Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. ISSN: 2446-6778
Nº 1, volume 2, artigo nº 02, Janeiro/Junho 2016
D.O.I: http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v2n1a2

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO SUBMETIDO À NUTRIÇÃO ENTERAL

Tatiane dos Santos Nunes [1]
Pós graduanda em UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal
Faculdade Redentor Campos dos Goytacazes

Shirley Rangel Gomes[2]
Mestre em Enfermagem–UFF

Resumo: As unidades de terapia intensiva são destinados a assistência a pacientes críticos que necessitam de cuidados específicos e complexos, dentre eles a oferta de suporte nutricional com o menor risco possível. **OBJETIVO**: descrever a sistematização da assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro submetido a nutrição enteral. **METODOLOGIA**: O estudo foi desenvolvido por meio da pesquisa e compilação de dados em livros, publicações periódicas e artigos científicos, reunido 21 artigos extraídos de bases de como Lilacs, Bireme, Medline e Scielo. **RESULTADOS**: Percebe-se que é fundamental identificar as necessidades nutricionais do prematuro, infundir a nutrição enteral de acordo com a sua tolerância e prestar assistência de enfermagem segura. **CONSIDERAÇÕES**: a prática de alimentação enteral realizada pelo enfermeiro é de fundamental importância para a manutenção da homeostase do neonato.

Palavras-chaves: Assistência de Enfermagem. Nutrição enteral. Recém nascidos prematuros.

Abstract: The intensive care units are designed to assist critically ill patients who require specific and complex care, including the provision of nutritional support with the lowest possible risk. OBJECTIVE: To describe the systematization of nursing care to premature newborns undergoing enteral nutrition. METHODS: The study was developed through research and compiling data on books and periodicals articles, scientific, gathered 21 articles

[1] Enfermeira. Pós graduanda em UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal Faculdade Redentor Campos dos Goytacazes. (22)99841 3587 Campos/RJ Rua Dr. Beda, número 112. Bairro Turf Clube. CEP 28.025-110 55 (22) 2734-9326 marybji@yahoo.com.br

[2] MBA em Gestão Estratégica de Hospitais – FGV. Especialista em Enfermeira do Trabalho, Faculdade Redentor. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia – UFF. Coordenadora do Curso Bacharel em Enfermagem Faculdade Redentor, Campos dos Goytacazes. Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho, Campos dos Goytacazes. Campos/RJ Rua Dr. Beda, número 112. Bairro Turf Clube. CEP 28.025-110 55 (22)2724-6813 prof.shirleyrangel@gmail.com

extracted from databases as Lilacs, Bireme, Medline and Scielo. RESULTADOS: You realize that it is essential to identify the needs nutritional premature infuse enteral nutrition according to your tolerance and provide safe nursing care. CONSIDERATIONS: enteral feeding practices performed by nurses is critical for the maintenance of homeostasis of the neonate.

Keywords: Nursing care. Enteral Nutrition, Preterm infants

.

1 INTRODUÇÃO

O ser humano permuta constantemente com a natureza e dela obtém subsídios para manter todas as funções vitais satisfatoriamente. A energia e os nutrientes necessários são obtidos em condições normais, através dos alimentos a fim de manter o balanço do estado nutricional. Nem sempre, porém, as condições fisiológicas dos seres humanos estão em condições de normalidade para uma nutrição normal física, especialmente nos casos de recém-nascidos prematuros que ficam impossibilitados de sugar o seio materno.

Dentre as alternativas nutricionais, a equipe assistencial da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal lança mão da utilização da nutrição enteral que existe para facilitar o processo alimentar e nutricional, pois possibilita atender os casos especiais que não podem alimentar-se por via oral (CORBELLINI, 2009).

O suporte nutricional é visto como mais uma ferramenta terapêutica destes cuidados, tendo um papel fundamental no manejo do paciente quando a ingestão oral não é possível. Pacientes graves com uma evolução prolongada e complicada apresentam uma intensa resposta metabólica, geralmente caracterizada por hipermetabolismo, com importante catabolismo proteico. Desta maneira, estes pacientes apresentam alto risco de depleção do estado nutricional, o que pode agravar ainda mais sua condição clínica (SORIANO *et.al.* 2009).

A nutrição enteral é administração dos nutrientes pela via gastrointestinal, devendo ser iniciada assim que o neonato esteja estável. A privação de alimentação enteral causa alterações no intestino, levando a atrofia dos hormônios digestivos e aumentando a vulnerabilidade ao crescimento de organismos patogênicos no intestino, tendo como consequência a enterocolite necrotizante. A alimentação enteral inclui: via oral, gavagem e alimentação jejunal (TAMEZ & SILVA, 2009).

A nutrição dos recém-nascidos prematuros, principalmente os de muito baixo peso e extremo baixo peso deve ser encarada como uma emergência nutricional, tão importante quanto medidas de suporte ventilatório e hemodinâmico. A interrupção do aporte de nutrientes e água logo após o nascimento gera graves repercussões sobre a homeostase corporal; a reserva energética insuficiente e a imaturidade metabólica contribuem para a manutenção de um estado catabólico, no qual se torna imperativo o início precoce do aporte

nutricional (BARAL, 2012).

No Brasil, os estudos sobre o crescimento de prematuros mostram que nos primeiros meses de vida pós-natal estas crianças crescem em elevada velocidade e que a idade gestacional ao nascer tem influência neste crescimento. O estudo de ANCHIETA *et.al.,* (2004) relata que aqueles de menor peso ao nascer apresentam maior ganho de peso percentual, em especial entre a primeira e a quarta semana de vida. A dúvida que persiste é se esta elevada velocidade de crescimento é capaz de compensar as perdas anteriores e se é observada em todos os prematuros (PEYNEAU, 2008).

Apesar da nutrição enteral ser um benefício para os RN, esta também pode levar a complicações que devem ser prevenidas, portanto, com este trabalho objetiva-se descrever a sistematização da assistência de enfermagem relacionada a nutrição enteral do recém-nascido prematuro (RNP).

O estudo foi desenvolvido por meio da pesquisa bibliográfica e compilação de dados em livros, publicações periódicas e artigos científicos, reunindo 21 artigos extraídos de bases de dados como Lilacs, Bireme, Medline e Scielo no período de 2002 a 2015. Foram inclusos artigos que relacionam a intervenções de enfermagem em recém-nascidos prematuros durante a nutrição enteral.

Os resultados da pesquisa foram descritos em subtemas baseados nas necessidades nutricionais do prematuro e a nutrição enteral, cuidados com a administração da dieta enteral aos recém-nascidos prematuros. Concomitante à análise dos subtemas, incluíram-se as ações de enfermagem pertinentes a cada uma, baseadas nos achados da literatura.

2. RESULTADOS

Necessidades nutricionais do prematuro e a nutrição enteral

Segundo TRINDADE (2005), são denominados prematuros extremos ou prematuros de extremo baixo-peso aqueles recém-nascidos com peso de nascimento inferior a 1.000 g. Estes recém-nascidos apresentam extrema imaturidade e, portanto, a nutrição deve ser ajustada a cada circunstância e não apenas adaptada ao peso de nascimento. Não há definições precisas de suas necessidades nutricionais, e, assim, devem ser monitorizados com frequência quanto ao crescimento e repercussões metabólicas da nutrição.

Os requerimentos calóricos, quando administrados enteralmente, são aproximadamente 20% a mais do que administrados parenteralmente. Para o prematuro, os requerimentos calóricos são de 120-130kcal\kg\dia. O peso alvo para os prematuros, ao

redor de 15g/dia. Os prematuros têm uma necessidade especial de nutrientes. Intra –útero, durante o último trimestre de gravidez ocorre o crescimento final, corporal e do cérebro, ocorrendo também o armazenamento de cálcio, gordura, fósforo, vitaminas e elementos. O nascimento prematuro interrompe esta nutrição fornecida pela placenta e pode causar efeitos adversos e permanentes no tamanho do cérebro comportamento, aprendizado e memória, bem como problemas ósseos, entre outros (TAMEZ & SILVA 2009).

Esses autores ainda descrevem que a função do trato gastrointestinal e sua integridade estrutural dependem da nutrição enteral, sendo que a ausência de substrato pode ocasionar atrofia da mucosa, aumentando a vulnerabilidade ao crescimento de organismos patogênicos no intestino, enquanto Costa (2002) informa que o desenvolvimento de hormônios gastrointestinais, a estimulação do trânsito intestinal, maior tolerância da alimentação diminuindo o tempo de alimentação parenteral e o ganho de peso, são algumas das vantagens do início precoce da alimentação enteral. Além disso, o déficit de crescimento do Sistema Nervoso Central, por si só, configura uma limitação para a alimentação, pois ele alcança seu ápice entre a 32ª e 34ª semana de gestação; isso faz com que os recém-nascidos pré-termos possuam necessidades nutricionais diferenciadas em relação aos recém-nascidos a termo.

VALETE *et.al.* (2009) relatam que a vulnerabilidade do recém nascido pré-termo em relação ao crescimento se deve, também, a fatores genéticos, emocionais, hormonais e nutricionais; sofrendo, ainda, a influência de componentes ambientais. Além disso, outro fator que torna o bebê prematuro mais vulnerável é sua baixa capacidade de armazenamento de gorduras e proteínas, além de possuir, neste período, um rápido crescimento e aumento gasto de energia (LISSAUER & CLAYDEN, 2009).

O reflexo de sucção e deglutição surge ao longo do desenvolvimento fetal, sendo que na 16ª semana de gestação, a língua começa a movimentar-se e aparece o reflexo da deglutição, na 20ª semana surge o reflexo de sucção e, somente, em torno da 32ª a 34ª semana haverá a coordenação entre os reflexos de sucção e deglutição, embora essa coordenação ainda possa ser imatura (SILVA *et.al.*, 2000).

Estima-se que a sincronia plena dos reflexos de sucção e deglutição surja, aproximadamente, da 36ª a 37ª semana de gestação, e que o reflexo do engasgo pode não estar totalmente desenvolvido antes da 36ª semana de gestação, o que aumenta a suscetibilidade dos prematuros à aspiração (ASKIN & WILSON, 2006).

COSTA (2002) afirmativa de que crianças com idade gestacional acima de 34 semanas já possuem maturidade e capacidade de coordenar a sucção-deglutição, conseguindo sugar e deglutir líquidos, podendo receber a alimentação por via oral, se estáveis hemodinamicamente. Ressalta-se, contudo, que o processo de sucção-deglutição

essencial para que o prematuro tenha sucesso na alimentação por via oral não depende somente da maturação neural, mas também de força muscular e da coordenação para que continue atendendo suas necessidades de ventilação enquanto coordena os movimentos de sucção e deglutição; esses fatores, por si só, impossibilitam a alimentação direta ao seio materno ou o uso de mamadeiras pelos recém-nascidos pré-termos (SILVA *et.al.*, 2000).

A via de alimentação, por isso, necessita ser estabelecida por outros métodos, sendo a sondagem gástrica, oral (SOG) ou nasal (SNG), um procedimento imprescindível para atender à demanda nutricional do prematuro (BORREL & SILVA, 2000).

É importante destacar que a nutrição oferecida ao prematuro deve ser individualizada, considerando a tolerância enteral, tolerância metabólica, as restrições impostas pelas condições de saúde e as necessidades relacionadas com o desenvolvimento; respeitando a meta de atingir a nutrição do recém-nascido prematuro em uma velocidade semelhante à obtida na nutrição intrauterina para evitar as complicações decorrentes da desnutrição e considerando que uma nutrição adequada e satisfatória a partir dos primeiros momentos da vida tende a evitar doenças e comorbidades subsequentes (LLANOS *et.al*., 2004).

Recomenda-se a introdução da chamada alimentação precoce; ela precisa era iniciada logo que possível, porque os prematuros possuem reservas energéticas reduzidas e eventos como o estresse, a atividade, a hipotermia a síndrome do desconforto respiratório, aumentam a demanda metabólica e elevam o gasto energético, principalmente durante o período de permanência nas Unidades de Terapia Intensiva (COSTA, 2002).

A administração precoce de quantidades mínimas de alimentação enteral, independente da nutrição parenteral, tem-se mostrado segura e benéfica para os recém-nascidos prematuros, excluindo as situações em que a rota é contraindicada. A chamada alimentação enteral mínima ou trófica consiste em administrar pequenos volumes de leite, com o objetivo de fornecer nutrientes e, principalmente, estimular diretamente o desenvolvimento do sistema gastrintestinal sem aumentar a gravidade da doença (BEN, 2008).

A administração da alimentação trófica intermitente pode ser fracionada em intervalos de 3, 4, 6 ou 8 horas ou em intervalos que variam de 2 horas até 4 horas, em torno de 1ml por Kg de peso, o que auxilia o bebê na sua adaptação à nutrição enteral nutritiva (LEONE & PEREIRA, 2006).

BEN (2008) afirma que bebês portadores de patologias mais severas necessitam de um fornecimento maior de nutrientes adequados, sendo a nutrição enteral mais vantajosa que a nutrição parenteral, pois preserva a mucosa gastrintestinal e, complementado por Silva et.al. (2009) promove também a tolerância alimentar, a colonização bacteriana e a

maturação do tubo digestivo; já que fornece nutrientes luminais para os enterócitos e o estímulo necessário para a liberação de hormônios entéricos, exercendo um efeito trófico sobre as células proliferativas do intestino.

Cuidados com a administração da dieta enteral aos recém-nascidos prematuros: Indicação da alimentação por dieta enteral.

A alimentação por gavagem é indicada para os prematuros com menos de 1500g, com menos de 32 semanas de gestação, em que o leite é administrado lentamente, por ação da gravidade. Nos prematuros com menos de 1000g a preferência é o fracionamento da dieta de 2 em 2 horas ou de 3 em 3 horas.

Cuidados com a introdução da Sonda enteral

A sonda enteral é o método de escolha para oferecer suporte nutricional a pacientes que têm trato gastrointestinal funcionante, mas não conseguem manter ingestão oral adequada. Portanto, é necessário se ter cuidados específicos para fazer a introdução tais como: fixação, higienização e curativo. Assim como cuidados gerais: movimentação, adequação do volume e da velocidade da infusão.

Ao se introduzir a sonda enteral deve-se: lavar as mãos antes e depois da administração da dieta; testar a sonda para verificar a numeração e localização correta após a medida (da ponta do nariz, lóbulo da orelha até a base do apêndice xifoide); introduzir e fixar a sonda corretamente; verificar o resíduo gástrico; elevar o decúbito do paciente e infundir a dieta (CORREA & PORTELA, 2007).

Cuidados com a administração da dieta enteral

A nutrição de recém-nascidos prematuros tem duas indicações de modalidades: parenteral e enteral. Neste estudo estamos dando embasamento a dieta enteral. A nutrição enteral é menos custosa e tecnicamente mais fácil em relação a parenteral, tendo limitações para os prematuros gravemente enfermos (FEFERBAUM & QUINTAL, 2000).

Os mesmos autores ainda afirmam que com o surgimento da nutrição enteral mínima observou-se na prática que a mesma tem menos tempo de intolerância gástrica e o prematuro tem ganho de peso mais rápido. O alimento é um importante fator para o crescimento da mucosa intestinal.

A dieta enteral sendo administrada precocemente desenvolve efeitos positivos em outros tecidos facilitando a tolerância alimentar, a diminuição da resistência vascular

esplâncnica com aumento do fluxo sanguíneo e melhor oferta de oxigênio, assim como reduz a incidência de enterocolite necrosante. Quando a dieta enteral é administrada em prematuros aumenta-se a gastrina, a motilina e peptídeos pancreáticos que regulam uma variedade de funções endócrinas que mantém a integridade do intestino, assim como contribui para a digestão e absorção de nutrientes (MATUHARA & NAGANUMA, 2006).

Na literatura observa-se em muitos estudos sobre alimentação de prematuros de baixo peso que ao administrar a dieta mínima com variação de 2,5 a 20 ml/kg/dia, proporciona-se um menor tempo ao alcance da nutrição enteral total, uma menor intolerância alimentar, assim como a prevenção da enterocolite necrosante.

Como sugestão de esquema alimentar para o RNPT descreve-se: Peso de nascimento: >1250g entre 1000-1250g >1250g; Início (idade): 6h, 24h, 48h; Volume da 1ª mamada: 5ml; 2ml, 1ml; Periodicidade: 3/3h; 3/3h, 2/2 ou 3/3h; Incremento: 20ml/kg/dia (para qualquer peso) (MATUHARA & NAGANUMA, 2006).

Na falta de leite materno utilizam-se fórmulas especiais para suprir a alimentação do bebê. Deve-se iniciar a nutrição enteral com uma fórmula elementar, pois os Prematuros podem apresentar necessidades extras de suplementação de vitaminas E, D e ácido fólico.

Dentre as necessidades nutricionais (tabela 1) basais do recém-nascido estão:

A) Necessidades hídricas: Valores recomendados para o 1º dia de vida NT: 60 ml/kg/dia; RNPT: 80 ml/kg/dia. Valores recomendados para o final da 1a semana de vida: 120 a 160 ml/kg/dia.

B) Necessidades calórico-energéticas: deve-se atingir 120 kcal/kg/dia na 2ª semana de vida, oferecendo-se calorias na proporção de 40% em hidratos de carbono e 60% em gorduras. Obs: deve-se respeitar a relação nitrogênio/calorias não proteicas de 1/160.

C) Necessidades lipídicas: em torno de 1 a 1,5g/kg/dia. Obs: caso seja prescrito um valor maior, fazer controles de triglicérides e colesterol séricos.

D) Necessidades de eletrólitos, minerais e microelementos: **Na**: 2 a 3mEq/kg/dia; até 8mEq/kg/dia em RNMBP; **K**: 2 a 3mEq/kg/dia; **Cl**: 1,5 a 2,5mEq/kg/dia; **Mg**: no RNPT: 8mg/kg/dia, no RNMBP: 10mg/kg/dia; **Ca**: no RNPT: 200mg/kg/dia; no RNMBP: 240mg/kg/dia; **P**: no RNPT: 120mg/kg/dia; no RNMBP: 140mg/kg/dia; **Zn**: 100 a 300mg/kg/dia; no RNMBP: até 500mg/kg/dia; **Cu**: 20mg/kg/dia, no RNMBP: até 90mg/kg/dia; **Mn**: 1mg/kg/dia; **Cr**: 0,2mg/kg/dia; **Se**: 2mg/kg/dia; **Md**: 0,25mg/kg/dia.

E) Necessidades vitamínicas: Vitamina A: 1500 a 2800UI/dia; Vitamina D: 800UI/dia; Vitamina K: 0,5 a 1mg ao nascimento (MATUHARA & NAGANUMA, 2006).

Tabela 1: Necessidades de nutrientes do recém-nascido prematuro (MATUHARA &

NAGANUMA, 2006).

Energia (kcal)	110-165
Proteínas (g)	2,7-3,5
Proteína/energia (g/kcal)	3,6/120
Lipídios (g)	0,5-1,0
Ác. linoléico (g)	0,5-0,7
Ác. linolênico (mg)	70-150
Na (mEq)	2,3-3,0
K (mEq)	1,5-2,7
Ca (mg)	70-240
P (mg)	50-130
Mg (mg)	6,1-12,2
Cl (mEq)	1,6-2,5

As necessidades nutricionais diárias na alimentação enteral de RNPT devem ter três períodos: gavagem gástrica, intermitente e contínua.

- ✓ Gavagem gástrica: preferencial, pois supre os nutrientes com menor risco, menor custo, sendo mais fisiológica.
- ✓ Intermitente: é preferível à contínua, com volumes iniciais de 1 a 2ml, a intervalos de uma a duas horas, nos RN de muito baixo peso.
- ✓ Contínua: é mais comumente utilizada em prematuros extremos com quadros respiratórios graves e naqueles em que houve intolerância à administração intermitente devido a cirurgia intestinal, refluxo gastroesofágico ou resíduos gástricos persistentes (FEFERBAUM & QUINTAL, 2000).

Além disso, verifica-se que há um método alternativo de administração da dieta enteral que também é bem aplicável e que traz bons resultados. É o método de administração durante uma hora, seguida por período de pausa de uma a duas horas. Se a criança permanecer estável, após este período, os volumes devem ser aumentados cerca de 5 a 10 ml/kg/dia e, a seguir, por mais 10 a 20 ml/kg/dia (MATUHARA & NAGANUMA, 2006).

MATUHARA & NAGANUMA (2006) afirmam que os prematuros graves apresentam estoques diminuídos de nutrientes e, consequentemente, a sua capacidade de tolerar jejum é limitada. Nesse sentido, o suporte nutricional deve ser estabelecido por um período entre 24 e 72 horas de vida, mesmo que no início desta administração a dieta seja parenteral

deve-se iniciar a alimentação enteral assim que o trato gastrointestinal se mostre funcionante.

Segundo TAMEZ & SILVA (2009), a alimentação por gavagem deve ser administrada lentamente, por ação da gravidade, de 20 a 30 minutos, que, de acordo com Bem (2008) a dieta em bolus promove uma alimentação mais fisiológica e mais benéfica para o desenvolvimento intestinal. Outra vantagem é sua ligação com o aumento dos hormônios gastrintestinais, que auxiliam na maturação e desenvolvimento gastrointestinal, proporcionando ganho de peso e alta hospitalar precoce.

O intervalo da dieta em bolus deve ser observado, pois alimentações mais fracionadas tendem a gerar mais resíduos gástricos, e o tempo de esvaziamento gástrico pode variar dependendo do tipo de dieta. A conferência do resíduo gástrico antes de iniciar a gavagem assegura a localização da sonda e o aspecto e a cor do resíduo pode indicar a não digestão do leite (TAMEZ & SILVA, 2009).

Quanto à presença de resíduo gástrico, este não deve ultrapassar 20% do volume dado previamente. No entanto, se o resíduo gástrico for superior a 30% do volume total administrado previamente ou apresentar alterações na cor, o médico deve ser notificado (TAMEZ & SILVA, 2009).

Porém, em alguns casos, este método de alimentação pode provocar o deslocamento da sonda, e quando isto acontece, os sinais de alerta são mais evidentes e podem levar à bradicardia, apneia e cianose. As dietas enterais administradas muito rapidamente, podem interferir com a peristalse, ocasionando distensão abdominal e até regurgitação (BOWDEN & GREENBERG, 2005).

Um dos problemas da nutrição enteral é a administração a recém-nascidos com menos de 1500g, visto que o esvaziamento gástrico e o trânsito intestinal tendem ser mais demorados e a alimentação recebida em bolus pode afetar a assimilação de alimentos lácteos, podendo ocasionar intolerância alimentar. Além disso, o período de jejum pode interferir na homeostase metabólica, afetando seu desenvolvimento (PREMJI & CHESSELL, 2008).

Outra opção é a administração da dieta de forma contínua, ofertada em fluxo constante, a cada 4 horas, com 1 hora de intervalo, por bomba de infusão. A gavagem contínua pode também ser infundida por gotejamento gravitacional ou em bomba de infusão por 24 horas, ou ainda em infusão noturna, complementando, assim, a dieta ingerida durante o dia (SPOLIDORO & FALCÃO, 2005).

A administração da dieta de forma contínua é indicada para os bebês com problemas de distensão gástrica ou regurgitação, e que não toleram a dieta em bolus, e para os recém-

nascidos de muito baixo peso, além de bebês dependentes de ventilação mecânica. Os prematuros com peso igual ou menor que 1000g a 1200g podem não tolerar a gavagem intermitente, recomenda-se, então, que a dieta seja ministrada de forma contínua, por sonda nasogástrica e com bomba de infusão. Pausa alimentar superior a sete dias, síndrome do intestino curto e alimentação transpilórica, são outras indicações relacionadas a este tipo de alimentação (SPOLIDORO & FALCÃO, 2005).

De acordo com BEN (2008) as crianças alimentadas por infusão contínua apresentam maior intolerância alimentar e, apesar da alimentação contínua diminuir o risco de apneias e de refluxo gastroesofágico nos recém-nascidos, ela está associada a um maior risco de infecção, por maior exposição dos tubos ao ambiente e por alterações físico-químicas da dieta infundida. A alimentação contínua requer recursos físicos, aparelhos e aumenta o custo, sem apresentar vantagens com relação à alimentação em bolus.

O deslocamento das sondas de alimentação em recém-nascidos que recebem a alimentação por infusão contínua, principalmente em baixos volumes, podem, a longo prazo, provocar complicações como o desenvolvimento de doença pulmonar crônica. Nestas situações, os sinais clínicos podem não ser evidentes de imediato, mas favorecem o surgimento de complicações clínicas tardias (BEN, 2008).

É importante observar, durante o período de administração da alimentação, a medida da circunferência abdominal, acima e abaixo do umbigo, de 12 em 12 horas. Além disso, atentar para os sinais de intolerância alimentar, como distensão abdominal, resíduo gástrico superior a 30% do valor total da alimentação administrada, resíduo bilioso, alças intestinais palpáveis e visíveis, vômito, irritabilidade, letargia, fezes líquidas e/ou presença de sangue nas fezes (TAMEZ & SILVA, 2009).

Independente da técnica utilizada, a alimentação deve ser iniciada o mais precocemente possível, pois garante o ganho de peso, evita a hipoglicemia e melhora o desempenho neurológico em longo prazo (COSTA, 2002).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os bebês que possuem maior necessidade de serem nutridos através de sondas gástricas são os prematuros. Entretanto, complicações relacionadas ao uso da sonda gástrica é a incidência da estimulação vagal, mais frequente nas sondas inseridas pela via oral, em função dos movimentos da boca e língua do bebê, se caracterizando pelo surgimento de bradipneia e taquicardia. É possível compreender que o RN em uso de SOG necessita ser cuidado por uma equipe ciente das características peculiares que envolvem

este, serem, das várias transformações adaptativas pelas quais passará durante o ajustamento à vida extrauterina, dentre as quais a necessidades de nutrição.

O crescimento do prematuro é particularmente vulnerável, sendo este determinado geneticamente e modulado por fatores ambientais, emocionais, nutricionais e hormonais. O suporte nutricional precoce de prematuros é essencial para melhorar a sobrevida, reduzir o catabolismo e promover o crescimento.

A equipe de enfermagem tem as seguintes responsabilidades dentro de uma unidade neonatal relacionadas a administração de dieta enteral: promover a adaptação de RN ao meio externo, observar quadro clinico, fornecer alimentação adequada para suprir as necessidades metabólicas dos sistemas orgânicos em desenvolvimento, realizar controle de infecções, estimular o RN, educar os pais e estimular visitas familiares.

4 REFERÊNCIAS

ASKIN, DF; WILSON, D. Problemas de Saúde de Neonatos. **In**: HOCKENBERRY, MJ; WILSON, D; WINKELSTEIN, M. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro: 7ª ed., Elsevier, 2006.

BEN, Xiao-ming. Nutritional management of newborn infants: Practical guidelines. **Worl Journal Of Gastroenterology**, Jiangsu Province, 28 ago. 2008.

BARAL, FN. Recuperação nutricional dos recém-nascidos de prematuros da UTI neonatal do HRAS. **Secretária de Saúde . D.F** 2012.

BORREL, JG; SILVA, IA. Sonda gástrica em recém-nascido pré-termo: estudo das alterações de flexibilidade do polímero constituinte. **Revista Esc. Enf. USP**. São Paulo: v.34, n.3, set.; 2000.

BOWDEN, VR; GREENBERG, CS. Alimentação Enteral. **In**:_____. **Procedimentos de enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CORBELLINI. As técnicas de informação e comunicação como inovação no trabalho em saúde: o cuidado nutricional ao paciente em suporte enteral. **Fundação Oswaldo Cruz (Fio cruz)** 2009.

CORREA, CT; PORTELA, CR. **Manual De Consulta Para Estágio Em Enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

COSTA, HPF. Alimentação Enteral no Recém-Nascido pré-termo. **In**: SEGRE, Conceição A. M. **Perinatologia:** fundamentos e prática. São Paulo: Sarvier, 2002.

FEFERBAUM, R; QUINTAL, VS. Nutrição enteral do recém-nascido pré-termo. **In**: Pediatria Moderna, **UTI Neonatologia.** Edição Especial, jun., 2000.

LEONE, CR; PEREIRA, GR. Nutrição do recém-nascido pré-termo. In: ALVES FILHO, Navantino et al. **Perinatologia Básica**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LISSAUER, T; CLAYDEN, G. Medicina Neonatal. **In**:_____. **Manual ilustrado de pediatria**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

LLANOS, M; et.al. Tendências actuales em La nutrición Del recién nacido prematuro. **Rev. chil Pediatr.** Santiago: v.75 n.2, mar.; 2004.

MATUHARA, AM; NAGANUMA, M. **Manual instrucional para aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo**. Pediatria (São Paulo); v.28, n.2: pp.81-90. 2006.

PEYNEAU, LPD. Fatores de risco para ocorrência de restrição do crescimento extra – uterino, prematuro de muito baixo peso ao nascer.**Universidade do Estado do Rio de Janeiro UERJ.** 2008.

PREMJI, S; CHESSELL, L. **Alimentación láctea nasogástrica continua vesus alimentación láctea em bolus intermitentes para recién nacidos prematuros com menos de 1500 gramos.** Oxford: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008.

SILVA, MHA; et.al. Alimentação do bebê prematuro e de muito baixo peso ao nascer: subsídios para a assistência de enfermagem em berçário. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, 2000.

SORIANO, GF; et.al. Terapia nutricional enteral; aplicação de indicadores de qualidade. **Revista Brasileira de terapia intensiva.** v.8, n.4 São Paulo, outubro, 2009.

SPOLIDORO, JVN; FALCÃO, MC. Nutrição Enteral e Parenteral em UTI Pediátrica. **In**: PIVA, JP; GARCIA, PCR. **Medicina Intensiva em Pediatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

TAMEZ & SILVA. **Enfermagem na UTI neonatal assistência ao recém nascido de alto risco,** 4º edição Guanabara Koogan: 2009.

TRINDADE, PEC. Importância dos minerais, alimentação do pré- termo extremo. **Jornal de Pediatria**, v.81 n.1, Porto Alegre: mar.; 2005.

VALETE, CO; et.al. Análise das práticas de alimentação de prematuros em maternidade pública no Rio de Janeiro. **Revista de Nutrição**. Campinas: v.22 n.5, set.; 2009.