

ARTIGO DE PESQUISA

O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO À CRIANÇA EM USO DE NUTRIÇÃO ENTERAL

*Soraya Bactuli Cardoso¹**Tania Vignuda de Souza²***Resumo**

O estudo teve por objetivos identificar e analisar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre uso de nutrição parenteral em crianças hospitalizadas em estado crítico, em uso de nutrição enteral. Para desenvolver o estudo exploratório analítico aplicou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas para 20 membros da equipe de enfermagem. Os resultados apontaram que o índice de acertos foi de 45% para os enfermeiros e de 36% para os técnicos. Quando se tratava de conhecimentos mais recentes, ambos os grupos apresentaram percentual de acertos inferior a 50%. Conclui-se que a equipe de enfermagem precisa atualizar-se sobre os conhecimentos inerentes a terapia enteral de modo que o cuidado de enfermagem possa ser prestado a criança com maior segurança e isenção de riscos.

Descritores: Cuidado de enfermagem; nutrição enteral; pediatria.

Abstract

THE NURSING TEAM KNOWLEDGE RELATED TO CARE FOR HOSPITALIZED CHILDREN RECEIVING ENTERAL NUTRITION

The study had objectives to identify and analysis the nursing team knowledge related to care for hospitalized children receiving enteral nutrition. It was developed an exploratory study by applying an open-end questionnaire to 20 members of nursing team. The findings showed that the 45% of nurses and 36% of the technicians answered correctly the questions. Both groups demonstrated low level (less than 50%) of update knowledge related to enteral nutrition. We therefore concluded that the nursing team needs continuous education about enteral nutrition in order to provide a high quality of caring for children safely and less risks.

Keywords: nursing care, enteral nutrition and pediatrics.

¹ Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ – 2004/01.

² Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ) e Membro efetivo da diretoria do Núcleo de Pesquisa em Saúde da Criança (NUPESC) – Mestre em Enfermagem.

Resumen**EL CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO AL NIÑO CON USO DE NUTRICIÓN ENTERAL**

Este es un estudio que tuvo como objetivos: identificar y analizar el conocimiento de el equipo de enfermería al niño hospitalizado con nutrición enteral. Fue desarrollado un estudio exploratorio con 20 enfermeros y técnicos de enfermería. Fue utilizado un cuestionario y se observó los siguientes resultados: el índice de aciertos de los enfermeros fue de 45% y el de los técnicos fue de 36%. Llama la atención que en los dos grupos de profesionales el porcentaje de aciertos haya sido inferior a 50 % en las respuestas sobre conocimientos mas actuales. De esa manera, se llegó a la conclusión de que el equipo de enfermería precisa de educación permanente que envuelven los cuidados del niño hospitalizado en la terapia nutricional.

Descriptores: Cuidados de enfermería; nutrición enteral; pediatría.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente trabalho é um estudo sobre a assistência de enfermagem às crianças em estado crítico em uso de nutrição enteral. O interesse pela realização do mesmo surgiu a partir do Estágio Curricular desenvolvido em uma Instituição Pública Pediátrica, de ensino, pesquisa e assistência no 1º semestre de 2003, onde, ao cuidarmos de uma criança de três anos, verificamos que a mesma encontrava-se em dieta zero havia sete dias. Chamou-nos a atenção a situação apresentada e nos questionamos por que a criança ficou tanto tempo sem se alimentar. Posteriormente, porém, no mesmo período letivo, ao participarmos de um curso sobre “Os Avanços da Terapia Nutricional”, aumentou ainda mais nosso interesse pelo assunto.

Outro aspecto que nos mobilizou para realizar o presente estudo foi o resultado de um levantamento da produção científica da enfermagem sobre terapia nutricional em crianças, que realizamos em 12 periódicos nacionais indexados, no período de 1992 a 2002. Constatou-se que, de um total de 199 publicações, foram identificados seis artigos que tratavam de nutrição enteral. Concluímos que o enfermeiro escreve pouco sobre esse assunto e que há pouco conhecimento disponível sobre o assunto.

Diante disso, resolvemos investigar qual é o conhecimento que a equipe de enfermagem possui sobre o cuidado à criança em uso de nutrição enteral, com os objetivos de identificar e analisar o conhecimento sobre esse tema.

A relevância deste trabalho está vinculado ao papel preponderante da equipe de enfermagem no controle da nutrição enteral de que o mesmo deve participar, desde a manutenção, controle da via escolhida e o volume administrado, até identificar as mais variadas reações que a criança pode apresentar durante essa terapêutica. Dela é esperado um desempenho importante como o preparo psicológico da criança e seus familiares antes, durante e depois da terapia de nutrição enteral, além da utilização adequada dos procedimentos e a avaliação diária das condições nutricionais da criança.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

O estudo quantitativo exploratório analítico foi desenvolvido em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um Hospital Municipal da Cidade do Rio de Janeiro, a qual possui seis leitos, sendo dois destinados aos casos que requerem isolamento (respiratório e/ou de contato) e os quatros restantes são destinados às internações de crianças com os mais variados diagnósticos médicos. A clientela atendida tem idade que varia desde lactentes até crianças com a idade de 12 anos.

O universo do estudo foi composto por 6 enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem que prestam assistência integral às crianças internadas na unidade descrita e que trabalham em regime de plantão. Cabe ressaltar que cada plantão possui quatro técnicos de enfermagem e dois enfermeiros, sendo um diarista e o outro plantonista. Esse universo foi escolhido uma vez que toda a equipe de enfermagem (técnicos e enfermeiros) do local presta

cuidados às crianças em estado crítico que estão em uso de suporte nutricional. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde os dados foram coletados.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário contendo 15 perguntas fechadas (Apêndice A). Os achados foram analisados estatisticamente através de frequência simples.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

No que se refere ao conhecimento da equipe de enfermagem que presta cuidados à criança em estado crítico em uso de nutrição enteral, verificamos que o índice de acertos foi menor do que 50%. Isto é, 45% de acertos para os enfermeiros e 36% para os técnicos. Vale ressaltar que, dos técnicos de enfermagem que participaram da pesquisa, três fazem faculdade de enfermagem, aumentando possivelmente o índice de acertos para tal categoria.

Destacamos que o setor escolhido está em conformidade com a Resolução do COFEN 189/96, por não possuir auxiliares de enfermagem. Contudo, o percentual de técnicos de enfermagem é ainda maior do que de enfermeiros, na proporção de 37% de enfermeiros e 63% de técnicos de enfermagem. A referida Resolução determina em seu art 5º que o total de profissionais de enfermagem para assistência intensiva deverá ser de “55,6% de enfermeiros e 44,4% de técnicos de enfermagem”. A unidade fica a desejar apenas no quantitativo relacionado a enfermeiros e técnicos, isto é, a proporção de técnicos ainda é superior ao que é preconizado.

Ao questionar sobre o que deve ser feito pela equipe de enfermagem para avaliar a condição nutricional da criança internada no CTI pediátrico, verificamos que o índice de acertos foi maior entre os técnicos, com 72% contra 50% dos enfermeiros, ou seja, o profissional em questão deverá pesar a criança diariamente.

Lopes, Sigulem e Taddei (2002) citam a classificação antropométrica de Gómez e Waterlow como sendo as preconizadas pela Sociedade de Pediatria de São Paulo e Brasileira de Pediatria. Ou seja, o Critério de Gómez é utilizado em crianças até os dois anos de idade e baseia-

se no índice de peso/idade. Já a classificação de Waterlow é utilizada para crianças entre dois e dez anos de idade e baseia-se nos índices de peso/estatura e estatura/idade.

Das opções consideradas erradas, chama-nos a atenção o fato de os enfermeiros terem optado pela avaliação da prega cutânea tricipital. É fato que essa alternativa é de fundamental importância para avaliar o estresse metabólico, porém, a prega cutânea tricipital é uma avaliação desenvolvida pelo nutricionista, o que não nos impede de realizá-la. Entretanto, sabemos que a mesma não faz parte das atividades da enfermagem e acrescentamos que, para fazer esta medida, devemos usar um equipamento específico denominado plicômetro (paquímetro).

Entre os técnicos de enfermagem, tivemos um respondente que acrescentou outra opção: “critério médico”, demonstrando não ser capaz de avaliar a criança e fazendo-nos crer que a pesagem diária das crianças é desenvolvida mecanicamente, como uma rotina, mostrando então uma falha importante dos enfermeiros no processo de educação continuada, uma vez que não reforçam a importância da verificação do peso, para a avaliação nutricional da criança hospitalizada.

Em relação ao tipo de lubrificante utilizado durante a passagem da sonda, verificamos que 50% dos enfermeiros e 21% técnicos responderam xilocaína.

Conforme Wong (1999, p.658) e Pereira e Silva (1999, p.44), antes da passagem da sonda é recomendável lubrificar a mesma com uma “solução hidrossolúvel ou com água esterilizada”. Consideramos essas substâncias recomendadas pelas autoras como as mais adequadas, uma vez que o lubrificante hidrossolúvel ou a água são utilizados apenas para facilitar o deslizamento da sonda através da nasofaringe ou orofaringe.

Já Kawamoto e Fortes (1997) sugerem a utilização de um lubrificante contendo anestésico. Em relação à recomendação dessas autoras, não está claro que a substância adequada seja a xilocaína, uma vez que ela é um anestésico, devendo ser utilizada com prescrição médica, portanto, não é de nossa competência. Acrescentamos ainda que a passagem da sonda gera incômodo e não dor, por isso a utilização da xilocaína não vai diminuir seu incômodo. Se aprofundarmos essa

reflexão, podemos ainda acrescentar que, se a criança ainda assim tivesse dor, para a xilocaína fazer efeito imediato, deveria ser friccionada na mucosa nasal ou oral, o que não é feito quando observamos a utilização da mesma. Ainda acrescentamos que a utilização da xilocaína aumenta o custo hospitalar, pois, se comparamos com o soro fisiológico 0,9% (10 ml) o seu custo é maior. Outro benefício do uso do frasco de soro fisiológico, a 0,9% com volume de 10 ml, é a redução do risco de infecções cruzadas, uma vez que o frasco não é utilizado para outras crianças, como acontece com o tubo da xilocaína.

Conforme descrito no Dicionário de Medicamentos na Enfermagem (2003, p.316), a xilocaína “bloqueia reversivelmente a propagação do impulso ao longo das fibras nervosas, podendo ter efeito similar em membranas excitáveis no cérebro e no miocárdio”.

Quanto à posição em que a criança deve ficar para passar a sonda, o percentual de acertos foi de 17% para enfermeiros e de 50% para técnicos. Conforme Wong (1999) e Pereira e Silva (1999), a melhor angulação relacionada ao posicionamento da criança para introduzir a sonda é de 30° a 45°, para prevenir acidentes decorrentes de regurgitação e vômitos, com conseqüente aspiração pulmonar.

Contudo, dependendo da condição de saúde da criança, ou mesmo idade, podemos utilizar qualquer angulação, até mesmo a criança a 0°, no caso de lactentes, ou mesmo as crianças que estão sedadas. A equipe de enfermagem pode utilizar algumas estratégias como fletir a cabeça da criança ou até mesmo pedir que ela faça movimentos de deglutição, oferecer a chupeta, no caso de lactentes, ou mesmo aguardar que a criança degluta após um acesso de choro contínuo.

No que se refere ao teste que não deve ser feito pela equipe de enfermagem para verificar o posicionamento da sonda gástrica, acreditamos ter havido falta de atenção à pergunta, tendo em nota o grande número de erros, 83% para enfermeiros e 86% para técnicos. Verificamos que a maioria dos profissionais respondeu que era inadequado conectar uma seringa na sonda, puxar o êmbolo e verificar a presença de resíduo gástrico e, se for possível, verificar o pH do mesmo. Cabe ressaltar que a alternativa oferecida como errada era o pedido de radiografia, que somente é utilizado no caso de sondagem pós-pilórica.

Conforme Pereira e Silva (1999) e Ashwill e Droske (1997), uma das técnicas de verificação do posicionamento adequado da sonda gástrica é a verificação do pH gástrico, que deve variar de 1 a 4 e, caso esteja no duodeno, o seu pH varia de 6 a 7.

Quanto a quantidade de água utilizada para lavar a sonda, após a administração de alimentos ou medicação, verificamos um grande número de acertos, 67% para enfermeiros e 50% para técnicos. Sabemos que a finalidade da água não é hidratar a criança, e sim fazer a limpeza da sonda com a quantidade de água necessária apenas para percorrer a extensão da mesma, impedindo sua obstrução por medicamentos e prevenindo a adesão de alimentos, no seu interior. Contudo, percebemos através dos resultados que alguns sujeitos não fizeram essa reflexão.

Conforme Ashwill e Droske (1997), a quantidade de água para lavar a sonda, após a administração de dieta ou medicamento, deve variar de 5 a 10 ml, dependendo diretamente do comprimento da sonda utilizada.

Quanto ao tempo em que a dieta enteral pode permanecer fora da geladeira, podemos verificar que houve um grande percentual de erros, 83% para enfermeiros e 86% para técnicos. Interessante relatar que diversos entrevistados referiam não conhecer tal utilização da geladeira. Conforme as normas do CATNEP (2001), a determinação do prazo de validade de uso da nutrição enteral é de 12 horas após o preparo da mesma, mediante conservação sob refrigeração entre 2° e 8°C. Além disso, a equipe deve retirar o frasco da geladeira uma hora antes da sua administração, para evitar alterações bruscas de temperatura no trato gastrointestinal. Em contrapartida, não se deve aquecer a dieta, mesmo em banho-maria ou similar, pois, dependendo da composição da dieta, poderá haver coagulação protéica, alterando a fluidez e dificultando o seu gotejamento.

No que se refere à patologia que não requer o uso de nutrição enteral, não havia resposta correta, uma vez que situações de diarreia, paralisia cerebral e Síndrome de Guillan Barre são patologias que não indicam a colocação de sonda. Obtivemos nesta questão acertos significativos entre os enfermeiros, 83% contra 29% dos técnicos, uma vez que estes últimos não sabiam o que era síndrome de Guillan Barre e os sintomas da paralisia cerebral.

Quanto à não indicação para sondagem gástrica, obteve-se um grande número de erros, 67% para enfermeiros e 79% para técnicos. Verificamos que, das opções, a maioria considerou que o refluxo gastro-esofágico seria um dos diagnósticos que contra - indica a sondagem gástrica, mas, baseada em Leite (1999), temos que o diagnóstico de refluxo gástrico tem indicação de sondagem, pois diminui o risco de a criança broncoaspirar. Nesse caso, a resposta a ser considerada era trato gastrointestinal funcionante, pois se não há disfunção, por que sondar?

No que se refere às indicações para a realização de ostomias, chamou-nos a atenção o quantitativo de respostas em branco, 17% para enfermeiros e 21% para técnicos. Além disso, o quantitativo de erros entre os enfermeiros foi superior ao dos técnicos, 50% contra 36%. De acordo com Oliveira (2002), a necessidade de terapia nutricional por mais de dois meses é um indicativo para considerar o uso da gastrostomia.

Ao questionarmos sobre qual o posicionamento adequado da criança após a sondagem pós-pilórica, recebemos muitos elogios dos enfermeiros sobre a questão, pois os mesmos relataram que essa é uma das dúvidas mais frequentes entre a equipe técnica. Contudo percebemos que a dúvida não é somente dos técnicos, já que o percentual de erros foi de 33% para enfermeiros e 50% para técnicos. Essa questão é de conhecimento puramente anatômico, logo, após a passagem da sonda pós-pilórica, se colocarmos a criança em decúbito lateral direito facilitaremos a progressão da sonda até o intestino delgado (WONG, 1999; PEREIRA e SILVA, 1999; OLIVEIRA e IGLESIAS, 2002).

No que se refere ao conhecimento relativo ao sintoma que não indica complicação da nutrição enteral, percebemos um grande número de acertos, 83% para enfermeiros e 79% para técnicos. Apesar de muitos profissionais entrevistados terem nos relatado que nunca ouviram queixas de secura oral ou sede, a maioria respondeu corretamente dizendo que, entre as alternativas, a cefaléia não compõe uma complicação do uso da nutrição enteral, já que, de acordo com Smeltzer e Bare (2002), a cefaléia é uma indicação de doença orgânica, uma resposta ao estresse, uma vasodilatação, tensão muscular esquelética ou uma combinação dessas causas.

Sobre o uso de medicamentos administrados junto com a dieta e que leva à redução da concentração sérica do mesmo, houve uma grande margem de erros, 66% para enfermeiros e 57% para técnicos, e 3 respondentes deixaram a questão em branco. De acordo com o Dicionário de Medicamentos na Enfermagem (2003), a fenitoína é um anticonvulsivante útil no tratamento da epilepsia e possui uma redução na sua absorção se administrada pela sonda com a dieta enteral. Em relação à digoxina, que foi a alternativa mais marcada, pode-se afirmar, segundo a mesma referência, que é um medicamento inotrópico positivo, ou seja, aumenta a força de contração do miocárdio e este diminui o nível de cálcio sérico se administrado com a dieta, portanto, a resposta correta é a fenitoína.

Entre os fatores que aumentam a velocidade do esvaziamento gástrico, obtivemos 50% de erros entre os enfermeiros e 50% para os técnicos. Apesar de serem muitos os fatores que alteram a velocidade de esvaziamento gástrico, Leite (1999) nos aponta a úlcera gástrica, metoclorpramida e alimentos líquidos como fatores que aumentam o esvaziamento gástrico. Oliveira e Iglesias (2001) acrescentam como aumento do esvaziamento gástrico a postura prona e o decúbito lateral direito.

Quanto à medição do perímetro abdominal como uma forma de avaliação relacionada à intolerância alimentar, verificamos 50% de acertos entre os técnicos e 67% entre os enfermeiros, contudo não significa que esse cuidado seja lembrado no dia-a-dia da assistência, uma vez que durante a entrevista alguns profissionais nos disseram que a responsabilidade da dieta de prova, era do nutricionista, e que o papel da enfermagem era apenas observar qualquer alteração. Fazemos então a seguinte pergunta: O que o enfermeiro deve observar como sendo uma alteração? Ele não utiliza informações objetivas?

Conforme Lentz (1995), independentemente de a dieta ser ou não de prova, recomenda-se medir o perímetro abdominal 3 vezes ao dia, na altura da cicatriz umbilical, com o intuito de identificar precocemente distensão abdominal.

Sobre a via de escolha nasal/oral para passar a sonda gástrica/enteral em crianças menores de três meses, verificamos que mais de 50% responderam a via nasal, obtendo um percentual de erros de 50% para enfermeiros

e 79% para técnicos. Conforme Ashwill e Droske (1997) e Wong (1999), crianças menores de quatro meses devem ser sondadas por via oral, pelo fato da sua respiração ser eminentemente pelo nariz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Detectamos uma grande lacuna no conhecimento da equipe de enfermagem sobre os cuidados à criança em estado crítico em uso de nutrição enteral. Chamou-nos a atenção o fato de os enfermeiros ter apresentado um percentual grande de erros, sendo supostamente o profissional que deve possuir um conhecimento científico mais aprofundado sobre o cuidado que presta, além da sua responsabilidade em manter sua equipe em constante atualização. Avaliamos que a reduzida diferença entre os percentuais de acertos entre técnicos e enfermeiros é ínfima, demonstrando a gravidade da situação. Entendemos que o enfermeiro, por ser o profissional graduado, um eterno educador, hierarquicamente superior e o responsável pela equipe de enfermagem, precisa estar sempre sendo treinado, atualizado e tendo a preocupação em treinar sua equipe, através da educação continuada, um processo que se mostrou deficiente no setor escolhido para a referida pesquisa.

No que se refere à importância que a equipe de enfermagem dá sobre o cuidado à criança em estado crítico

em uso de nutrição enteral, constatamos que passaram a dar mais valor ao tema e a sua importância no momento da coleta de dados, já que, especialmente os enfermeiros, passaram a refletir sobre sua importância, após serem questionados sobre seus conhecimentos.

Detectamos também que o fato de responderem corretamente algumas questões não significa que façam na prática tais procedimentos, cabendo então uma outra pesquisa para saber o porquê de não aplicar seus conhecimentos científicos ou fazem reflexões sobre os cuidados prestados na assistência diária?

Cabe lembrar que retornaremos ao local do estudo para apresentação dos resultados, e desde já

sugerimos que os enfermeiros criem estratégias de discussões como, por exemplo, estudos de casos, participem das *rounds* médicos (discussão diária sobre cada criança), promovam discussões mensais sobre temas relacionados ao CTI pediátrico com toda a equipe de enfermagem, criem um protocolo de cuidados para as crianças que fazem uso da nutrição enteral e parenteral e façam avaliações frequentes da equipe.

Os sujeitos mostraram-se bastante solícitos e referiram interesse pelo resultado da pesquisa, além de reconhecerem a importância do assunto e a necessidade da atualização de seus conhecimentos sobre o tema, para garantir um cuidado com mais qualidade e segurança.

REFERÊNCIAS

- ASWILL, J.W, DROSKE, S.C. **Nursing Care of Children: Principals and Practice** Philadelphia. W.B. Saunders Company, 1997, 459-464 p.
- BRASIL.COFEN. Resolução nº 189. **Código de Ética e legislações mais utilizadas no dia-a-dia da enfermagem**, 2003-2005, 61-69 p.
- Dicionário de Medicamentos na Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003, p.316.
- FALCÃO, M. C., TANNURI, U. Nutrition for the pediatric surgical patient: approach in the peri-operative period. **Rev. Hosp. Cli.Fac. Med.** São Paulo. v.57, n.6, p.299-308, 2002.
- KAWAMOTO E., FORTES, J. I. **Fundamentos de Enfermagem**. 2 ed., São Paulo: EPU, 1997, 250 p.
- LEITE, H.P. Nutrição enteral em pediatria. **Revista Pediatria Moderna**, São Paulo, v.35, n.7, p.457-478, julho. 1999.
- LENTZ, R. A Alimentação Transpilórica, Naso ou orojejunal (enteral). In: SCHMITZ, E.M.R. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995, 363- 368 p.
- OLIVEIRA, F.L.C., IGLESIAS, S.B.O. Nutrição enteral. In: LOPES, F. A., SIGULEM, D. M. e TADDEI, J. A. A. C. **Fundamentos da terapia nutricional em pediatria**. São Paulo: Sarvier, 2002, 32 – 63p.

LOPES, F. A., SIGULEM, D. M. e TADDEI, J. A. A. C. **Fundamentos da terapia nutricional em pediatria**. São Paulo: Sarvier, 2002, 32 – 63p.

OLIVEIRA, F.L.C. Nutrição enteral. In: ANCONA, L.F. *et al.* **Fundamentos da terapia nutricional em pediatria**. São Paulo: Sarvier, 2002, p.11.

PEREIRA, S.R., SILVA, S.R.R. **Alimentação por sonda nasogástrica e enteral**. IN: CHAUD, M. N., PETERLINI, M.A.S., HARADA, M.J.C.S., PEREIRA, S.R. **O cotidiano da Prática de Enfermagem Pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 1999, 41-46 p.

CATNEP. Rio de Janeiro (Estado). Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. **Manual de Normas e Condutas da Comissão de Avaliação e Terapia Nutricional Enteral e Parenteral – CATNEP**, Rio de Janeiro, 2001, 25p.

SARNI, R. S. Avaliação da condição Nutricional. In: LOPES, F. A., SIGULEM, D. M., TADDEI, J. A. A. C. **Fundamentos da terapia nutricional em pediatria**. São Paulo: Sarvier, 2002, 3-10p

SMELTZER, S., BARE, B. G. Passagem de sonda gastrointestinal e modalidades nutricionais especiais. In: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, 802-823 p.

WONG, D.L. WHALEY'S. **Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, 657- 663 p.

ZAMBERLAN, P. *et al.* Nutrição enteral em pediatria. **Revista Pediatria Moderna**, São Paulo, v.38, n.4, p.105-124, abril, 2002.

APÊNDICE A. QUESTIONÁRIO

1. Quais os mecanismos que você utiliza para avaliar a condição nutricional da criança internada no CTI pediátrico?
☐ () Peso e idade
☐ () Pressão arterial
☐ () Prega tricipital
☐ () Perímetro cefálico e abdominal
2. Qual o produto abaixo que não pode ser utilizado para fazer a lubrificação da sonda?
☐ () Vaselina
☐ () Xilocaína
☐ () Água
☐ () Soro fisiológico
3. Qual a posição adequada para a passagem da sonda e para a administração da dieta em uma criança maior de 2 anos que se encontra consciente e cooperativa?
☐ () 0° a 15°
☐ () 15° a 30°
☐ () 30° a 45°
☐ () 45° a 60°
4. Qual o mecanismo que não deve ser utilizado para testar o posicionamento correto da sonda naso ou orogástrica?
☐ () Com uma seringa, conectada à sonda , devemos puxar o êmbolo e verificar a presença de resíduo gástrico
☐ () Injetar ar na sonda e ouvir o som em região epigástrica com um estetoscópio, ou colocar a extremidade da sonda em um recipiente com água e verificar a presença de bolhas.
☐ () Com uma seringa, conectada à sonda , devemos puxar o êmbolo e verificar a presença de resíduo gástrico e verificar o pH gástrico
☐ () Pedir raio X
5. Qual a quantidade de água que deve ser usada para fazer a lavagem da sonda após a dieta enteral ou administração de medicamento?
☐ () 5ml a 10ml
☐ () 10ml a 15 ml
☐ () 15ml a 20 ml
☐ () 20ml a 25ml

6. Durante quanto tempo, após o preparo, a dieta pode ser guardada sob refrigeração?
- ☐ 2 horas
 - ☐ 6 horas
 - ☐ 12 horas
 - ☐ 24 horas
7. Qual patologia abaixo não é uma indicação do uso da nutrição enteral?
- ☐ Diarréia
 - ☐ Paralisia Cerebral
 - ☐ Síndrome Guillan Barre
 - ☐ nenhuma das alternativas
8. Das alternativas abaixo, qual não é indicativo para a utilização de uma sondagem oro ou nasogástrica?
- ☐ Diarréia
 - ☐ Refluxo gastroesofágico
 - ☐ Anorexia
 - ☐ Trato gastrointestinal funcionando
9. Qual das alternativas abaixo é uma indicação para ostomias?
- ☐ Nutrição enteral por mais de dois meses
 - ☐ Motilidade gástrica comprometida
 - ☐ Estados hipercatabólicos
 - ☐ Pneumonia aspirativa
10. Qual a posição correta para deixar a criança após a passagem da sonda pós-pilórica?
- ☐ Decúbito ventral
 - ☐ Decúbito lateral esquerdo
 - ☐ Decúbito lateral direito
 - ☐ Decúbito dorsal
11. Das alternativas abaixo, qual não compõe uma complicação do uso da dieta enteral?
- ☐ Secura oral ou sede
 - ☐ Hipopotassemia
 - ☐ Distensão abdominal
 - ☐ Cefaléia intensa
12. Qual dos medicamentos abaixo tem sua concentração sérica diminuída se administrada junto com a dieta?
- ☐ Digoxina
 - ☐ Fenitoína
 - ☐ Furosemida
 - ☐ Morfina
13. Alguns fatores são responsáveis por alterar a velocidade do esvaziamento gástrico, logo o conhecimento deles é essencial para a prevenção de complicações. Quais os fatores abaixo aceleram o esvaziamento gástrico?
- ☐ Dor trauma, sepse, hidróxido de alumínio
 - ☐ Drogas anticolinérgicas, hipertensão intracraniana, desnutrição
 - ☐ Úlcera gástrica, metoclorpramida, líquidos
 - ☐ Gordura, narcóticos, fenitoína
14. O perímetro abdominal deve ser verificado quantas vezes por dia em uma criança em uso de nutrição enteral de prova?
- ☐ 1x ao dia
 - ☐ 2x ao dia
 - ☐ 3x ao dia
 - ☐ 4x ao dia
15. Criança de 3 meses deu entrada no CTI pediátrico com história de recusa alimentar e a equipe decidiu optar por uma alimentação enteral. Por qual via a sonda seria passada?
- ☐ orogástrica
 - ☐ nasogástrica
 - ☐ pós-pilórica
 - ☐ estomias