



Preferência dos profissionais da unidade de terapia intensiva neonatal pelo uso da sonda nasogástrica ou orogástrica

Health professionals' preference in the neonatal intensive care unit by nasogastric or orogastric probes

Preferencia de los profesionales de la unidad de terapia intensiva neonatal por el uso de la nasogástrica u orogástrica

Janaina de Alencar Nunes*
Esther Mandelbaum Bianchini**
Hanna Marinho Martins***
Sara Emanuele Calheiros***

Resumo

Introdução: A sondagem gástrica é um procedimento imprescindível no auxílio à nutrição de recém-nascido prematuro. **Objetivo:** Identificar a preferência dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em relação à escolha do tipo de sonda de alimentação nasogástrica (SNG) ou orogástrica (SOG). **Método:** Fizeram parte desta pesquisa 38 profissionais da UTIN, os quais foram divididos em dois grupos: GSOG composto pelos profissionais que preferem a sonda orogástrica e GSNG, composto pelos profissionais que preferem a sonda nasogástrica. O instrumento de pesquisa utilizado com os profissionais foi um questionário que abrange: identificação, formação, titulação, local de trabalho, questões referentes à preferência pela sonda utilizada na UTIN, e as justificativas dos profissionais em relação à melhor sonda de alimentação. **Resultados:** Os dois grupos, GSNG e GSOG apresentaram o mesmo percentual de preferência pela SNG e SOG, ambos com 50%. Quanto às justificativas para a escolha do tipo de sonda, as mais citadas pelo GSNG foram: facilitar a estimulação orofacial e sucção não nutritiva (68,4%) e facilitar o estímulo à sucção do seio materno (57,9%), já os membros do GSOG apresentaram como justificativas, não interferir na respiração nasal (84,2 %) e causar menos traumas na cavidade nasal (78,9%). **Conclusão:** Foi possível observar que metade dos profissionais da UTIN prefere

*Doutoranda em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). ** Professora adjunto do Programa de Pós-Graduação da Universidade Veiga de Almeida (UVA). ***Fonoaudióloga formada pela Universidade Vila Velha.



a SOG, por não interferir na respiração nasal, causar menos traumas na cavidade nasal e proporcionar melhor fixação. Já a outra metade dos profissionais entrevistados prefere a SNG, pois facilita a estimulação orofacial, a sucção não-nutritiva e a estimulação da sucção no seio materno.

Palavras-chave: recém-nascido; prematuro; fonoaudiologia; métodos de alimentação.

Abstract

Introduction: The nasogastric tube is an important procedure in the nutrition of preterm. **Objective:** To identify the health professionals' preference in the Neonatal Intensive Care Units (UTIN) in relation to the choice of type of probe feeding: nasogastric (SNG) or orogastric (SOG). **Methods:** Took part of this study, 38 health professionals' working in the UTIN divided into two groups: GSOG, professionals who prefer the orogastric tube and GSNG, professionals who prefer the nasogastric tube. The research instrument was a questionnaire composed of questions that cover: identification, training, titration, place of work and, issues relating to probe more used in the UTIN, and supporting the training in the best probe of feeding. **Results:** The preference for SNG and SOG are both 50%. The most mentioned justification for the choice of type of probe by the GSNG was: it facilitates the orofacial stimulation and the non-nutritive sucking (68.4%) and the stimulus to suction in the maternal breast (57.9%). For the GSOG the justifications were: it does not interfere in nasal breathing (84.2%) and causes fewer traumas in the nasal cavity (78.9%). **Conclusion:** It was possible to observe that half of the professionals consulted prefer the SOG, because it doesn't interfere with nasal breathing, causes fewer traumas in the nasal cavity and provides better fixation. The other half of the professionals interviewed prefers the SNG, since it facilitates orofacial stimulation and non-nutritive sucking and the sucking stimulation in the maternal breast.

Keywords: infant, newborn; premature; speech, language and hearing sciences; feeding methods.

Resumen

Introducción: La sonda gástrica es un procedimiento esencial para ayudar en la nutrición del prematuro. **Objetivo:** Identificar la preferencia de los profesionales de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) en relación con la elección del tipo de sonda de alimentación nasogástrica (SNG) u orogástrica (SOG). **Método:** Tomaron parte de esta investigación 38 profesionales de la UTIN que fueron divididos en dos grupos: GSOG: profesionales que prefieren el SOG y GSNG: profesionales que prefieren la SNG. El instrumento de investigación fue un cuestionario que cubre: Identificación, formación, titulación, lugar de trabajo, cuestiones con respecto a la preferencia por la sonda utilizada en la UTIN y la justificación de de los profesionales sobre la mejor sonda de alimentación. **Resultados:** Los dos grupos presentaron el mismo porcentaje de preferencia por la SNG y el SOG, ambos con 50%. En lo que respecta a la justificación de la elección del tipo de sonda, la más citada por el GSNG fueron: facilitar la estimulación orofacial y succión no nutritiva (68,4%) y facilitar el estímulo de la succión de la mama (57,9%), ya los miembros del GSOG presentaron como justificaciones, no interferir con la respiración nasal (84,2%) y causar menos trauma en la cavidad nasal (78,9%). **Conclusión:** Fue posible observar que mitad de los profesionales de la UCIN prefieren la SOG, por no interferir en la respiración nasal; causar menos trauma en la cavidad nasal y de proporcionar una mejor fijación. La otra mitad de los profesionales entrevistados prefieren a SNG, porque facilita la estimulación orofacial, la succión no nutritiva y la estimulación de la succión de la mama.

Palabras clave: recién nacido; prematuro; fonoaudiología; métodos de alimentación.

Trabalho apresentado como pôster no 19º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia e 8º Internacional de Fonoaudiologia. 30 de outubro a 2 de novembro de 2011. São Paulo.

Introdução

A atuação do fonoaudiólogo em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) surgiu na década de 80¹. Os principais objetivos deste trabalho são: proporcionar benefícios para os bebês de alto risco¹; assegurar a sobrevivência de recém-nascidos (RN) cada vez menores e mais imaturos, com auxílio do desenvolvimento tecnológico²; estabelecer uma alimentação oral funcional, segura e prazerosa³; buscar a qualidade de vida dessas crianças⁴; adequar o sistema estomatognático por meio da estimulação orofacial de forma segura e eficaz e promover o aleitamento materno⁵.

A sobrevida neonatal progrediu devido ao avanço da tecnologia, possibilitando a sobrevivência de RNs de muito baixo peso ao nascer (<1500g) e extremo baixo peso ao nascer (<1000g)⁶.

Observa-se um crescente aumento no número de RNPTs que recebem alta das complexas UTIN, e este cenário pode decorrer das evidências científicas disponíveis para os trabalhadores da saúde, bem como da sua aplicação na prática clínica⁷.

O recém-nascido pré-termo (RNPT) possui uma imaturidade global, incluindo o sistema estomatognático, que dificulta a realização da função de sucção e, conseqüentemente, a alimentação por via oral⁸.

Buscar o procedimento mais efetivo para oferecer a dieta para os RNPT é uma tarefa à qual fonoaudiólogos, e equipes de serviços neonatais em geral, vem se dedicando com vistas a favorecer o desenvolvimento motor oral desses prematuros e a relação mãe-bebê⁹.

Devido às limitações de sincronia nos movimentos de sucção, deglutição e respiração, quase sempre os RNPTs necessitam de utilização de sondas orogástricas ou nasogástricas para serem alimentados¹⁰.

O fonoaudiólogo é um dos profissionais capacitados para atuar na UTIN com RNPT e a termo, que apresentam dificuldades na alimentação e que necessitam de nutrição parenteral/ gavagem e/ou enteral¹¹.

No caso de crianças apresentarem determinadas patologias, ou serem muito pequenas, indica-se a dieta parenteral associada a uma dieta enteral mínima, pois esta promove a motilidade intestinal, melhora a tolerância alimentar, reduz casos de sepse e induz a atividade da lactase¹².

Os casos de RNs 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 gastrointestinal¹³.

A técnica da sucção não-nutritiva (SNN) realizada pelo fonoaudiólogo consiste na estimulação do reflexo de sucção, utilizando como recurso a introdução do dedo mínimo enluvado na boca do RN, antes da alimentação, seja por gavagem, sonda, mamadeira ou seio materno, para que seja aproveitada a prontidão e a fome do bebê. A SNN irá propiciar a aceleração da maturação do reflexo de sucção; facilitando a transição alimentar da sonda para via oral; estimulando o trânsito intestinal; o ganho de peso e alta hospitalar precoce^{5,14}.

A alimentação por via oral proporciona ao bebê melhores condições de estimulação de seu sistema sensório-motor-oral, em virtude da extração do leite exigir força dos músculos, aumentando assim a tonicidade muscular, ação importante para estimular as funções da fala, expiração e deglutição e para desenvolver as estruturas faciais e orais¹⁵.

Apesar de ser a mais indicada para o desenvolvimento das estruturas sensório motoras, nem sempre a alimentação por via oral é admissível. Muitas vezes para garantir a sobrevivência de um RNPT é necessária a utilização de alimentação via sonda⁵. Seja porque a alimentação por VO não é suficiente para suprir as necessidades orgânicas e nutricionais do paciente ou por não ser segura e eficiente¹⁶.

A colocação de sondas de alimentação é considerada um procedimento fácil e seguro¹⁷ no qual se introduz uma sonda pelas fossas nasais ou pela boca, passando pela faringe, através do esôfago indo até o estômago; tal procedimento é indispensável à recuperação, mas deve ser realizado com a técnica correta, para que não ocorra a pneumonia aspirativa¹⁸.

Autores observaram em seu estudo que metade dos RNs apresentava sondas na região pilórica, e a outra metade apresentava sondas dobradas ao longo da curva maior do estômago, podendo ocasionar hemorragia e perfuração do estômago nos RNPTs¹⁸.

A vulnerabilidade do prematuro em relação ao crescimento se deve, também, a fatores genéticos, emocionais, hormonais, nutricionais e componentes ambientais¹⁹.

Diversos autores discutem, em seus estudos, as vantagens e desvantagens do uso da SOG e

SNG. Para alguns, a SOG é preferível em relação à SNG, pois:

a) A SOG permite que as narinas fiquem livres, auxiliando, desta forma, a respiração do bebê⁵;

b) A SOG costuma ser priorizada nos primeiros dias e assim que ocorre a estabilidade respiratória é utilizada a SNG²⁰;

c) A SNG leva muitas vezes à fadiga e à dessaturação na hora da alimentação²¹;

d) A SNG leva a uma resistência respiratória, já que RN respira preferencialmente pelas narinas²², podendo levar à ocorrência de apnéias⁵.

e) O uso da SNG por período prolongado pode desencadear o refluxo gastroesofágico (RGE) e manifestar irritação na região nasal e faríngea²¹, havendo possibilidade de resultar em erosões e úlceras com consequentes necroses²³.

Já para outros, a SNG seria eleita como mais vantajosa em relação à SOG, pois:

a) A SNG deixa a cavidade oral livre para receber os estímulos, facilitando a SNN⁵;

b) A SOG leva a uma hipersensibilidade oral e refluxo nauseoso exacerbado⁵;

c) A SNG, concomitantemente com a SNN, propicia a aceleração da maturidade do reflexo de sucção, melhora a coordenação da respiração e deglutição, adequa a musculatura oral, facilitando, uma transição mais rápida de alimentação por sonda, para via oral²⁴;

d) A SNG é de fácil fixação e mais duradoura, em comparação à SOG⁵;

e) A SNG é preferida quando há estabilidade respiratória²⁰;

f) A SOG realiza o estímulo dos sensores vagais, provocando um aumento da frequência respiratória e cardíaca^{10,25};

g) A utilização da SOG nos bebês também pode provocar alterações no que se refere à forma, à mobilidade, à tonicidade e, preferencialmente, à sensibilidade oral²⁶;

h) A SOG trás para o recém-nascido uma sensação negativa e invasiva na região oral, diminuindo o estímulo prazeroso da alimentação²⁷;

i) A SOG pode levar à hipersensibilidade oral, pois os lábios e a língua possuem uma grande quantidade de receptores sensoriais que, quando expostos aos estímulos sensoriais negativos, resultantes de procedimentos como aspiração, intubação e uso de sondas alimentares podem levar a esse quadro²¹.

Como mostra a literatura abordada, várias são as divergências entre os profissionais envolvidos na escolha do tipo de sonda, podendo defrontar-se com dúvidas quanto ao tipo mais adequado e vantajoso para o bebê.

Foram observados diversos estudos englobando vantagens e desvantagens das sondas de alimentação, mas existem poucos artigos mencionando sobre a preferência dos profissionais de UTIN em relação à escolha da SOG ou SNG e as justificativas para tal escolha.

Desta forma, este trabalho tem o objetivo de identificar a preferência dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em relação à escolha do tipo de sonda de alimentação nasogástrica ou orogástrica no Hospital Infantil e suas justificativas para tal decisão.

Método

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HIMABA sob o número 35/2010, e mediante consentimento por escrito dessa instituição. Trata-se de pesquisa exploratória de corte transversal.

No período de julho a agosto de 2010, foram entrevistados 38 profissionais da UTIN do hospital Infantil: 14 médicos, 16 enfermeiros, 7 fisioterapeutas e 1 fonoaudióloga, que foram divididos em dois grupos: GSOG: 19 profissionais que preferem a SOG, e GSNG: 19 profissionais que preferem a SNG. Foram excluídos os profissionais: assistente social, nutricionista e técnicos de enfermagem.

O material da presente pesquisa foi composto por termo de consentimento livre e esclarecido, instrumento de pesquisa para os profissionais composto por três questões referentes à identificação e qualificação profissional elaboradas pelas autoras (Quadro I) e declaração dos hospitais e das instituições.

A aplicação do questionário foi realizada individualmente com os profissionais de saúde. Os sujeitos foram informados a responder às questões de acordo com o que julgassem mais adequado.

A análise estatística foi composta por variáveis quantitativas (contínuas e categóricas) e qualitativas. Para as variáveis contínuas foram utilizadas estatísticas descritivas (média aritmética simples, desvio-padrão, intervalo de confiança, valores mínimo e máximo), e para análise das variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado para

comparação de duas proporções, com nível de significância de 5%. Foi usado o programa computacional SPSS (Statistical Package for Social

Sciences), em sua versão 15.0, para a obtenção dos valores de teor estatístico.

QUESTIONÁRIO	
Nome: _____	Ano de nascimento: _____
Local de Graduação: _____	Ano de Formação: _____
I. CARGO/FUNÇÃO	
<input type="checkbox"/> Enfermeiro	
<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	
<input type="checkbox"/> Médico	
II. TITULAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Especialista	Área: _____
<input type="checkbox"/> Mestre	Área: _____
<input type="checkbox"/> Doutor	Área: _____
Local da Titulação: _____	
Ano de formação: _____	
Tempo que trabalha na UTIN: _____	
III. Trabalha em outra Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____	
IV. Em sua opinião, qual é a melhor sonda de alimentação em recém-nascido em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal?	
<input type="checkbox"/> Sonda Orogástrica – SOG <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica – SNG	
V. Justifique com três razões para essa escolha.	
1)	_____
2)	_____
3)	_____

Quadro I – Preferência dos profissionais da unidade de terapia intensiva neonatal pelo uso da sonda nasogástrica ou orogástrica

Resultados

A partir das respostas dos questionários, os profissionais foram divididos em dois grupos em relação à preferência da sonda de alimentação: GSOG e GSNG. Encontrou-se que 19 (50%) profissionais preferem a SOG e 19 (50%) preferem a SNG.

A Tabela 1 ilustra a distribuição dos profissionais de saúde em relação ao cargo e preferência

da sonda de alimentação. Em relação aos profissionais, um fonoaudiólogo mencionou preferir o uso da SNG; dentre os sete fisioterapeutas, dois relataram preferência pela SOG e cinco pela SNG; no cargo de enfermeiro observou-se que dentre 16 profissionais, dez citaram preferir a SNG e seis a SOG, e em relação ao cargo de médico, verificou-se prevalência pelo uso da SOG ($p < 0,01$).

Tabela 1 – Distribuição dos participantes de GSOG e GSNG referentes ao cargo/função

Cargo/Função	SOG		SNG		p-valor*
	N	%	N	%	
Fonoaudióloga	0	0,0	1	5,3	0,994
Fisioterapeuta	2	10,5	5	26,3	0,402
Enfermeiro	6	31,6	10	52,6	0,326
Médico	11	57,9	3	15,8	0,019*
TOTAL	19	100,0	19	100,0	-

* $p < 0,05$ - Teste Qui-Quadrado

Legenda: SOG = sonda orogástrica; SNG = sonda nasogástrica; N = número de sujeitos; % = porcentagens de sujeitos.

Quanto à distribuição dos participantes referentes ao ano de formação da graduação (Tabela 2), houve predomínio no GSOG nos anos entre 1982 e 1989 ($p < 0,01$) e entre 2000 a 2009 observou-se predomínio de profissionais que preferem a

SNG ($P < 0,01$), enquanto que no ano entre 1990 e 1999 observou-se que oito profissionais preferiram a SOG e três a SNG. Partir das respostas dos questionários, os profissionais.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes de GSOG e GSNG referentes ao ano de formação da graduação

Ano de formação da graduação	SOG		SNG		p-valor
	N	%	N	%	
Entre 1982 e 1989	6	31,8	0	0,0	0,025*
Entre 1990 e 1999	8	42,2	3	15,8	0,151
Entre 2000 e 2009	5	26,4	16	84,4	0,001*
TOTAL	19	100,0	19	100,0	-

* $p < 0,05$ - Teste Qui-Quadrado

*Legenda: SOG = sonda orogástrica; SNG = sonda nasogástrica; N = número de sujeitos; % = porcentagens de sujeitos.

A tabela 3 ilustra a relação entre o tipo de sonda e titulação, local de titulação e ano de formação da titulação. Em relação à titulação, oito (88,1%) profissionais sem nenhuma titulação apresentaram predomínio na preferência pela SNG (36,8%) ($p < 0,01$). Dentre os 26 profissionais especialistas, 15 (78,9%) mencionaram preferir a SOG e 11 (57,9%) a SNG; e três (15,8%) profissionais com

título de mestre apresentaram preferência pelo uso da SOG e um mestre (5,3%) pela SNG. Na variável local da titulação, observou-se que a maioria dos profissionais participantes da pesquisa era da região do Espírito Santo (108,3%) e a mínima do estado de São Paulo (19,4%). E no ano de formação da titulação observou-se que no ano entre 2000 e 2010 os profissionais optaram pela SNG ($p < 0,05$).

Tabela 3 – Cruzamentos entre o tipo de sonda e titulação, local de titulação e ano de formação da titulação

Variáveis	Em sua opinião, qual é a melhor sonda de alimentação em recém-nascido em UTIN?				p-valor
	SOG		SNG		
	N	%	N	%	
Qual a titulação?					
Nenhuma	1	5,3	7	36,8	0,047*
Especialista	15	78,9	11	57,9	0,297
Mestre	3	15,8	1	5,3	0,599
TOTAL	19	100,0	19	100,0	-
Local da Titulação					
Espírito Santo	9	50,0	7	58,3	0,942
Rio de Janeiro	5	27,8	3	25,0	0,802
São Paulo	2	11,1	1	8,3	0,711
Não respondeu	2	11,1	1	8,3	0,711
Ano de formação da titulação					
Entre 1982 e 1989	3	16,7	0	0,0	0,383
Entre 1990 e 1999	6	33,3	0	0,0	0,077
Entre 2000 e 2010	9	50,0	11	91,7	0,048*
Não respondeu	0	0,0	1	8,3	0,839
TOTAL	18	100,0	12	100,0	-

* $p < 0,05$ - Teste Qui-Quadrado. *Legenda: UTIN = Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; SOG = sonda orogástrica; SNG = sonda nasogástrica; N = número de sujeitos; % = porcentagens de sujeitos.

Em relação às justificativas para o uso da SNG, 68,4% dos profissionais mencionaram que a sonda pela narina facilita a estimulação orofacial e a sucção não nutritiva; 57,9% relataram que facilita o estímulo e sucção no seio materno; 31,6% citaram que proporciona melhor fixação. Os profissionais de saúde também mencionaram que a SNG desencadeia menos reflexo de vômito e náusea (21,1%);

não altera as funções do sistema estomatognático em comparação com a SOG (21,1%); propicia maior conforto para o RN (15,8%); não aumenta a frequência respiratória e cardíaca como a SOG (10,5%) e 5,3% mencionaram que a SNG propicia melhor higienização da cavidade oral do bebê (Figura 1).

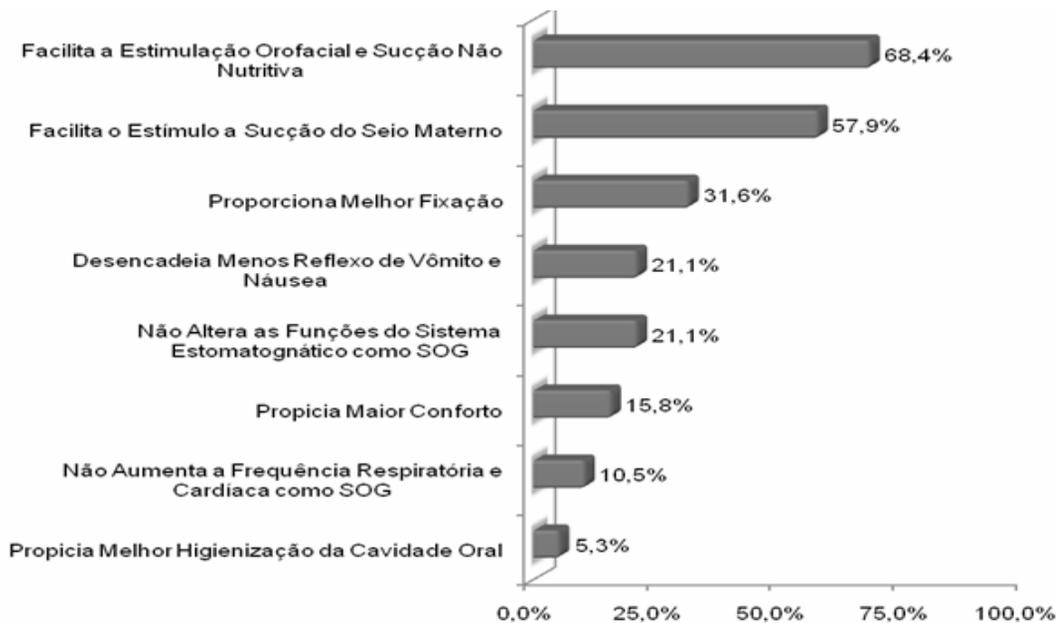


Figura 1 - justificativa do grupo de profissionais que preferiram a SNG

*Legenda: SOG = sonda orogástrica.

A Figura 2 ilustra as justificativas para o uso da SOG. Dentre os profissionais da pesquisa, 84,2% mencionaram que a SOG não interfere na respiração nasal; 78,9% citaram que causa menos trauma na cavidade nasal; 47,4% dos profissionais justificaram a preferência pela SOG, pois propicia melhor fixação e maior conforto para o RN (21,1%); 10,5% mencionaram que a SOG oferece menor probabilidade de infecção; não aumenta a

produção de secreção nasal em comparação com a SNG (10,5%) e 5,3% dos profissionais de saúde preferem a SOG, pois foi indicada na formação profissional e diminui o risco de apneia (5,3%).

A literatura menciona a diversidade de opinião entre os autores quanto à escolha da melhor sonda. E no presente estudo observou-se que metade dos profissionais do HIMABA entrevistados apresentou preferência pela SOG e a outra metade pela SNG.

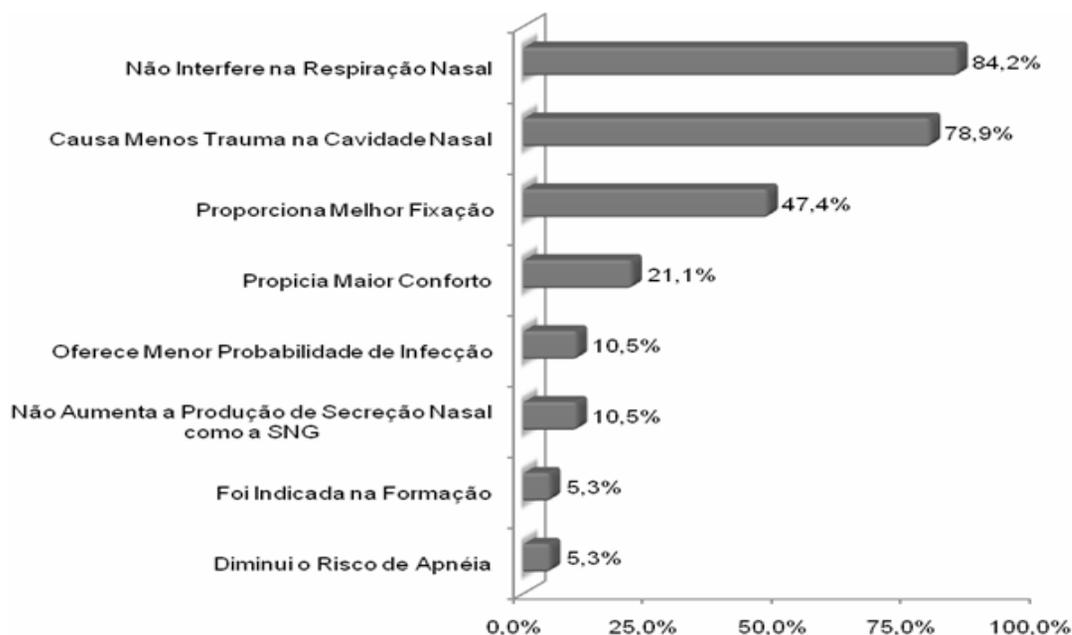


Figura 2 - justificativa do grupo de profissionais que preferiram a SOG

*Legenda: SNG = sonda nasogástrica.

Discussão

Quanto ao cargo/função dos profissionais, encontrou-se diferença estatisticamente significativa no cargo de médico, com maior percentual no GSOG (57,9%) e no GSNG (15,8%) apresentando p-valor de 0,019. Em estudos anteriores a SOG foi a mais utilizada para alimentar os recém-nascidos pré-termo²⁸, além disso, a maior parte dos médicos se formou há muitos anos, quando a atuação fonoaudiológica na UTIN estava apenas começando, justificando assim, a preferência dos médicos por esse tipo de sonda de alimentação.

Quanto ao ano de formação da graduação, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os GSOG e GSNG. Observando que os profissionais com conclusão da graduação entre 1982-1989 optaram pela SOG, e os graduados entre 2000-2009, optaram pela SNG.

O ano de formação da titulação entre 2000 e 2010 influenciou na decisão dos profissionais, observando prevalência de SNG (91,7%), mostrando que a atuação fonoaudiológica na UTIN tem crescido e modificado a conduta dos profissionais que usavam a SOG.

Não foram encontradas referências que justifiquem a relação entre o ano de formação da graduação e da titulação dos profissionais com o

tipo de sonda a ser utilizada na UTIN, sendo importante que estudos nesse sentido sejam realizados. No entanto, vale ressaltar que o fonoaudiólogo só começou a atuar na UTIN nos anos 80¹, sendo que só a partir desse momento, a SNG começou a ser divulgada, de forma que, antes dessa intervenção, não havia um motivo para que a SNG fosse indicada como mais vantajosa.

Quando relacionada à titulação com a preferência por um tipo de sonda, foi possível observar que houve significância estatística apenas nas respostas dos profissionais sem titulação, pois 36,8% dos profissionais que preferiram a SNG não possuíam titulação. Enquanto maior parte dos especialistas (78,9%) e mestres (15,8%) preferiu a SOG, mostrando que os profissionais, mesmo com maior nível de formação, continuam com a antiga conduta de usar a SOG.

As autoras deste estudo acreditam que o nível de conhecimento dos profissionais possa interferir na escolha do tipo de sonda. A construção de um corpo de conhecimentos específicos e o desenvolvimento de técnicas e equipamentos repercute diretamente na sobrevivência de neonatos cada vez mais prematuros, no entanto, isso requer incorporação de profissionais mais qualificados técnica, científica e eticamente. Atualmente, a UTIN é um

dos setores de maior especialização no cuidado aos recém-nascidos dentro das instituições de saúde²⁹.

O estado onde foi cursada a titulação, não interferiu na escolha do tipo de sonda, pois os percentuais entre a SNG e SOG foram bem próximos.

Quando relacionado o tempo de atuação na UTIN com a preferência por um tipo de sonda, observou-se que a SNG foi eleita como a melhor via de alimentação em RNPTs pelos seguintes profissionais que atuam na UTIN: há menos de 1 ano, entre 1 e 4 anos, entre 7 e 10 anos; e também pelos profissionais que não responderam por quanto tempo trabalham na UTIN. Já os profissionais que preferem a SOG foram os que atuam na UTIN: entre 4 e 6 anos, entre 11 e 15 anos e os que atuam há mais de 15 anos. É importante citar que não foi encontrada significância estatística quanto à variável tempo que trabalha na UTIN.

Em relação às justificativas dos profissionais sobre a preferência pela sonda de alimentação, verificou-se que os profissionais do GSNG, mencionaram que a sonda facilita a estimulação orofacial e sucção não nutritiva (68,4%), facilita o estímulo da sucção do seio materno (57,9%), proporciona melhor fixação (31,6%), não altera as funções do sistema estomatognático (21,1%), proporciona maior conforto (15,8%), não aumenta a frequência respiratória e cardíaca (10,5%), desencadeia menos reflexo de vômito e náusea (21%) e propicia melhor higienização da cavidade oral (5,3%).

Estudos comprovam os resultados desta pesquisa, relatando que a alimentação por SNG nos RNPTs deixa a cavidade oral livre para receber os estímulos, facilitando a SNN⁵, já que o bebê não apresenta em sua cavidade oral algo que interfira neste procedimento; concomitantemente com a sucção não-nutritiva, parece propiciar a aceleração da maturidade do reflexo de sucção, aperfeiçoando a coordenação da respiração e deglutição, melhora a musculatura oral, facilitando uma transição mais rápida de alimentação por sonda, para via oral²⁴. Essa afirmativa concorda com outro estudo que menciona que a SOG nos bebês pode provocar alterações no que se refere à forma, à mobilidade, à tonicidade e, preferencialmente, à sensibilidade oral²⁶. A SNG além de facilitar a SNN, favorece o estímulo à sucção no seio materno, e desenvolve adequadamente os órgãos fonoarticulatórios e as funções exercidas por eles²⁴.

Os profissionais da pesquisa mencionam preferir a SNG, por proporcionar melhor fixação.

Confirmando os achados da literatura que confirmam que a SNG realmente é fácil de fixar e mais duradoura⁵.

Alguns profissionais da UTIN do HIMABA indicam a SNG, pois propicia maior conforto ao RNPT, por acreditarem que a SOG é mais desconfortável, por ser fixada da região oral do recém-nascido, e por causar traumas nessa região, o que favorece a rejeição do bebê por essa via de alimentação; o que pode ser justificado pelos estudos que mostram que a sonda fixada na região supra-labial, manifesta uma hiperemia, devido à sua fixação sobre a pele friável do RN²³.

Em uma das justificativas dadas no referente estudo, os profissionais relatam preferirem a SNG por não aumentar a frequência respiratória e a cardíaca do RNPT como a SOG. Estudos apontam que a SOG realiza estímulos dos sensores vagais, provocando um aumento da frequência respiratória e cardíaca²⁵.

Segundo os profissionais entrevistados, a SOG desencadeia mais reflexos de vômito e náuseas nos bebês do que a SNG, isso possivelmente pelo trajeto que a SOG faz em relação à SNG. A SOG leva a uma hipersensibilidade oral, reflexo nauseoso exacerbado e RGE⁵.

Outro fator que justifica a escolha da SNG é favorecer a melhor higienização da cavidade oral, pois a existência da sonda no local irá interferir no procedimento de higienização.

Em relação à preferência pela SOG os profissionais apresentaram as seguintes justificativas para a escolha: a SOG não interfere na respiração nasal (84,2%), causa menos trauma na cavidade nasal (78,9%), proporciona melhor fixação (47,4%), propicia maior conforto (21,1%), oferece menor probabilidade de infecção (10,5%), não aumenta a produção de secreção nasal como a SNG (10,5%), foi indicada na formação do profissional (5,3%) e diminui o risco de apneia (5,3%).

A justificativa mais representativa para a escolha da SOG em relação à SNG foi a de não interferir na respiração nasal do bebê. Desta forma, autores relatam sua preferência pela SOG em relação à SNG, pois esta permite que as narinas fiquem livres, auxiliando, desta forma, a respiração do bebê que é preferencialmente nasal⁵.

O estudo realizado indica que os profissionais preferem utilizar a SOG por não causar traumas na região nasal do bebê. O tempo prolongado da SNG é responsável pela maioria dos traumas das

vias aéreas, justificando a preferência pelo uso da SOG²¹.

Em relação à fixação das sondas, tanto o GSOG como o GSNG, apresentaram como justificativa, o fato de a sonda escolhida proporcionar melhor fixação. Na literatura pesquisada foram observados estudos que afirmam que a SNG é de fácil fixação^{5,20,22}.

Outra justificativa apresentada pelos profissionais da pesquisa foi que a SOG propicia maior conforto ao RNPT, por acreditarem que uma sonda na cavidade nasal incomoda mais que na cavidade oral já que esta é mais ampla. Sendo que os profissionais que preferem o uso da SNG descreveram que esta sim é a sonda que propicia maior conforto, por não desencadear tanto reflexo de vômito. Havendo assim uma divergência de opiniões entre os grupos com relação a qual seria a sonda mais confortável.

Em relação ao risco de infecções nos RNPTs que fazem uso de sonda enteral, parte dos profissionais da UTIN do HIMABA, refere à SOG como a via de alimentação que oferece menor probabilidade de infecção.

Embora não encontrado na literatura algo que concorde com esta justificativa, os profissionais relatam que a SOG não aumenta a produção de secreção nasal como a SNG, sendo esse um dos motivos para sua escolha. Outros justificaram sua preferência pela SOG, por ser esta a indicada na sua formação como profissional.

O uso da SNG pode aumentar o risco de apneia no recém-nascido, pois provoca um aumento na resistência das vias aéreas⁵. Tal afirmativa vai ao encontro da justificativa dos profissionais, que relatam que a SNG pode aumentar o risco de apneia.

Nas justificativas dos profissionais em relação às sondas de alimentação, observou-se que existe uma divisão de opiniões quanto à escolha e justificativas para a escolha, reafirmando assim, o percentual de 50% para ambas as sondas.

É importante ressaltar que, do ponto de vista fonoaudiológico, a SNG seria a que proporcionaria maior possibilidade de estimulação aos órgãos fono-articulatórios, por meio da sucção não nutritiva, podendo desta forma, preparar o RNPT para o processo de transição entre sonda e sucção nutritiva e principalmente para a amamentação ao seio materno, enquanto a SOG, seria um fator a dificultar esse tipo de estimulação que tem grande importância para o melhor prognóstico do bebê.

A sucção não nutritiva é muito importante, pois levando em consideração que o RNPT não possui uma sucção eficiente por questões de maturação, necessita de um período de treinamento dos movimentos de sucção e da coordenação desta função com a respiração e deglutição; desta forma, a estimulação da sucção não nutritiva visa preparar o bebê para uma sucção eficiente³⁰.

Conclusão

Não foi observado consenso entre os profissionais de saúde quanto à preferência referente ao tipo de sonda gástrica. Metade dos profissionais da UTIN prefere à SOG, apresentando como principais justificativas que esta não interfere na respiração nasal, causa menos traumas na cavidade nasal e proporciona melhor fixação. Já a outra metade dos profissionais entrevistados prefere a SNG, por facilitar a estimulação orofacial e sucção não nutritiva e facilitar a estimulação da sucção no seio materno.

Referências Bibliográficas

1. Xavier C. Intervenção fonoaudiológica em bebês de risco. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Rocca; 2005. p.415-38.
2. Figueiredo H, Barreiros J, Gonçalves I, Cunha M. Avaliação de um programa de intervenção oral em recém-nascido pré-termo de muito baixo peso. Escola Superior de Saúde. 2007; 3(2):3-12.
3. Matheus, J, Lima, MCMP, Mitre, EI. Efeitos da sucção não nutritiva em recém-nascidos pré-termo considerando índices de saturação de oxigênio. Rev. CEFAC. 2004; 6(3):282-7.
4. Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. J Pediatr. 2004; 80(5):163-72.
5. Rocha MS, Delgado SE. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo com gastroquise. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2007;12(1):55-62.
6. Trevisa BF. Nutrição enteral por sonda gástrica em recém-nascidos de pré-termo: revisando técnicas [Monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
7. Santos LM, Ribeiro IS, Santana RCB. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de terapia Intensiva. Rev Bras Enferm. 2012; 65(2):269-75.
8. Neiva FCB, Cattoni DMS, Ramos JLA. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. J. Pediatr. 2003; 79(1):7-12.
9. Nunes JA, Cunha MC. Alimentação em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. Distúrb Comun. 2012; 24(3):443-5.
10. Hawes J, McEwan P, McGuire W. Colocación de sondas de alimentación por vía nasal versus oral en prematuros o lactantes con bajo peso al nacer (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

11. Delgado SE. Atuação fonoaudiológica na Unidade de Terapia Intensiva em bebê com síndrome de pterígeo poplíteo. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.* 2009; 14(1):123-8.
12. Camelo Júnior JS, Martinez FE. Dilemas nutricionais no pré-termo extremo e repercussões na infância, adolescência e vida adulta. *J. Pediatr.* 2005; 81(1):33-42.
13. Ben, XM. Nutritional management of newborn infants: Practical guidelines. *World J Gastroenterol.* 2008; 14(40):6133-9.
14. Pimenta, HP, Moreira MEL, Rocha AD, Gomes Junior SC, Pinto Liana W, Lucena SL. Efeitos da sucção não-nutritiva e da estimulação oral nas taxas de amamentação em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso ao nascer: um ensaio clínico randomizado. *J. Pediatr.* 2008; 84(5):423-7.
15. Santana, MCCP, Goulart BNG, Chiari BM, Melo AM, Silva EHAA. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(2):411-7.
16. Jesus LC. Prevalência e características da disfagia em pacientes pediátricos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
17. Boer JC, Smit BJ, Mainous RO. Nasogastric Tube Position and Intra-gastric Air Collection in a Neonatal Intensive Care Population. *Adv Neonatal Care.* 2009; 9(6):293-8.
18. Quandt D, Schraner T, Ulrich Bucher H, Arlettaz Mieth R. Malposition of feeding tubes in neonates: Is It an Issue? *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009; 48(5):608-11.
19. Valette CO, Sichieri R, Peyneau DPL, Mendonça LF. Análise das práticas de alimentação de prematuros em maternidade pública no Rio de Janeiro. *Rev Nutr.* 2009; 22(5):653-9.
20. Martinez FE, Camelo JS. Alimentação do recém-nascido pré-termo. *J Pediatr.* 2001; 77(1):32-40.
21. Hernandez AM. Atuação fonoaudiológica com recém-nascidos e lactentes disfágicos. In: Hernandez AM, Marchesan IQ. *Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar.* Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p.1-37.
22. Tavares EC, Xavier CC, Lamounier JA. Nutrição e alimentação do recém-nascido prematuro. *Rev. Méd. Minas Gerais.* 2003; 13(4 Supl.2):54-9.
23. 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.
24. Medeiros AMC, et al. Caracterização da atuação em berçário neonatal: uma visão fonoaudiológica. In: Markezan I, Zorzi J. *Tópicos em fonoaudiologia,* Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 293-308.
25. Tirado AR, Denzin P, Baseto MCA. Sucção não nutritiva e alimentação de recém-nascido. In: Baseto MCA, Brock R, Wajnsztein R. *Neonatologia. Um convite à atuação fonoaudiológica.* São Paulo: Lovise; 1998. p.285-8.
26. Miglioni AM. Estudo exploratório sobre alimentacion em bebês prematuros [tese]. Rosário: Universidad Nacional de Rosário - Faculdade de Ciências Médicas. Escuela de Fonoaudiologia; 1999.
27. Garzi RP, Cerruti VC. Importância da adequada respiração no processo de alimentação do recém-nascido pré-termo: Relato de Caso. *Rev. CEFAC.* 2003; 5:63-7.
28. Carvalho WB, Fascina LP, Moreira GA, Souto EJCF. Nutrição no período neonatal. In: Fioretto JR. *Manual de Terapia Intensiva Pediátrica.* São Paulo: Atheneu; 1996. 494-502.
29. Duarte ED, Sena RR, Xavier CC. Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(3):647-54.
30. Verson C, Fuginaga CI, Człuniak GR. Estimulação da sucção não nutritiva na “mama vazia” em bebês prematuros: relato de casos. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2010; 15(3):452-7..

Recebido em julho/13; aprovado em dezembro/13.

Endereço para correspondência

Janaina de Alencar Nunes. *Endereço: Universidade Federal do Espírito Santo. Avenida Marechal Campos, nº 1468. Maruípe. Vitória, ES/Brasil - CEP: 29043260*

E-mail: jananunes5@hotmail.com