

POP

HC-UFTM/EBSERH

Sondagem Gástrica e Enteral e Fixação de Sonda no Recém- Nascido

Versão: 1 | 2025

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO MÉDICA

MURILO ANTONIO ROCHA

CHEFE DO SETOR DE PACIENTE CRÍTICO

EDWARD MEIRELLES DE OLIVEIRA

CHEFE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA E NEONATAL

FABIANA JORGE BUENO GALDINO BARSAM

ELABORAÇÃO

Keilly Fonseca e Andrade, Monique Passos Ribeiro Duarte, Élda Juliana Antonelli e Paula Beatriz de Oliveira, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal

Adriana Pinto de Souza, Dayane Alice dos Santos Campos, Helena Beatriz Machado Lima, Sirlei Rodrigues Ferreira, Eduardo Batista Silva, Emanuelle da Cunha Ferreira, Gleissiff Vandrey Moreira Soares, Divisão de Enfermagem

Denise Fagundes Vieira, Luciana Cristina Vieira Pinto Oliveira e Vanessa Pimenta Rocha, Unidade Multiprofissional

REVISÃO INTERNA

Keilly Fonseca e Andrade, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal

ANÁLISE

Fabiana Jorge Bueno Galdino Barsam, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Neonatal

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Thais Santos Guerra Stacciarini, Divisão de Enfermagem

Ana Claudia de Moraes Faquim, Divisão de Enfermagem

Wanderson Borges Tomaz, Setor de Paciente Crítico

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Murilo Antonio Rocha, Divisão Médica

Data da emissão: 13/8/2025

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.HC-UFTM-UTIPN.001

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Hospital de Clínicas



1. OBJETIVO

O Procedimento Operacional Padrão (POP) tem como objetivo padronizar no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) a fixação de sonda gástrica e enteral em recém-nascidos (RN).

2. MATERIAL

- ✓ Luva de procedimento;
- ✓ Sonda gástrica curta (04, 06 e 08);
- ✓ Fio de algodão 0 ou cordonê ou 1 pacote de gaze;
- ✓ Esparadrapo;
- ✓ Micropore ou filme transparente;
- ✓ 1 seringa 20ml e 1 seringa de 3ml;
- ✓ Estetoscópio.

3. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Alojamento conjunto, pronto-socorro infantil, unidade de cuidados intermediários e intensivos neonatais.

4. INFORMAÇÕES GERAIS

No âmbito da equipe de enfermagem, a inserção de sonda gástrica é um dos mais corriqueiros procedimentos realizados nas unidades neonatais e é privativa do enfermeiro, que deve imprimir rigor técnico-científico ao procedimento e a fixação pode ser realizada pelo técnico de enfermagem treinado.

A sonda é indicada para alimentação, administração de medicamentos e decompressão gástrica. A locação da sonda para alimentação de preferência deve ser gástrica e a alimentação transpilórica deve ser indicada apenas para crianças com refluxo gastroesofágico grave e intolerância gástrica importante.

Recomenda-se a fixação da sonda gástrica ou enteral nas laterais, na forma de três pontos ou “gatinho” em substituição à fixação em bigode, inclusive para pacientes intubados, uma vez a fixação do tubo pode ser trocada de forma independente. Esse tipo de fixação é de extrema importância pois possibilita liberar o lábio superior que é muito trabalhado na amamentação. A fixação sobre o lábio pode gerar alterações de sensibilidade e ser um estímulo ruim para o bebê; pode ocorrer mal desenvolvimento da musculatura da face e dentes e a própria imobilidade prolongada pode desencadear impacto negativo na amamentação, quando o lábio superior deveria realizar o movimento de vedação para conseguir uma boa extração de leite, e devido às alterações citadas, atrasar o processo da amamentação do recém-nascido. Por isso, a fixação deve estar no processo temporal do osso zigomático bilateralmente, (figura 1). Adiante, a fim de evitar lesões de pele, definimos a ordem de materiais disponíveis no hospital para fixação sobre a pele.

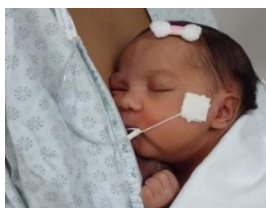


Figura 1: Fixação da sonda na lateral no processo temporal do osso zigomático, “gatinho”, 3 pontos.

Inicialmente, por características própria da prematuridade, o recém-nascido pré-termo, não consegue alimentar por sucção sendo necessária a utilização da dieta por gavagem simples, mais fisiológico e atualmente é o método de administração de dieta preferido. Reserva-se a infusão contínua para bebês com esvaziamento gástrico prolongado já que a gordura do leite se separa durante a infusão e se prende aos equipos, implicando em grandes perdas do conteúdo de lipídio, já na administração em bolus ocorrem mais complicações como refluxo gastroesofágico, hipoxemia transitória e apneia. Posteriormente transiciona-se a gavagem para o peito.

A escolha pela passagem da sonda via orogástrica ou nasogástrica deve ser analisada individualmente. Tão logo possível, optar pela sonda nasogástrica, principalmente quando o bebê demonstrar sinais de prontidão para mamar (sucção não-nutritiva – sugar a sonda, reflexo de busca), que geralmente ocorrem entre 32 a 34 semanas, podendo ocorrer antes. Bebês com peso maior que 1250g, com sinais de prontidão e sem desconforto respiratório, são candidatos a iniciar transição para via oral. Em relação à alimentação suplementar ao seio materno, em geral pode ser oferecida por translactação ao seio ou copinho (na ausência da mãe), quando o beber for capaz de fazer protusão lingual para sorver o leite no copinho, geralmente acima de 35 semanas, podendo ocorrer antes.

Uma vez indicada a sonda para alimentação em prematuros, deve-se trabalhar em equipe para que a sua suspensão ocorra tão logo possível.

5. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- Retirar todos os adornos;
- Higienizar as mãos;
- **Separar e preparar o material a ser utilizado na fixação da sonda (figura 2):**
 1. Cortar duas tiras de esparadrapo para marcar a medida de posicionamento da sonda; logo após, medir o comprimento de inserção e a outra para datar;
 2. Cortar 2 (dois) quadrados pequenos (1x1cm) de micropore ou filme transparente;
 3. Cortar 4 (quatro) quadrados pequenos de esparadrapo ligeiramente menores que os dois de micropore ou filme transparente para evitar lesões de pele no recém-nascido. Em 2 (dois) dos quadrados de esparadrapo realizar um corte na lateral até o centro;
 4. Cortar um fio de algodão 15cm ou na ausência dele, retirar cerca de 6 fios de gaze para obter um fio de aproximadamente 15cm;
 5. Realizar dois nós juntando os fios de gaze: um em cada extremidade;



Figura 2: Separação dos materiais

- Certificar-se da identificação do paciente;
- Apresentar-se aos pais ou acompanhante quando estiverem presentes e explicar o procedimento;
- Conferir na prescrição a indicação do número da sonda, se a via é oral ou nasal;
- Utilizar medidas não farmacológicas para alívio da dor, conforme protocolo;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal e realizar a medida do posicionamento;
- Quanto aos métodos de mensuração da sonda gástrica, utilizar o método NEMU, pela melhor evidência. Se for utilizada a sonda uretral para alimentação, proceder à medida para sondagem a partir do segundo orifício da sonda uretral:
 - ✓ SNG – sonda nasogástrica: medida do nariz → lóbulo da orelha → ponto médio entre o apêndice xifoide / cicatriz umbilical.
 - ✓ SOG – sonda orogástrica: comissura labial → lóbulo da orelha → ponto médio entre o apêndice xifoide / cicatriz umbilical.
 - ✓ SNE – sonda nasoenteral: medida do nariz → lóbulo da orelha → cicatriz umbilical.
 - ✓ SOE – sonda oroentérica: comissura labial → lóbulo da orelha → cicatriz umbilical.
- Realizar marcação na sonda com esparadrapo na medida alcançada;
- Fazer o enrolamento do RN para favorecer a organização deste e executar o procedimento de sondagem gástrica;
- Posicionar o RN em decúbito lateral direito ou posição supina;
- Realizar higiene oral com água destilada antes da introdução da sonda, conforme protocolo de prevenção de pneumonia associada à assistência à saúde;
- Introduzir lentamente a sonda segurando o queixo do RN para ele engolir até o ponto demarcado. Se o trajeto oferecer resistência durante a introdução da sonda, não forçar, atentar para possibilidade de atresia ou estenose de esôfago;
- Se ocorrer bradicardia ou queda de saturação, devido à resposta ao estímulo vagal ao introduzir a sonda durante o procedimento, retirar a sonda lentamente e esperar que o RN estabilize para retornar o procedimento;
- Injetar 1 ml de ar através da seringa de 20 ml conectada à sonda e auscultar com estetoscópio na base do apêndice xifoide ou região hipogástrica para ouvir ruídos hidroaéreos e posteriormente aspirar o mesmo volume de ar injetado e verificar retorno de estase;
- O retorno da secreção à aspiração da sonda é um método simples e sensível, portanto, forte indicador do posicionamento adequado, devendo ser realizado na inserção da sonda; não é recomendado medir o conteúdo gástrico rotineiramente;
- Retirar a sonda lentamente e repassar, caso os sinais não sejam positivos;
- Se os indicadores confirmarem a posição, fechar a sonda ou colocar coletor urinário ou frasco universal na abertura da sonda para mantê-la aberta conforme indicação médica;
- Em se tratando da sonda enteral, nesse momento, retirar o fio guia, tracionando-o firmemente e segurando a sonda para evitar que se desloque;
- Para fixar a sonda orogástrica tipo “gatinho” usar o micropore ou filme transparente previamente cortado em formato de quadrado (1x1cm) e grudar na região do processo temporal do osso zigomático, (próximo ao pavilhão auditivo), figura 3.

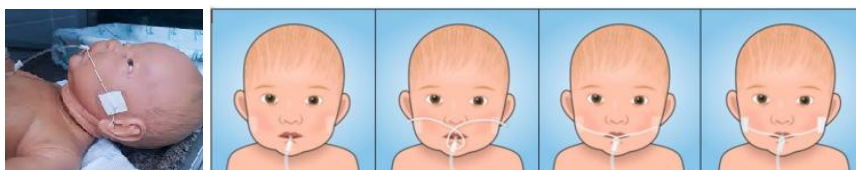
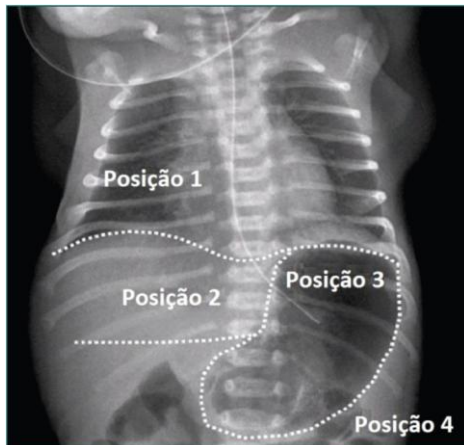


Figura 3: Demonstração dos passos de fixação da sonda no processo temporal do osso zigomático

- Amarrar o fio de algodão ou o fio formado de gaze dobrado ao meio com, no mínimo, dois nós firmes em cima do esparadrapo da marcação;
- Para finalizar a fixação, com o auxílio de outro profissional, enquanto este segura a sonda com a marcação da sonda orogástrica no lábio, pegar as duas pontas do fio de algodão ou gaze de um lado da face, esticar sobre o micropore ou filme transparente no processo temporal do osso zigomático, e prender com o esparadrapo, previamente cortado em formato de quadrado (1x1cm), com o corte central para fora; manter a ponta do fio acima do esparadrapo, deixando aproximadamente 2 cm de fio;
- Repetir processo de fixação no lado oposto da face e cortar sobras do fio;
- Enrolar os 2cm de fio sobre o esparadrapo e fixar os retângulos restantes sobre eles;
- Certificar-se que a fixação da sonda orogástrica esteja firme, sem risco de soltar-se espontaneamente;
- Fixar a última tira de esparadrapo com a data entre a porção medial e distal externa da sonda;
- Confirmar posicionamento no próximo RX do RN, se sonda gástrica; ou imediatamente após o procedimento ser for utilizado sonda enteral, averiguando se ela permanece na posição 3, conforme figura 4 a seguir.



Posição 1 - Sonda locada acima do diafragma e junção gastroesofágica;
Posição 2 - Sonda locada sob a junção gastroesofágica e antes corpo do estômago;
Posição 3 - Sonda locada no corpo do estômago (posição correta);
Posição 4 - A sonda toca a grande curvatura do estômago, ou a ponta encontra-se na região do esfíncter pilórico;
Posição 5 - Impossibilidade de avaliação do posicionamento através da radiografia.

Figura 3: Posição correta da sonda, posição 3

- A partir da confirmação do posicionamento adequado, **realizar mensuração da parte exteriorizada até o conector da sonda** e anotar na anotação de enfermagem (diariamente o enfermeiro anota no início do plantão e o técnico de enfermagem, antes da administração das dietas, confere com a medida do enfermeiro).
- Suspeitar de mau posicionamento da sonda, em caso de vômito constante;
- Anotar o tipo de sondagem, a data, horário, quantidade e características da drenagem;
- Desenrolar o RN e posicionar, deixando-o confortável;
- Recolher o material utilizado, deixando o leito organizado;
- Retirar Equipamento de Proteção Individual (EPI);
- Higienizar as mãos;

- Anotar o procedimento e as intercorrências, se houver, na evolução de enfermagem, atentando-se para monitorar a presença de lesões traumáticas ou alérgicas na pele adjacente ao local de inserção e de fixação da sonda;
- Lembrar da lavagem da sonda com a introdução de ar após a administração de dieta e medicação. Esse procedimento é de extrema importância para evitar a obstrução da sonda, as reações de incompatibilidade e interações entre as drogas e a dieta;
- No caso da sonda nasogástrica, alternar o cateter entre as narinas a cada inserção de forma a minimizar a irritação e possível lesão das mucosas devido o atrito que existe;
- Checar sempre a permeabilidade e posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta ou antes de administrar medicamentos.

6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

- ✓ São atribuições do médico: indicar e prescrever a dieta e a via que será realizada (oro ou naso, gástrica ou enteral); solicitar a radiografia para confirmação de posicionamento da sonda e liberar o início da dieta.
- ✓ Fica atribuído ao enfermeiro a realização do procedimento de sondagem e ao técnico de enfermagem treinado a fixação da sonda.
- ✓ É de responsabilidade de toda equipe ter cuidado com a manutenção da fixação da sonda. Sempre que houver necessidade de trocar a fixação, o enfermeiro deve ser notificado, bem como notificar o médico sempre que houver necessidade de realizar novo procedimento de sondagem.
- ✓ Qualquer intercorrência deve ser reportada ao enfermeiro e ao médico de plantão.

7. REFERÊNCIAS

- 1) Abrams, S.A.; Hurst M.M. et.al. Feeding the premature Infant. Uptodate. Outubro, 2023.
- 2) ANDRÉ, R.R. Posicionamento de sonda enteral em neonatos segundo técnica modificada de mensuração. Acta Paulista de Enfermagem, v. 30, n. 6, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/3070/307054517004/html/>>.
- 3) BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Integral à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2 ed. volume 2. Brasília, 2014.
- 4) BRASIL. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido: Método Canguru.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- 5) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru: diretrizes do cuidado** – 1ª ed. revisada – [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- 6) CARMO, C.M.A. do; et. al. **Procedimentos de enfermagem em Neonatologia: Rotinas do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ.** Rio de Janeiro: Revinter, 2012.
- 7) COFEN. Normas para atuação da equipe de enfermagem na sondagem oro/nasogástrica e nasoentérica. Resolução cofen nº619/2019.
- 8) Dias, FDS B, Emidio, SCD, Lopes, MHBDM, Shimo, AKK, Beck, ARM, & Carmona, EV (2017). Procedures for measuring and verifying gastric tube placement in newborns: an

integrative review. Revista latino-americana de enfermagem. DOI: 10.1590/1518-8345.1841.2908

9) Soares, LS, da Silva, GRF., & da Silva Machado, R. (2017). Evidências científicas sobre uso e cuidados de enfermagem com tubos orogástricos em neonatos prematuros. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. | v, 17(1), 37-42.

8. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da Ação/Alteração
1	13/8/2025	Elaboração da 1ª versão do POP

9. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração – data: 7/12/2023

Keilly Fonseca e Andrade, Monique Passos Ribeiro Duarte, médicas pediatras da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Neonatal (UTIPN)

Adriana Pinto de Souza, Dayane Alice dos Santos Campos, Helena Beatriz Machado Lima, Sirlei Rodrigues Ferreira, técnicos de enfermagem

Eduardo Batista Silva, Emanuelle da Cunha Ferreira, Gleissiff Vandrey Moreira Soares, enfermeiros

Denise Fagundes Vieira, Luciana Cristina Vieira Pinto Oliveira e Vanessa Pimenta Rocha, fonoaudiólogas

Élida Juliana Antonelli, responsável técnica (RT) de enfermagem da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

Paula Beatriz de Oliveira, RT de enfermagem da UTIPN

Análise – data 7/12/2023

Fabiana Jorge Bueno Galdino Barsam, chefe da UTIPN

Validação técnica – data 24/3/2025 a 7/7/2025

Thais Santos Guerra Stacciarini, RT do Serviço de Educação em Enfermagem da Divisão de Enfermagem (DENF)

Ana Claudia de Moraes Faquim, chefe da DENF

Wanderson Borges Tomaz, chefe do Setor de Paciente Crítico substituto

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Aprovação – data: 28/4/2025

Murilo Antonio Rocha, chefe da Divisão Médica

Revisão interna – data: 16/7/2025

Keilly Fonseca e Andrade, médica da UTIPN

Registro, validação de forma e revisão – data: 13/8/2025

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental