando fixar a SOG, utilizar o hidrocolóide e esparadrapo. Lembrar que o*

*esparadrapo tem que ser menor que o hidrocolóide. No dia seguinte quando for trocar o esparadrapo, não pode danificar o hidrocolóide, e coloca o nome da gente* (E5). *Deve-se introduzir a SOG bem devagar, depois a gente aspira para ver se está realmente no estômago ou usa-se o estetoscópio para auscultar o ar administrado na sonda e confirmar o local certo* (E4).

De acordo com as falas, observa-se a que a equipe preocupa-se em seguir o procedimento adequado em relação à passagem da SOG. Dessa forma para se obter sucesso na passagem da SOG, é necessário dispor dos seguintes materiais: cuba rim, seringa de 3 ou 5 ml, sonda de calibre variável, esparadrapo, micropore, estetoscópio e recipiente com água. A técnica apropriada para iniciar a passagem da sonda, também inclui cuidados como: lavagem das mãos, para prevenir infecções; seleção da SOG e sua colocação segundo a técnica. Para a escolha do calibre da SOG, deve ser considerado o peso do RN. No RN < 1,3 kg, usar SOG de n.º6, nos recém-nascidos maiores de 1,3kg poderão ser utilizadas as sondas de n.º 8<sup>(9,11)</sup>.

Conforme, também, citado pelas participantes deve-se, proceder à medição aproximada para colocação da SOG, posicionando a sonda no lóbulo da orelha até a boca, seguindo até a parte inferior do apêndice xifóide; é importante introduzir lentamente a sonda através da boca até o ponto determinado anteriormente; atentar para sinais de sufocação, alterações da frequência cardíaca e na pressão arterial em resposta ao estímulo vagal e checar o resíduo gástrico<sup>(11)</sup>.

A checagem do resíduo gástrico antes de iniciar a gavagem assegura a localização da sonda. Se o resíduo gástrico for superior a 30% do volume total administrado na dieta anterior e/ou possuir cor esverdeada ou sanguinolenta deve ser registrado e notificado ao médico. A característica e a cor podem indicar que o leite não está sendo digerido adequadamente ou está ocorrendo uma diminuição da mobilidade gastrintestinal. Ao final da gavagem deve-se injetar uma pequena quantidade de ar na SOG, de 1 a 2ml, para evitar que

o leite fique parado na sonda, evitando assim o crescimento de bactérias<sup>(9)</sup>. Faz parte do cuidado de enfermagem posicionar o RN após a dieta em decúbito lateral esquerdo ou ventral, pois estas posições facilitam o esvaziamento gástrico, previne a aspiração do leite, caso haja êmese, e diminui o refluxo gastroesofágico. É necessário trocar o tubo gástrico cada 24 ou 48 horas, para prevenção de infecções e após o procedimento proceder às anotações de enfermagem<sup>(11,16)</sup>.

É importante observar sinais de desconforto apresentados pelo RN durante a introdução da sonda como: choro, náuseas e taquipnéia que desaparecem logo após a introdução total<sup>(9,12)</sup>. As complicações mais comuns, decorrentes da introdução incorreta, do mau posicionamento da sonda, da retirada acidental e do tempo de permanência da sonda, são: escoriações, hiperemias, perfurações no sistema digestivo, infecções nas vias aéreas superiores e inferiores, náuseas, distensão abdominal e obstrução parcial ou total da sonda<sup>(9,14,17)</sup>.

Foi evidenciada nos depoimentos a preocupação com a fixação da SOG na face do RN. Isto se deve à atuação da equipe de enfermagem quanto à prevenção de lesões na pele do RN. Portanto, destaca-se que a fixação do adesivo no rosto do paciente deve ser realizada de maneira cautelosa, observando o local de fixação do adesivo, avaliado sempre a presença de hiperemia na região supra-labial e compressão gengival<sup>(9,12)</sup>.

O cuidar da pele do RN na unidade neonatal durante as primeiras semanas de vida, é um desafio especial, pois há necessidade de fixar, de maneira segura, o tubo endotraqueal, os sensores, o cateter de infusão venosa e principalmente a SOG sobre a pele imatura, sem, contudo, causar lesões. Saber cuidar do RN em uso de SOG é abrangente, envolve o toque, o manuseio, a interação e a comunicação com o bebê, além da manutenção da unidade com condições físicas e ambientais adequadas, oferecendo melhores perspectivas de sobrevivência aos recém-nascidos<sup>(18-19)</sup>.

## Cuidados para manutenção da SOG no RN

A equipe de enfermagem é responsável pela manutenção da SOG, devendo estar atenta aos seguintes cuidados: verificação da tolerância da dieta pelo RN, aspiração do conteúdo gástrico antes da administração da dieta para verificar presença de resíduos; administração do alimento por força da gravidade (isso pode ocorrer entre alguns minutos a uma hora); realização da dieta no horário prescrito; infusão de uma certa quantidade de ar na SOG após administração da dieta com o intuito de evitar obstruções; manutenção do RN em decúbito lateral esquerdo ou ventral; lavagem das mãos antes e após o manuseio da SOG<sup>(7,12-14)</sup>.

Segundo as entrevistadas os cuidados com a SOG são: *evitar obstrução, aspirando antes das dietas e lavando após o término, trocar a cada 48h, colocar sempre a data e a hora ao trocar a sonda, sempre ter o cuidado da lavagem das mãos* (E6). *O cuidado maior a cada dieta é verificar se realmente a SOG está no local certo, porque o bebê se movimenta muito e, o fio que fixa a sonda pode folgar. Muitas vezes, de tanto o bebê puxar a SOG, ela não fica bem no estômago, toda vida tem que aspirar para confirmar* (E5).

Constata-se a partir dos depoimentos a preocupação da equipe em seguir o procedimento adequado quanto à passagem, fixação e manutenção da SOG, haja vista que o bebê em uso de SOG necessita de cuidados especiais em relação a sua manutenção e administração da dieta. As complicações mais comuns relacionadas à dieta por SOG são: diarreia, geralmente causada por dieta mal conservada, hiperglicemia ou hipoglicemia, desequilíbrios de eletrólitos e desidratação<sup>(9,12,14,17)</sup>.

Embora os entrevistados tenham citado os cuidados para manutenção da SOG, existem nesse meio, profissionais que apresentam determinada deficiência em relação aos cuidados ao RN internado em unidade neonatal, muitas vezes por não realizar cursos de atualização devido ao tempo restrito e ao custo financeiro. Ressalta-se, ainda, o desgaste que a equipe de enfermagem sofre devido à grande responsabilidade e à dedicação que devem ter com o RN de alto risco<sup>(20)</sup>.

A atenção ao bebê deve ser estruturada e organizada, no sentido de atender uma população sujeita a riscos. A importância da qualidade da assistência do enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva baseia-se no planejamento e organização do serviço, seguindo normas estabelecidas em documentos que regulamentam esse serviço hospitalar<sup>(5)</sup>.

### **Dificuldades na relação mãe/filho causadas pela utilização da SOG**

O RN que necessita de internação na unidade de terapia neonatal vivencia desconfortos devido à mudança de ambiente, à separação dos pais e aos diversos procedimentos a que são submetidos. O ambiente na qual se encontram internados podem ser desconfortável ao RN, pois possui iluminação intensa, ruídos constantes e mudanças na temperatura<sup>(10,21)</sup>.

Tornou-se preocupação da equipe de enfermagem auxiliar o binômio mãe-filho no estabelecimento do vínculo afetivo, principalmente quando o RN encontra-se em uso de SOG, pois esta situação proporciona à mãe sentimentos como preocupação, dúvidas e ansiosos referentes à amamentação de seu filho. Conforme se pode observar a inserção da família nos seguintes depoimentos das auxiliares e técnicas de enfermagem:

*Se ele está sondado é porque existe a necessidade, é um procedimento bastante desconfortável. Eu realizo o procedimento com calma, sempre que possível com a participação da mãe. O que a gente pode fazer para aliviar o sofrimento do bebê a gente faz, estimular a sucção, também, eu procuro executar o meu trabalho com toda dedicação pegando eles com muito amor, muito cuidado, porque eles são frágeis, temos que manuseá-los devagarzinho, temos que, realmente, nos dedicarmos bastante. É preciso gostar do que faz (E2). Realmente é um sentimento meio difícil porque todas as mães querem estar com seus bebês e, infelizmente alguns são prematuros, tem dificuldade de ganhar peso e precisam se alimentar por SOG. Muitas mães ficam ansiosas, a gente se sensibiliza*

*e tratamos o bebê com o máximo de carinho para que ele se recupere o mais rápido possível (E6).*

Os relatos citados confirmam a necessidade da participação materna no tratamento do bebê e, para isso o estímulo da equipe é essencial, devendo ser proporcionado um convívio intenso, no qual o bebê e a mãe possam manter os laços afetivos durante todo tempo de internação do RN<sup>(4)</sup>.

Muitos profissionais de saúde desencorajam as mães dos neonatos prematuros e de baixo peso a amamentar ou ordenhar o leite com o argumento de que será um processo longo e estressante, mas inúmeros estudos já mostram os benefícios do aleitamento materno para uma melhor recuperação do RN, além disso, as mães que decidem amamentar ou ordenhar sentem estar participando ativamente na recuperação do seu bebê<sup>(11)</sup>.

Dentre todas as profissões de saúde, a enfermagem é a que mais permanece ao lado do RN e da família durante o internamento hospitalar. Portanto, é importante que toda a equipe de enfermagem se sensibilize e promova um cuidado humano, apropriado e estimule a participação dos pais dentro da unidade neonatal<sup>(20)</sup>.

Em um estudo realizado com RN sobre a passagem de SOG, constatou-se que os mesmos sentem dor durante esse procedimento, o que aponta para a necessidade de um cuidado mais humanizado e participação ativa dos pais com o intuito de amenizar o desconforto sentido pelo RN<sup>(22)</sup>.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base no que foi descrito, é possível compreender que o RN em uso de SOG necessita ser cuidado por uma equipe ciente das características peculiares que envolvem este ser, das várias transformações adaptativas pelas quais passará durante o ajustamento à vida extra-uterina, dentre as quais a necessidade de nutrição.

A equipe de enfermagem mostrou conhecimento adequado para passagem, fixação e manutenção da

SOG no RN. Contudo, nessa assistência deve ser priorizada não somente os conhecimentos técnico-científicos, como também o humano, além da habilidade e segurança para desenvolver as técnicas com eficiência e eficácia.

Destaca-se, ainda, que a equipe de enfermagem deve estabelecer mecanismos para amenizar o sofrimento do RN em uso de SOG e oferecer assistência à família. Para amenizar esse sofrimento, é necessário manuseá-lo o mínimo possível, manter a pele do RN higienizada e prevenir lesões, mantê-lo em uma posição confortável, massageá-lo na tentativa de promover conforto durante o procedimento e promover a interação dos pais com o filho.

Acredita-se que o cuidado a ser implantado na unidade neonatal necessita ser exercido e vivenciado em sua totalidade, na tentativa de reduzir manuseios excessivos que possam comprometer o bem-estar do bebê, provocando nele manifestações de estresse, dor, alterações fisiológicas e comportamentais.

A equipe de enfermagem da unidade de neonatologia deverá permanecer sob a supervisão constante de um enfermeiro com treinamento específico em neonatologia, pois somente ele possui competência para supervisionar o trabalho da equipe de enfermagem no que diz respeito a organização da unidade e procedimentos, destacando-se a passagem de SOG. Vale ressaltar a necessidade de os auxiliares de enfermagem serem submetidos a treinamento prévio e mantidos em atualizações constantes.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho ABR, Brito ASJ, Matsuo T. Assistência à saúde e mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(6):1003-12.
2. Trotman H, Barton M. The impact of the establishment of a neonatal intensive care unit on the outcome of very low birthweight infants at the University Hospital of the West Indies. *West Indian Med J*. 2005; 54(5):84-9.
3. Souza FIS, Teske M, Sarni ROS. Nutrição parenteral no recém-nascido pré-termo: proposta de protocolo prático. *Rev Paul Pediatr*. 2008; 26(3):278-89.
4. Lopez FA, Campos Júnior D. *Tratado de pediatria*. Barueri: Manole; 2007.
5. Silva ND, Vieira MRR. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. *Arq Ciênc Saúde*. 2008; 15(3):110-6.
6. Ministério da Saúde (BR). Portal da saúde: uma análise dos nascimentos no Brasil e regiões [Internet] 2008. [citado 2008 set 26]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24455](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24455).
7. Hernandez AM. *Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato de risco*. São José dos Campos: Pulso; 2003.
8. Aquino RR, Osório MM. Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2008; 8(1):11-6.
9. Borrel JG, Silva IA. Sonda gástrica em recém-nascido pré-termo: estudo das alterações de flexibilidade do polímero constituinte. *Rev Esc Enferm USP*. 2000; 34(3):302-8.
10. Holanda ACOS, Silva MGC. O recém-nascido de risco. *Rev Pediatr Ceará*. 2004;5(2):11-8.
11. Tamez RN, Silva MJP. *Enfermagem na UTI neonatal. assistência ao recém-nascido de alto risco*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
12. Unamuno MRDL, Marchini JS. Sonda nasogástrica/nasoenterica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. *Medicina*. 2002; 35(5):95-101.
13. MacDonald GM. *Avery neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
14. Lopez FWC, Hernández GG. Cuidados de enfermagem en la nutrición parenteral y enteral del recién nacido. *Rev Cuba Enferm*. 2006; 22(4):67-72.

15. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
16. Oliveira TG, Rego MAS, Pereira NC, Vaz LO, França DC, Vieira DSR, etc. Posição prona e diminuição da assincronia toracoabdominal em recém-nascidos prematuros. *J Pediatr*. 2009; 85(5):443-8.
17. Ferreira AM. Sonda nasogástrica e nasoentericas: como diminuir o desconforto na instalação. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(3):358-9.
18. Rolim KMC, Gurgel EPP, Coutinho RLC, Costa MIG. O cuidado ao recém-nascido com feridas na UTI neonatal. *Nursing*. 2008; 117:87-92.
19. Rolim KMC, Barbosa RMA, Medeiros RMG, Leite ML, Gurgel EPP. Permanência da membrana semi-permeável na pele do recém-nascido: Um Cuidado diferenciado. *Rev Rene*. 2010; 11(1):144-51.
20. Rolim KMC. Enfermagem humanística: contribuição para o desenvolvimento da enfermeira na unidade neonatal [tese]. Fortaleza (CE): Faculdade de Odontologia, Farmácia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC; 2006.
21. Presbytero R, Costa MLV, Santos RCS. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor. *Rev Rene*. 2010; 11(1):125-32.
22. Santos JA, Procionoy RS, Bohrer BBA, Noer C, Librelato GAS, Campelo JN. Os recém-nascidos sentem dor quando submetidos à sondagem gástrica? *J Pediatr*. 2001; 77(5): 374-80.

**RECEBIDO:** 17/08/2010

**ACEITO:** 03/11/2010