

## SONDAGEM NASOGÁSTRICA: TÉCNICA SIMPLES?

Elucir Gir<sup>1</sup>  
Tokico Murakawa Moriya<sup>2</sup>  
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi<sup>3</sup>

---

GIR, E. et alii. Sondagem nasogástrica – técnica simples? *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 38(3/4): 266-274, jul./dez. 1985.

---

**RESUMO.** A sondagem nasogástrica – aparentemente uma técnica simples – é um procedimento onde a enfermagem tem participação direta e efetiva, de extrema relevância, pois quando algumas medidas não são tomadas podem trazer desconforto ou até mesmo complicações graves para o paciente. Os autores se propuseram a realizar um levantamento entre enfermeiros de vários hospitais de um município paulista, a fim de saber como está sendo realizada essa técnica no que se refere a inserção, teste, fixação e retirada e, ao mesmo tempo, saber qual profissional está realizando tal procedimento.

**ABSTRACT.** The nasogastric intubation – that seems to be a simple procedure – requires the close and effective nurse's participation in it. The patient may have some discomfort or even serious complications, if some important considerations are omitted. The authors made a survey among nurses from several hospitals, in a city of the state of São Paulo, to know which member of the health team has been doing such technique, and to investigate the way they have been performing its insertion, tests, attachment and removal.

## INTRODUÇÃO

A sondagem nasogástrica é um procedimento – indicado por clínicos e cirurgiões – realizado com elevada frequência com finalidades tanto terapêuticas (pós-operatório de cirurgia abdominal, obstrução intestinal, peritonite, pancreatite aguda, dilatação gástrica aguda, cirurgia orofaríngea, cirurgia ou obstrução esofágica, distúrbios da deglutição, estados comatosos e pacientes com ventilação endotraqueal) como diagnósticas e terapêuticas (hemorragia digestiva alta e intoxicações exógenas agudas) ou diagnósticas (teste de secreção ácida) (FAINTUCH)<sup>7</sup>.

“As primeiras tentativas de instilação intragástrica de alimentos foram realizadas por Hunter em 1776, com auxílio de um tubo rígido” (FAINTUCH)<sup>8</sup>; é uma técnica antiga, mas ainda hoje há opiniões variadas entre alguns autores no que se re-

fere a inserção, teste, fixação e retirada da sonda nasogástrica (SNG). Uma síntese dos diversos passos desse procedimento – segundo os autores pesquisados – está apresentada nos Quadros 1, 2 e 3.

Concomitante a essa diversidade de condutas, vários problemas são relatados, tais como: soluços, náuseas e vômitos (FAINTUCH)<sup>7</sup>; esofagite de refluxo (FAINTUCH<sup>7</sup>; PINOTTI et alii<sup>11</sup>; BARRETT); estenose de esôfago (PINOTTI et alii)<sup>11</sup>; complicações respiratórias (FAINTUCH<sup>7</sup>); espoliação hidroeletrolítica (FAINTUCH<sup>7</sup>; BARRETT<sup>1</sup>); sinusite e parotidite (BARRETT)<sup>1</sup>, sendo que alguns desses são raros, mas às vezes graves e até mesmo fatais.

De acordo com FAINTUCH<sup>7</sup>, o posicionamento incorreto ou má utilização da sonda bem como o seu uso imprudente ou prolongado são as causas mais frequentes desses problemas.

Diante do exposto, propusemo-nos realizar um

---

<sup>1</sup> Auxiliar de Ensino do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

<sup>2</sup> Professor Assistente Doutor do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

<sup>3</sup> Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

levantamento entre enfermeiros de vários hospitais de um município paulista, para se verificar como está sendo realizada a inserção, teste, fixação e retirada da SNG. Este é um procedimento no qual a enfermagem tem participação direta e onde medi-

das relevantes são imprescindíveis para se evitar desconforto ao paciente ou complicações graves. Ao mesmo tempo objetivava saber qual profissional estava realizando tal procedimento.

QUADRO 1 – Inserção da SNG conforme diversos autores, segundo ordem de seqüência descrita

	VOLDEN <sup>13</sup> & COL.	ELHART <sup>6</sup> & COL.	FAINTUCH <sup>7</sup> & COL.	MAMEDE <sup>10</sup> & COL.	GRIGGS <sup>9</sup> HOPPE	BRUNNER & <sup>2</sup> SUDDARTH	DU GAS <sup>4</sup>	BARRET <sup>1</sup>
- Lavar as mãos				1	4			
- Reunir o material e levá-lo até à mesa de cabeceira do paciente	1			2	3			
- Examinar a sonda para detecção de defeitos (obstrução de orifícios)					8			1
- Preparar a sonda: se for de plástico rígido –imersi-la em água morna								3
- Se for de plástico flácido – imergi-la em gelo por 3 min. ou refrigerá-la	2					10	3	2
- Assegurar a privacidade do paciente	3			5		4		
- Explicar: – o procedimento técnico do paciente	16			3	1	1	1	
- A finalidade ao paciente	4			4	2	2		
- Posicionar o paciente.					5		5	4
- Fowler (Alto)						3		
- Sentado	5							
- Decúbito dorsal e cabeça sobre o travesseiro				6				
- Sentado com a cabeça fletida			3					
- Posicionar-se ao lado do paciente – esquerdo ou direito conforme a mão a ser utilizada na inserção, ou seja, lado direito caso seja destra e esquerda no caso contrário	8							5
- Avaliar o reflexo de náusea com espátula sobre a língua					6			
- Proteger o tórax do paciente com uma toalha	6	2		7				6
- Colocar bacia e toalha ao alcance do paciente	7	1						7
- Orientar o paciente a utilizar o sinal previamente combinado, quando quiser que o procedimento seja interrompido	9							8
- Orientar o paciente para assoar levemente o nariz								9
- Limpar a narina do paciente						5		
- Estabelecer a melhor narina de inserção:								
- Verificar a que possibilita maior passagem de ar através da oclusão de uma delas, deixando a outra livre e vice-versa	10				7			12
- Investigando sobre traumas, cirurgias anteriores e desvio de septo			1					10
- Inspeccionando com lanterna uma possível obstrução								11
- Estabelecer a extensão da sonda a ser inserida:								
- Paciente olhando para frente, com pescoço em posição neutra				8				
- Colocando a ponta proximal da sonda na ponta do nariz, estendendo-a até ao lóbulo da orelha e deste até a porção inferior do apêndice xifóide	11							13
- Colocando a ponta proximal da sonda no lóbulo da orelha, estendendo-a até a ponta do nariz e deste até a porção inferior do apêndice xifóide				9				
- Colocando a ponta proximal da sonda na ponta do nariz, estendendo-a até o lóbulo da orelha e deste até ao umbigo							7	
- Colocando a ponta proximal da sonda no apêndice xifóide, estendendo-a até a ponta do nariz e deste até ao lóbulo da orelha					9			
- Proceder a marcação da distância indicada:								
- Amarrando 20 cm de cordão duplo neste ponto da sonda	12			10				14
- Marcando com esparadrapo	13				11			
- Marcando através das marcas existentes na sonda					10			
- Calçar as luvas								15
- Moldar a porção proximal da sonda enrolando-a no seu dedo 10 a 15 cm a fim de facilitar a inserção	14							16
- Lubrificar a porção proximal da sonda com:								
- Água							4	
- Solução hidrossolúvel	15					11		12
- Solução fisiológica				11				
- Anestésico local (xilocaína geléia)			2					
- Cápsula gelatinosa					12			
- Muco segregado pelas glândulas mucosas		3						
- Colocar pedras de gelo na boca do paciente								
- Fletir a cabeça levemente para trás (hiperestender)	17					12		18
- Orientar o paciente a: – respirar profundamente							2	
- Respirar pela boca						9		
- Borrifar a orofaringe						6		
- Inserir a sonda:								
- Elevando a ponta do nariz, usando o indicador de uma das mãos e com a outra introduzir a sonda através da narina escolhida até atingir a extensão previamente estabelecida				12				
- Introduzindo a extremidade final voltada para baixo e para trás em direção à orelha	18				13			19
- Fletindo a cabeça para frente após a introdução de 10-12cm	19							
- Orientando o paciente a: – deglutir água							6	
- Deglutir água com canudinho	21							20
- Solicitando para que o paciente mantenha a pedra de gelo na boca	20					8		
- Rodando a sonda 180º								22
- Introduzir até o ponto marcado – enquanto engole a sonda				13				
- Deglutindo-a		4		14				
- Solicitando ao paciente realizar movimento de deglutição com ou sem auxílio de água, após introduzir 10-12 cm de sonda	22		4		14			21

QUADRO 2 – Teste e fixação da SNG conforme diversos autores, segundo ordem de seqüência descrita

	VOLDEN <sup>13</sup> & COL.	ELHART <sup>6</sup> & COL.	FAINTUCH <sup>7</sup> & COL.	MAMEDE <sup>10</sup> & COL.	GRIGGS & <sup>9</sup> HOPPE	BRUNNER & <sup>2</sup> SUDDARTH	DUGAS <sup>4</sup>	BARRETT <sup>1</sup>	DURAN <sup>5</sup>	SMITH <sup>12</sup>
- Solicitar ao paciente que fale	1	-	3	-	-	-	-	1	-	-
- Examinar boca e garganta com abaixador de língua e lanterna	2	-	-	-	-	-	-	2	-	-
- Observar drenagem espontânea de suco gástrico	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
- Aspirar conteúdo gástrico com seringa	4	1	-	2	1	-	1	3	-	-
- Caso não haja drenagem de suco gástrico:										
- posicionar paciente em decúbito lateral esquerdo	5	-	-	-	-	-	-	4	-	-
- introduzir mais 2,5 a 5cm de SNG	6	-	-	-	-	-	-	5	-	-
- Injetar ar com seringa e auscultar com estetoscópio, abaixo do apêndice xifóide, som borbulhante	3	2	2	1	2	-	3	6	-	-
- Colocar extremidade distal da SNG mergulhada em água	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1
- Radiografar se as etapas 3 a 7: - não surtirem efeito	7	-	-	-	3	-	-	7	-	-
- Clampar a SNG	8	-	-	-	-	-	-	8	-	-
- Preparar pele com benjoim, álcool ou benzina	-	-	-	3	4	-	-	9	2	-
- Envolver o ponto marcado com cordão	-	-	-	4	-	-	-	10	-	-
- Fixar SNG com esparadrapo:										
- ao lábio superior	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
- ao nariz	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- no lábio superior e na cama	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-
- no lábio superior e bochecha	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-
- ao nariz e vestuário com alfinete	-	-	-	-	-	-	-	11	-	-
- na face	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-
- ao nariz, fronte ou lábio superior	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
- Fixar cordão amarrado na sonda ao nariz e testa	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
- Orientar o paciente	10	-	-	-	-	-	-	12	-	-

QUADRO 3 – Retirada da SNG, conforme diversos autores, segundo ordem de seqüência descrita

	BARRET <sup>1</sup>	AUTORES BRUNNER & SUDDARTH <sup>2</sup>	MAMEDE & COL. <sup>10</sup>
- Lavar as mãos	-	-	1
- Reunir o material e colocá-lo na mesa de cabeceira do paciente	-	-	2
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente	-	-	3
- Auscultar peristaltismo intestinal	1	-	-
- Posicionar o paciente: - Fowler (alto)	2	-	-
- Decúbito dorsal	-	-	4
- Proteger o tórax do paciente com toalha	5	-	5
- Desprender esparadrapo (com benzina)	6	-	6
- Injetar ar com seringa	3	-	-
- Clampar ou dobrar a SNG	4	-	-
- Solicitar ao paciente para:			
- prender a respiração	7	-	-
- respirar profundamente	-	-	7
- Retirar a sonda:			
- usando movimentos leves	-	-	8
- usando movimentos firmes e após passagem nasofaringe torná-los rápidos	8	-	-
- Usando gases para segurá-la	-	-	9
- Evitar que o paciente visualize a SNG	9	1	-
- Promover higiene oral	10	2	10
- Recompôr a unidade	-	-	11
- Lavar as mãos	-	-	12

## PROCEDIMENTOS

O trabalho foi desenvolvido entre enfermeiros de seis hospitais gerais de um município paulista,

sendo um deles hospital-escola e os demais particulares e/ou beneficentes. No QUADRO 4, a seguir, estão apresentados a frequência de enfermeiros e o número de leitos de cada hospital estudado.

QUADRO 4 – Distribuição de leitos e enfermeiros de cada hospital estudado\*

	HOSPITAIS					
	I	II	III	IV	V	VI
Nº de leitos	590	95	70	149	108	160
Nº de enfermeiros	264	8	6	8	4	1

\*Informações obtidas junto à administração de cada hospital.

Para a obtenção dos dados, foram aplicados questionários: nas instituições particulares e/ou beneficentes sendo os mesmos entregues a todos os enfermeiros. No hospital-escola receberam o questionário apenas os que trabalham nas unidades onde foi constatada – em levantamento prévio – maior frequência de realizações de sondagem nasogástrica, ou sejam, as unidades de emergência, clínica médica, moléstias infecciosas, cirurgia, dermatologia, neurologia e terapia intensiva.

O questionário continha itens que versavam sobre:

- O profissional que realiza a técnica de sondagem nasogástrica na instituição;
- O grau de complexidade de tal procedimento, considerado pelos enfermeiros;
- Como estes realizam a técnica, no que se refere às etapas de inserção, teste, fixação e retirada da SNG.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 83 questionários enviados, apenas 41 nos foram devolvidos devidamente preenchidos; essas informações referentes a cada uma das instituições encontram-se na Tabela I.

Quanto ao item “Qual profissional de saúde realiza a inserção da SNG nas diversas instituições”, obtivemos as seguintes respostas:

- Hospital I – enfermeiros e médicos;
- Hospital II – enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem;
- Hospital III, IV e V – enfermeiros, médicos, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem.

As respostas dos enfermeiros quanto à complexidade ou não dessa técnica, encontram-se na Tabela 2.

Pouco mais da metade (58,5%) dos enfermeiros entrevistados consideram a técnica da sondagem nasogástrica um procedimento complexo; é executada por médicos e enfermeiros em todos os hospitais e delegada também, na maioria deles, a técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, exceto no hospital I, onde apenas as profissionais de nível superior assumem tal atividade. Acreditamos que esse fato ocorra por ser o hospital I, um hospital-escola e também devido à existência de menor número de enfermeiros nas instituições particulares e/ou beneficentes, o que não ocorre com o hospital-escola (veja QUADRO 4).

No levantamento bibliográfico realizado, encontramos quatro formas distintas de mensuração da extensão do tubo a ser inserido no paciente

TABELA 1 – Número de questionários enviados e respostas obtidas segundo os diversos hospitais

Questionário \ Hospital	Hospital						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
Enviados	56	8	6	8	4	1	83
Recebidos	24	5	5	5	2	–	41

TABELA 2 – Distribuição de respostas dos enfermeiros dos hospitais estudados, segundo complexidade ou não da técnica de sondagem nasogástrica

Técnica \ Hospital	Hospital					Total	
	I	II	III	IV	V	Nº	%
Simple	7	5	3	2	0	17	41,5
Complexa	17	0	2	3	2	24	58,5
Total	24	5	5	5	2	41	100,0

(QUADRO 1). Duas, dentre estas, foram citadas pelos enfermeiros dos hospitais estudados; 22 realizam a medida colocando a extremidade proximal\* da sonda sobre a ponta do nariz, estendendo-a até o lóbulo da orelha e deste à porção terminal do apêndice xifóide; 19 realizam o processo partindo do lóbulo da orelha, estendendo-a até a ponta do nariz e deste até a porção terminal do apêndice xifóide. Na Tabela 3, está demonstrada a frequência de enfermeiros de cada hospital, segundo as suas diferentes formas de medidas.

Na prática, observamos que ocorre diferença no comprimento da sonda a ser inserida quando são comparadas as duas formas mencionadas, ou sejam, a citada por VOLDEN et alii<sup>13</sup> e BARRETT<sup>1</sup> e a citada por MAMEDE et alii<sup>10</sup>; este é sempre menor quando se realiza a medida conforme orientação de MAMEDE et alii<sup>10</sup>, mesmo mantendo-se o paciente com a cabeça na linha mediana

do corpo, quando às vezes há necessidade de se introduzir uma porção maior do que aquela inicialmente estabelecida.

Antes da inserção propriamente dita do tubo, verificamos que dos 41 enfermeiros, 22 procuram torná-la mais flexível e os demais, 19, não tomam qualquer medida a esse aspecto (TABELA 4).

O preparo da sonda nasogástrica antes da inserção, imergindo-a em água quente quando esta for rígida ou em água gelada quando for flácida, é citado por BRUNNER & STUDDARTH<sup>2</sup>, DU GAS<sup>4</sup>, VOLDEN et alii<sup>13</sup> e BARRETT<sup>1</sup>. Outra forma de preparo, ou seja, curvar a sonda na mão é citado por VOLDEN et alii<sup>13</sup> e BARRETT<sup>1</sup> (QUADRO 1).

Dentre os enfermeiros questionados, que mencionaram tornar a sonda mais flexível antes da inserção, 20 a curvam na mão, 1 a emerge em água quente e 1 em gelo (TABELA 4). Vale ressaltar

TABELA 3 – Frequência de enfermeiros de cada hospital estudado segundo forma de mensuração da SGN

Forma de mensuração	Hospital					Total
	I	II	III	IV	V	
Lóbulo da orelha/ ponta do nariz/ apêndice xifóide	11	5	1	2	—	19
Ponta do nariz/ lóbulo da orelha/ apêndice xifóide	13	—	4	3	2	22
Total	24	5	5	5	2	41

TABELA 4 – Frequência dos enfermeiros de cada hospital estudado, segundo manobra realizada para tornar a sonda mais flexível

Manobras	Hospital					Total
	I	II	III	IV	V	
Curvá-la na mão	13	—	2	5	—	20
Imergi-la em água quente	—	—	—	—	1	1
Imergi-la em gelo	1	—	—	—	—	1
Nenhuma	10	5	3	—	1	19
Total	24	5	5	5	2	41

\* Designação dada, tomando por referência o órgão alvo (estômago).

aqui que os enfermeiros não especificaram em qual tipo de sonda – se rígida ou flácida – realizam tais manobras.

O preparo do tubo antes da inserção é um aspecto que os profissionais devem sempre levar em consideração, pois esse procedimento faz com que ocorra menos desconforto ou traumatismo ao paciente.

No estudo em questão, encontramos diversidade de substâncias usadas por enfermeiros para lubrificação das sondas, ou sejam: água, solução fisiológica, vaselina e xilocaína (TABELA 5).

Observamos que 14 dos enfermeiros usam vaselina – substância não hidrossolúvel – como opção única ou como uma das alternativas. De acordo com DU GAS<sup>4</sup>, VOLDEN et alii<sup>13</sup> e BARRETT<sup>1</sup>, o lubrificante deve ser hidrossolúvel, pois é menos inofensivo caso o tubo seja inadvertidamente introduzido na traquéia, ao passo que uma substância à base de óleo pode causar até pneumonia aspirativa. DU GAS<sup>4</sup> preconiza a água por apresentar duas vantagens: umedece o tubo, permitindo a passagem mais suave da sonda pelas membranas mucosas e oferece menor foco de irritação. Acrescentamos, além destas vantagens, o baixo custo e a facilidade de obtenção da mesma.

A quantidade de lubrificante a ser usada é outro aspecto importante durante a execução da técnica. Segundo GRIGGS & HOPPE<sup>9</sup> e BARRETT<sup>1</sup>,

os orifícios do tubo não devem estar com fluidos, pois os mesmos podem cair na laringe, durante a passagem da sonda, trazendo desconforto e/ou complicações ao paciente.

Para certificar se a sonda está localizada no estômago, várias formas de testes foram mencionadas pelos enfermeiros, ou sejam: aspirar o suco gástrico, mergulhar a porção distal\*da sonda em água; auscultar ruído provocado pela injeção de ar, com estetoscópio colocado sobre a região epigástrica; introduzir 10 a 20ml de água na sonda e observar a reação do paciente. A maioria dos enfermeiros questionados realizou mais do que um tipo de teste (TABELA 6).

Dentre as medidas mencionadas pelos enfermeiros como formas de teste, duas merecem atenção especial: a de mergulhar a porção distal da sonda em água e a de injetar 10 a 20ml desse líquido observando a reação do paciente. A primeira é citada por DU GAS<sup>4</sup>, porém BARRETT<sup>1</sup> alerta que a ausência de bolhas na água onde se mergulhou a sonda não confirma a sua localização correta, uma vez que esta pode estar enrolada na traquéia ou esôfago, e o paciente pode inalar o líquido provocando inclusive asfixia. A segunda forma é outro procedimento arriscado devido à pneumonia aspirativa e asfixia que pode provocar, caso a sonda esteja localizada na laringe ou traquéia.

Durante a aspiração, quando não houver saída

TABELA 5 – Frequência de enfermeiros de cada hospital estudado, segundo substâncias usadas para lubrificação da sonda

Substâncias	Hospital					Total
	I	II	III	IV	V	
Xilocaína	2	–	2	1	–	5
Vaselina	4	–	2	–	–	6
Água torneira ou solução fisiológica	12	5	–	1	1	19
Vaselina ou xilocaína	2	–	1	1	–	4
Água, solução fisiológica ou xilocaína	1	–	–	2	–	3
Água, solução fisiológica ou vaselina	2	–	–	–	1	3
Água, solução fisiológica, vaselina ou xilocaína	1	–	–	–	–	1
Total	24	5	5	5	2	41

\* Designação dada, tomando-se por referência o órgão alvo.

TABELA 6 – Frequência de enfermeiros de cada hospital estudado, segundo forma(s) de procedimento(s) para certificar a localização gástrica da sonda

Formas de Procedimento	Hospital					
	I	II	III	IV	V	Total
Aspirar suco gástrico	1	—	—	—	—	1
Auscultar com estetoscópio após injeção de ar	5	—	2	2	1	10
Aspirar suco gástrico e/ou Auscultar com estetoscópio após injeção de ar	10	5	—	2	—	17
Aspirar suco gástrico, mergulhar sonda em água e/ou auscultar com estetoscópio após injetar ar	7	—	3	1	1	12
Aspirar suco gástrico, mergulhar sonda em água, auscultar com estetoscópio após injetar ar ou injetar água	1	—	—	—	—	1
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>41</b>

de suco gástrico, VOLDEN et alii<sup>13</sup> e BARRETT<sup>1</sup> recomendam colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo, pois esta posição facilita a sua drenagem, uma vez que o estômago sempre o contém.

A fixação da sonda deve merecer tanta atenção quanto os demais passos para execução da técnica. Assim, deve ser presa de forma bem firme; a mobilização involuntária ou o deslocamento do tubo de sua posição adequada podem trazer efeitos indesejáveis tais como desconforto, náuseas, vômito, tosse, asfixia, irritação, ferimentos e outros. Todavia, deve ser realizada de tal forma que se evite a compressão excessiva da sonda sobre a asa do nariz, pois também é outro fator de desconforto, irritação, ferimento ou até mesmo de necrose da região comprimida, como referem DURAN & OSANA<sup>5</sup>, BRUNNER & SUDDARTH<sup>2</sup>, VOLDEN et alii<sup>13</sup> e DRAIN & SHIPLEY<sup>3</sup>.

MAMEDE et alii<sup>10</sup> recomendam a fixação da sonda no nariz e testa, porém com uso de cordonê previamente atado ao tubo. Os dois locais mais mencionados pelos enfermeiros para essa fixação foram: testa e nariz (TABELA 7). DRAIN<sup>3</sup> não é favorável a isso, argumentando que a fixação direta da sonda nessas áreas pode provocar pressão interna excessiva na narina, levando à necrose.

Embora não mencionado pelos enfermeiros, na prática podemos observar que a maioria deles

faz o uso de cordonê, conforme técnica de MAMEDE et alii<sup>10</sup>.

Na TABELA 7, encontram-se apresentados os locais de fixação da sonda ao paciente, mencionados pelos enfermeiros.

A retirada da SNG exige manuseio cuidadoso para se evitar desconforto e danos ao paciente. Em todos os hospitais estudados verificou-se que a retirada da mesma é realizada tanto por médicos e enfermeiros como por técnicos, auxiliares ou atendentes de enfermagem.

Em relação ao posicionamento do paciente, por ocasião da retirada da sonda, obtivemos que 14 enfermeiros colocam o paciente em posição dorsal, 3 em lateral-direita, 16 em posição de Fowler, 3 em lateral direita ou Fowler e 5 não fizeram qualquer referência à questão. BARRETT<sup>1</sup> preconiza a posição de Fowler alto, porém MAMEDE et alii<sup>10</sup> recomendam colocar o paciente em decúbito dorsal (QUADRO 3). Outra medida mencionada por BARRETT<sup>1</sup>, que complementa o cuidado anteriormente citado, é injetar ar na sonda ou clampar o tubo.

Quaisquer desses cuidados evitam a irritação do trato digestivo alto e, conseqüentemente, desconforto, pois impedem a drenagem do conteúdo ácido e irritante, contido na sonda, no trajeto de sua retirada.

TABELA 7 – Frequência de enfermeiros de cada hospital, segundo o local de fixação da sonda ao paciente

Local de fixação	Hospital					Total
	I	II	III	IV	V	
Asa do nariz	1	—	—	—	—	1
Bochecha	1	—	—	—	—	1
Testa	7	—	1	5	2	15
Lábio superior ou bochecha	1	—	—	—	—	1
Nariz e testa	11	4	—	—	—	15
Cordonê atado à sonda e fixado ao nariz e testa	3	1	1	—	—	5
Bochecha e testa	—	—	2	—	—	2
Asa do nariz e bochecha	—	—	1	—	—	1
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>41</b>

Quanto à questão da introdução ou não de ar na sonda antes da retirada, dos 41 enfermeiros apenas 5 responderam afirmativamente, 31 de maneira negativa e 5 não fizeram qualquer alusão a esta medida.

Clampar a sonda antes da sua retirada — outro item abordado no questionário — foi respondido afirmativamente por 26 enfermeiros, negativamente por 12 e 3 deixaram em branco esta questão.

No que se refere à respiração do paciente no momento da retirada, 16 enfermeiros relataram que solicitam que o mesmo respire profundamente, 12 para respirar normalmente, 9 para prender a respiração e 4 não fizeram qualquer citação a esse cuidado.

Quanto à velocidade utilizada pelos enfermeiros durante a retirada da sonda, o resultado foi o seguinte: 21 responderam retirá-la normalmente, nem rápida nem lenta; 4, lentamente, até alcançar a faringe e depois rapidamente; 3 lentamente; 2 rapidamente, sendo que 1 enfermeiro não fez referência a esse passo.

De acordo com BARRETT<sup>1</sup>, o paciente deve ser orientado para prender a respiração, pois desta forma a epiglote se fecha e, conseqüentemente, evitam-se possíveis complicações relacionadas à aspiração e/ou traumatismo; o tubo deve ser removido de maneira lenta mais firme e quando a sua extremidade proximal atingir a nasofaringe, deve-se retirá-la rapidamente.

De forma geral, embora nenhum tratamento estatístico tenha sido realizado, parece não haver correlação entre as formas de procedimentos dos

passos da técnica com este ou aquele hospital onde os enfermeiros trabalham.

Além dos passos abordados nesse estudo, vale ressaltar que o enfermeiro não deve se esquecer de outros cuidados durante a sondagem nasogástrica, principalmente o preparo físico e psicológico do paciente, antes, durante e após tal procedimento.

## CONCLUSÃO

A técnica da SNG foi considerada por 58,5% dos enfermeiros como um procedimento complexo e, em todos os hospitais estudados, esta vem sendo executada por enfermeiros e médicos sendo na maioria deles, também delegada a técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, exceção feita ao hospital-escola.

No que se refere ao procedimento na inserção, teste, fixação e retirada da SNG, não encontramos uniformidade de conduta entre os enfermeiros, independentemente da instituição onde trabalham. A maioria deles realiza alguns passos da técnica de SNG segundo as recomendações da literatura; outros, no entanto, realizam alguns passos de maneira não recomendada, por trazerem desconforto ou complicações ao paciente. Pudemos observar ainda que algumas medidas importantes estão sendo omitidas pelos enfermeiros durante a realização desta técnica.

## SUGESTÕES

Diante do exposto, sugerimos:

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

– Para estabelecer a extensão da sonda a ser inserida, colocar a porção terminal da mesma na ponta do nariz do paciente, estendê-la até o lóbulo da orelha e deste até a porção terminal do apêndice xifóide.

– Antes da inserção da SNG no paciente, torná-la mais flexível, enrolando-a na ponta dos dedos. Caso o tubo seja muito rígido, imergi-lo em água quente; por outro lado se a sonda for muito maleável, imergi-la em água gelada.

– Para lubrificação da sonda, utilizar água, solução fisiológica ou outra substância hidrossolúvel; remover sempre o excesso de tais substâncias do tubo antes da sua inserção.

– Para certificar se a sonda alcançou o estômago, realizar os seguintes testes:

– aspirar suco gástrico com uma seringa; caso não obtenha sucesso, colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo e repetir a manobra; auscultar ruído provocado pela injeção de ar, com estetoscópio colocado na região epigástrica.

– Para a fixação da sonda no paciente, utilizar um pedaço de cordonê atado à sonda, que deverá ser fixado sobre o nariz e testa com auxílio de esparadrapo (antes de fixar o cordonê sobre a pele, colocar um pedaço de esparadrapo sobre a mesma, a fim de obter melhor fixação evitando com isso irritação da pele ou deslocamento da sonda).

– Para a retirada da SNG:

– posicionar o paciente em Fowler alto; clampar ou dobrar a sonda; solicitar que o paciente prenda a respiração; e, com movimentos firmes e lentos, tracioná-la até atingir a nasofaringe e a partir de então retirá-la rapidamente.

Outros aspectos, além dos acima mencionados, naturalmente devem ser observados antes, durante e após a sondagem nasogástrica, tendo em vista a promoção do bem-estar físico e emocional do paciente.

1. BARRETT, J. E. Inserting and removing a nasogastric tube. *Nursing*, 14(8): 17-8, Aug. 1984.
2. BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, D.S. Pacientes com problemas gástricos e intestinais. In: \_\_\_\_\_ . *Enfermagem médico-cirúrgica*. Trad. Cecília Pecego Coelho et alii, 3. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. p. 581-643.
3. DRAIN, C.B. & SHIPLEY, S.B. Assistência pós-operatória em cirurgia gastrointestinal, abdominal e anorretal. In: \_\_\_\_\_ . *Enfermagem na sala de recuperação*. Trad. André Levis de Souza Melgaço et alii. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. p. 475-501.
4. DUGAS, W.B. Anorexia, náusea e vômito. In: \_\_\_\_\_ . *Enfermagem prática*. Trad. Césio Ricardo Costa, et alii, 3. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. p. 395-405.
5. DURAN, T.M.V. & OSAWA, C. Papel da enfermagem na nutrição enteral. In: Pinotti, W.H. et alii. *Nutrição enteral em cirurgia*, s.n.t. p. 109-13.
6. ELHART, D.; FIRSICH, S.C.; GRAGG, S.H.; REES, O.M. Transtornos do aparelho digestivo. In: \_\_\_\_\_ . *Princípios científicos de enfermagem*. Trad. Álvaro Miranda Costa Ferreira. 8. ed. Lisboa, Livros Técnicos e Científicos, 1983. p. 601-18.
7. FAINTUCH, J. Sondagem gástrica e intestinal. In: FAINTUCH, J.; MACHADO, M.C.C.; RAIA, A. A. *Manual de pré e pós-operatório*. São Paulo, Manole, 1978. p. 223-233.
8. FAINTUCH, J.; SZEGO, T.; GAMA-RODRIGUES, J.J.; MACHADO, M.C.C.M.; PINOTTI, H.W. Nutrição por sondas nosoentéricas: experiência com 50 casos. *Rev. Ass. Med. Bras.*, São Paulo, 29 (5/6): 87-9, maio-jun. 1983.
9. GRIGGS, B.A. & HOPPE, M.C. Nasogastric tube feeding. *Am. J. Nurs*, New York, 79(3):481-5, mar. 1979.
10. MAMEDE, M.V.; CARVALHO, E.C.; CUNHA, A. M.P. *Técnicas em enfermagem*, 2. ed. São Paulo, Sarvier, 1984. 209p.
11. PINOTTI, H.W.; OLIVEIRA, M.R.P.C.; RAIA, A. Complicações esofágicas por sondagem nasogástrica prolongada. *Rev. Ass. Med. Bras.*, São Paulo, 24 (11):387-90, nov. 1978.
12. SMITH, D.W.; GERMAIN, C.P.H.; GIPS, C.D. El paciente que sufre enfermedad de la nariz o la garganta. In: \_\_\_\_\_ . *Enfermería médicoquirúrgica*, 3. ed. México, Interamericana, 1973. p. 492-510.
13. VOLDEN, C.; GRINDE, J.; CARL, D. Taking the trauma out of the nasogastric intubation. *Nursing*, 10(9):14-7, sept. 1980.

---

GIR, E. et alii. The nasogastric intubation – a simple procedure. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 38(3/4): 266-274, July/Dec. 1985.

---