

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –  
FACENE/RN

AMANDA MORAES DE SOUSA

**USO DA CÂNULA OROFARÍNGEA COMO GARANTIA DE  
PERMEABILIDADE DAS VIAS AÉREAS NO PRONTO-SOCORRO  
DE UM HOSPITAL GERAL**

MOSSORÓ  
2010

AMANDA MORAES DE SOUSA

**USO DA CÂNULA OROFARÍNGEA COMO GARANTIA DE  
PERMEABILIDADE DAS VIAS AÉREAS NO PRONTO-SOCORRO  
DE UM HOSPITAL GERAL**

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, pelo Curso de Enfermagem da Faculdade de enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.

ORIENTADOR: Prof. Esp. José Rodolfo Lopes de Paiva Cavalcanti

MOSSORÓ  
2010

S696u

Sousa, Amanda Moraes de.

Uso da cânula orofaríngea como garantia de permeabilidade das vias aéreas no pronto socorro de um hospital geral / Amanda Moraes de Sousa. – Mossoró, 2010.

50f.

Orientador: Prof. Esp. José Rodolfo Lopes Paiva Cavalcanti.

Monografia (Especialização em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

1. Enfermagem. 2. Pronto-Socorro. 3. Cânula Orofaríngea. I. Título.

CDU 616-083

AMANDA MORAES DE SOUSA

**USO DA CÂNULA OROFARÍNGEA COMO GARANTIA DE  
PERMEABILIDADE DAS VIAS AÉREAS NO PRONTO-SOCORRO  
DE UM HOSPITAL GERAL**

Monografia apresentada pela aluna Amanda Moraes de Sousa, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado (a) em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup>. Esp. José Rodolfo Lopes de Paiva Cavalcanti  
(Orientador - FACENE/RN)

---

Prof<sup>o</sup>. Ms. Fausto Pierdoná Guzen  
(Membro - FACENE/RN)

---

Prof<sup>o</sup>. Esp. Francisco Rafael Ribeiro Soares  
(Membro - FACENE/RN)

***Dedico:***

*A Deus que em sua infinita bondade guiou  
meus passos e guiará sempre.*

*Aos meus pais, Maria Deusuita e Gilberto  
Gomes, por todos os ensinamentos, estímulos e  
exemplos de vida.*

*A minha filha que me mostrou como ser uma  
pessoa melhor e compreendeu, mesmo tão  
pequena, a importância de me manter  
estudando.*

*Aos meus irmãos, Michelle e Moisés, sempre  
presentes nos momentos bons e ruins.*

*Ao companheiro, Elton, que caminhou comigo  
durante todo o percurso da academia.*

*A todos os meus amigos, irmãos da vida.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, meu guia maior, sem o qual nada disso seria possível.

À minha família, por toda paciência, incentivo e dedicação dados a mim sem qualquer exigência, que não o amor.

Mãe, sem a fortaleza que você é para mim nada disso seria possível.

Pai, muito obrigada, o seu apoio se fez fundamental na construção da minha vida acadêmica e na conquista dessa vitória.

Irmãos queridos, só de saber que os terei sempre ao meu lado, a vida se torna mais leve.

Ana Luiza, filha maravilhosa, você é o melhor que há em mim.

Elton, companheiro de toda uma vida.

Aos amigos que contribuíram de forma imensurável para a construção desta pesquisa.

Ao meu orientador, professor José Rodolfo Lopes de Paiva Cavalcanti por acreditar no meu potencial, pela paciência e prontidão em me orientar.

Aos meus professores do curso de Graduação em Enfermagem da FACENE por todo conhecimento repassado.

A todos os entrevistados, co-constructores deste trabalho.

Aos meus colegas de curso, alguns amigos para toda vida.

Aos componentes da Banca Examinadora pela contribuição para o enriquecimento da pesquisa.

A todos que, direta ou indiretamente, tornaram possível esta pesquisa, muito obrigada!

*“Só conheço uma liberdade, e essa é a liberdade do pensamento”.*

***Antoine de Saint-Exupéry***

## RESUMO

A obstrução das vias aéreas é causa comum da piora na morbi mortalidade de pacientes inconscientes. Um dos mecanismos para manter a permeabilidade das vias aéreas superiores é a Cânula de Guedel (CG) – equipamento de uso simples, colocado entre o palato e a língua que permite a desobstrução da hipofaringe, prevenindo ou tratando a ‘queda da língua’ (quadro comum em pacientes inconscientes), bem como protegendo a cavidade oral de possíveis danos da própria patologia de base. Para a enfermagem, a CG possui especial importância por garantir a autonomia profissional, uma vez que seu uso não necessita de prescrição médica. Diante do exposto a pesquisa teve por objetivo analisar a compreensão dos enfermeiros que atuam no Pronto-Socorro (PS) sobre o uso da Cânula Orofaríngea, tomando como referência seu uso na manutenção de permeabilidade de vias aéreas e na garantia da integridade física do usuário. Trata-se de um estudo descritivo e de natureza qualitativa, realizado no PS do Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTM). A amostra foi composta por cinco enfermeiros que trabalham no PS do HRTM. A coleta de dados ocorreu através de entrevista, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética (protocolo nº 106/2010 e CAAE nº 2989.0.000.351-10). Foi constatado que, apesar de ser conhecida pela maior parte da amostra, a CG é pouco utilizada no setor, tendo seu uso determinado pelo perfil profissional e não pelas necessidades do usuário; seu principal intuito é a manutenção da permeabilidade de vias aéreas, mas houve também quem citasse: facilitar a aspiração de secreções e proteção da cavidade oral; quatro enfermeiros afirmaram conhecer e descreveram a técnica para colocação sem grandes alterações. A diversidade de usos da CG descritos não condiz com a realidade do setor onde não foi visualizada nenhuma situação em que a Cânula fosse utilizada. Outro problema consiste na relação entre perfil profissional e uso (ou não) da CG caracterizando assim uma assistência fragmentada e relacionada não às necessidades do usuário, mas a formação do profissional em questão. A CG é um mecanismo de fácil manejo e grande aplicabilidade e precisa ter seu uso mais enfatizado e discutido em meios acadêmicos, visto que, o referencial teórico acerca do tema também se mostrou escasso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem, Cânula de Guedel, Vias Aéreas.



## ABSTRACT

The airway obstruction is a common cause of worsening morbidity and mortality in patients unconscious. One way to maintain patency of the upper airway is the Guedel cannula (CG) - use simple equipment, placed between the palate and the tongue that allows the clearing of the hypopharynx, preventing or treating the 'fall of the tongue' (common framework in unconscious patients), and by protecting the mouth from damage from the illness itself. For nursing, the GC has special importance for ensuring the professional autonomy, since their use does not require a prescription. Given the above research aimed at assessing the understanding of nurses working in the Emergency Room (PS) on the use of the oropharyngeal airway by reference to its use in maintaining patency of airways and in ensuring the physical integrity of the user. This is a descriptive and qualitative in nature, held at PS Regional Hospital Tarcisio Maia (HRTM). The sample consisted of five nurses working in the ER of HRTM. The data was collected through interviews, after project approval by the Ethics Committee (Protocol No. 106/2010 and CAAE 2989.0.000.351-10). It was noted that, despite being known to most of the sample, the GC is not widely used in industry, with its use determined by the professional profile and not by the needs of the user, his main intention is to maintain the permeability of the airways, but there was who also quoting: facilitate aspiration of secretions and protection of the oral cavity, four nurses said they knew and described the technique for placement without major changes. The diversity of uses of CG described does not reflect the reality of the sector which was not seen any situation where the cannula was used. Another problem is the relationship between job profile and use (or not) of the CG characterizing a fragmented care and not related to user needs, but the formation of the professional in question. CG is a mechanism for easy handling and wide applicability and its use must have over-emphasized and discussed in academic circles, since the theoretical framework on the subject was also scarce.

**KEYWORDS:** Nursing, Guedel Cannula, Airway.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Resposta dos enfermeiros: Com relação ao uso da Cânula de Guedel (Cânula Orofaríngea), como você avalia a importância desta no espaço da urgência e emergência? Justifique. **26**
- Quadro 2** - Resposta dos enfermeiros: Ela é muito utilizada no seu ambiente/cotidiano de trabalho? **28**
- Quadro 3** – Resposta dos enfermeiros: Em quais casos você julga necessária a sua utilização? **30**
- Quadro 4** - Resposta dos enfermeiros: Qual (is) o (os) intuito (os) da utilização da Cânula de Guedel? **33**
- Quadro 5** - Resposta dos enfermeiros: Como se faz a introdução desta? Existe alguma técnica específica? Qual? **34**
- Quadro 6** - Resposta dos enfermeiros: Você, na condição de enfermeiro, sente-se a vontade para utilizar esta cânula quando julga necessário? Justifique. **36**

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Obstrução de vias aéreas por relaxamento da língua que se projeta contra a orofaringe.	<b>17</b>
<b>Figura 2</b> – Tamanhos da Cânula de Guedel.	<b>20</b>
<b>Figura 3</b> – Medição do tamanho correto da cânula de Guedel.	<b>21</b>
<b>Figura 4</b> – Colocação da Cânula de Guedel em Adulto.	<b>22</b>
<b>Figura 5</b> – Colocação da Cânula de Guedel em Crianças.	<b>22</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
2.1 ANATOMOFISIOLOGIA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES.....	14
2.2 A HIPOXIA HIPÓXICA E AS ESTRATÉGIAS DE DESOBSTRUÇÃO DAS VIAS ÁREAS.....	17
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	23
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	23
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	23
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	24
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	24
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>26</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>49</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A obstrução das vias aéreas representa para o paciente o não suprimento ou o suporte insatisfatório de oxigênio para o organismo, um quadro conhecido clinicamente como hipoxia (AIRES; CASTRUCCI, 2008). De um modo geral, a hipoxia causa principalmente diminuição da atividade cerebral que pode evoluir para coma, redução do potencial de trabalho muscular, e, se não revertido, ocasionará morte celular disseminada pelo corpo (GUYTON; HALL, 2006). Acerca disso,

A incapacidade de o sistema respiratório fornecer oxigênio às células, ou de as células usarem o oxigênio fornecido resulta no metabolismo anaeróbico e pode levar rapidamente à morte. A falha em eliminar o dióxido de carbono pode levar ao coma (PHTLS, 2007, p. 118).

Este quadro de hipoxia, por sua vez, é classificado em quatro tipos: hipoxia hipóxica – incapacidade do oxigênio chegar até os pulmões, ocorrida por: oferta insuficiente de oxigênio no ambiente, obstrução das vias aéreas, membrana pulmonar espessa e área da membrana respiratória diminuída; hipoxia estagnante – transporte insuficiente de oxigênio para o organismo, ocasionada comumente por problemas cardiovasculares, como débito cardíaco diminuído significativamente, insuficiência cardíaca ou choque circulatório; hipoxia anêmica – quantidade insuficiente de hemoglobina no sangue, causada por: anemia ou quantidade adequada de glóbulos vermelhos, mas reduzido de hemoglobina ou ainda, por envenenamento (monóxido de carbono); e hipoxia histotóxica – inviabilidade do uso de oxigênio pelos tecidos; se dá por envenenamento (cianeto) ou avitaminoses (GUYTON, 1988). Vale destacar que, nesta pesquisa, haverá a abordagem mais detalhada da hipoxia hipóxica que possui como uma das causas principais a obstrução das vias respiratórias.

Sendo assim, a manutenção da permeabilidade das vias aéreas garantirá o fornecimento de oxigênio às hemácias, que, por sua vez, o distribuem por todo o organismo; mantém o metabolismo aeróbio, garantindo a produção energética e remove o dióxido de carbono do organismo, prevenindo a hipercapnia – aumento do gás carbônico circulante no sangue arterial (PHTLS, 2007).

Uma das situações que mais determinam no risco de obstrução de vias aéreas e, então, na ocorrência da hipoxia hipóxica é a diminuição do nível de consciência. No entanto,

antes de abordar tal assunto, se faz necessário saber que o termo ‘consciência’ trata do conhecimento acerca de si próprio e do ambiente, possuindo dois componentes a serem avaliados: nível de consciência – grau de alerta apresentado; e conteúdo de consciência – somatória das funções cognitivas e afetivas do homem.

Com isso, abordar queda do nível de consciência significa, pois, abordar possíveis/prováveis lesões neurológicas relacionadas ao córtex cerebral e sua interação com a região pontomesenfálica do tronco encefálico (NITRINI; BACHESCI, 2005) e, nestes casos tem-se como prioridade a manutenção da permeabilidade das suas vias aéreas, com o intuito de prevenir lesões cerebrais secundárias e aumentar a probabilidade de bons prognósticos (BORTOLOTTI, 2008).

Os mecanismos para garantia da permeabilidade das vias aéreas são classificados em: procedimentos não definitivos e protetivos (elevação do mento e tração mandibular), cânula orofaríngea – CG (ênfase desta pesquisa), cânula nasofaríngea e máscara facial; e em procedimentos para manter uma via aérea definitiva, por sua vez divididos em: técnicas não cirúrgicas: intubação orotraqueal, intubação nasotraquel e combitubo; e em técnicas cirúrgicas: cricoidectomia por punção; intubação retrógrada; cricoidectomia cirúrgica e traqueostomia (MANTOVANI, 2005).

A cânula orofaríngea ou de Guedel, foi criada em 1933 com o intuito de prevenir lesões na cavidade oral – fato comum com a aplicação da cânula metálica de Ralph Waters, (BACELAR, et al, 2010). E surge no contexto abordado como alternativa eficaz e simplificada para manutenção das vias aéreas pérvias, podendo ser usada até mesmo simultaneamente com a intubação, com a função de proteger o tubo endotraqueal da pressão dos dentes, bem como a cavidade oral do paciente, viabiliza ainda a ventilação com ambú (sistema bolsa-válvula-máscara) e máscaras faciais (PIRES; STARLING, 2006).

Este dispositivo é de especial importância para a enfermagem, pois não necessita de prescrição médica para seu uso, garantindo ao enfermeiro a autonomia necessária para intervir nos casos em que seu uso seja necessário. As principais complicações associadas ao seu uso são: lesão na cavidade oral, broncoaspiração, náusea, vômitos ou hemorragia, que podem ser desencadeados por uso de técnica inadequada na sua colocação ou quadros de inconsciência parcial (MANTOVANI, 2005). Mas suas vantagens vão desde a recuperação imediata da função respiratória até a prevenção de complicações neurológicas, além de ser de fácil colocação (ACLS, 2007).

Com base nisso, o enfermeiro deverá estar apto para reconhecer casos onde haja rebaixamento do nível de consciência e, conseqüente queda da língua, para que se faça o uso

correto da cânula orofaríngea e garanta a permeabilidade das vias aéreas do usuário (CAMBIER; MASSON; DEHEN, 2005)

Diante da importância da utilização deste dispositivo, surgiu o seguinte questionamento: até que ponto os enfermeiros do pronto-socorro (PS) do Hospital Regional Tarcísio Maia - HRTM conhecem e realizam o uso da cânula orofaríngea, tomando como pressuposto a sua viabilidade na manutenção da vias aéreas permeáveis e na segurança do usuário?

Com isso, o trabalho objetivou analisar a compreensão dos enfermeiros que atuam no Pronto-Socorro sobre o uso da Cânula Orofaríngea, tomando como referência sua aplicabilidade na manutenção de permeabilidade de vias aéreas e na garantia da integridade física do usuário.

A relevância da tal investigação está fundamentada no fato de que se faz necessário os enfermeiros compartilharem do compromisso com o avanço da ciência da enfermagem, por meio de pesquisa e da utilização dos seus achados na prática, daí porque através da aplicação dos resultados da pesquisa, o conhecimento obtido é transformado em prática clínica, culminando em uma prática de Enfermagem que se alicerça na pesquisa.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 ANATOMOFISIOLOGIA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES

O sistema respiratório forma-se a partir da quarta semana de vida embrionária, iniciando-se a partir do sulco longitudinal mediano na parte ventral da faringe (sulco laringotraqueal), que, por sua vez, aprofunda-se e forma o divertículo laringotraqueal separando-se posteriormente, do intestino anterior, formando o septo traqueoesofágico (responsável pela formação do esôfago e do tubo laringotraqueal, o endoderma desse tubo forma o epitélio dos órgãos respiratórios inferiores e as glândulas traqueobrônquicas, o mesoderma esplâncnico que circunda o tubo laringotraqueal forma o tecido conjuntivo, os músculos, e os vasos sanguíneos e linfáticos desses órgãos) (CARLSON, 1994; MOORE, 2004;).

A laringe se forma entre a quarta e quinta semanas de desenvolvimento embrionário, quando o mesênquima, do quarto e sexto arcos branquiais, prolifera-se rapidamente e forma convertendo a abertura do esôfago numa glote, esse mesmo mesênquima diferencia-se nas cartilagens tireóide, cricóide e aritenóide. A luz da laringe é ocluída temporariamente e, durante o processo de abertura dessa luz (recanalização) ocorre à formação das cordas vocais e ventrículos laríngeos adjacentes (CARLSON, 1994; GARCIA, FERNANDES, 2001).

Após o seu aparecimento inicial, o divertículo respiratório sofre um alongamento considerável antes de produzir um par de brotos brônquicos em sua extremidade. A porção reta do divertículo respiratório é o primórdio da traquéia. Os brotos brônquicos, que irão se transformar em brônquios primários, dão origem a brotos adicionais – três do lado direito e dois do lado esquerdo. Estes brotos se transformam nos brônquios secundários e seu número antecipa a formação dos três lobos do pulmão direito e dois lobos do pulmão esquerdo. A partir daí, cada broto brônquico secundário sofre uma longa série de ramificações até atingir o máximo de 23 ordens sucessivas de ramos. A morfogênese dos pulmões prossegue depois do nascimento, sendo que a estabilização do seu padrão morfológico só acontece após vários anos de vida pós-natal (CARLSON, 1994, p.301)

O sistema respiratório é composto por: nariz, cavidade nasal, faringe, laringe, traquéia, pulmões, brônquios, bronquíolos e alvéolos pulmonares, este órgão ainda se divide anatomicamente em vias aéreas superiores e inferiores (existem ainda órgãos e músculos



como o diafragma que participam da respiração, mas não compõem tal sistema) (GOSS, 1988).

Neste trabalho, serão evidenciadas apenas as considerações anatomofisiológicas das vias aéreas superiores (com enfoque também na cavidade oral) – conhecimento necessário para a execução de técnica apropriada referente ao uso da cânula orofaríngea. As vias aéreas superiores consistem de todas as estruturas, desde o nariz, incluindo os seios, até a laringe (BERNE, 2004).

A cavidade oral (ou boca) faz parte do sistema digestivo, no entanto será descrita neste trabalho por seu envolvimento direto no uso da cânula orofaríngea. A cavidade oral possui formato quase oval e é dividida em duas partes, o vestíbulo (porção externa e menor) e pela cavidade oral propriamente dita (interna e maior) (GARDNER, 1978).

A cavidade oral propriamente dita limita-se ventral e lateralmente pelos processos alveolares recobertos por dentes e recebe secreção das glândulas submandibulares e sublinguais. Comunica-se dorsalmente com a faringe através de uma estreita abertura conhecida como istmo da fauce. A parte superior é formada pelos palatos duro (anteriormente) – separa as cavidades oral e nasal, e palato mole (posteriormente), a maior parte de seu soalho corresponde à língua. O restante deste, sua lateral e até mesmo a língua, são revestidos externamente por mucosa (DANGELO; FATTINI, 2007).

Os lábios correspondem ao limite externo da cavidade oral, a rima (ou orifício da boca), possuem revestimento mucoso internamente e epitelial externamente. Entre os lábios estão: o músculo orbicular da boca, vasos labiais, nervos, pequenas glândulas labiais (situadas entre a mucosa e o músculo orbicular da boca), e os tecidos, areolar e gorduroso. Internamente a superfície de cada lábio encontra-se ligada à linha mediana da gengiva numa estrutura denominada prega gengival inferior (GOSS, 1988).

As bochechas são revestidas externamente por tecido epitelial e internamente, por tecido mucoso. Entre esses tecidos estão: tecido areolar, vasos, nervos, glândulas bucais (situadas entre a mucosa e o músculo bucinador), músculos e gordura (DANGELO; FATTINI 2007).

O vestíbulo possui forma de fenda, é limitado por lábios e bochechas (externamente) e pelas gengivas e dentes (internamente) (TORTOGA; GRABOWSKI, 2002), GRAY; GOSS (1988, p. 953) acrescenta que:

(o vestibulo) acima e abaixo é limitado pela reflexão mucosa dos lábios e bochechas para a gengiva que recobre os processos alveolares superior e inferior, respectivamente. Recebe a secreção das glândulas parótidas, e quando a mandíbula está fechada comunica-se com a cavidade oral propriamente dita por aberturas, uma de cada lado, situadas atrás dos molares e por estreitas fendas entre os dentes opostos.

A língua é dividida, medianamente, por um septo fibroso presente em toda a sua extensão que a fixa inferiormente ao osso hióide. Cada uma das metades possui grupos musculares, extrínsecos – gengioglosso, hioglosso, condroglosso, estilogrosso e palatoglosso, e intrínsecos – longitudinal superior, longitudinal inferior, transverso e vertical, todos inervados pelo nervo hipoglosso, exceto o Palatoglosso inervado pelo glossofaríngeo, vago e acessórios. A língua é revestida por mucosa (porção inferior) e por uma camada submucosa fibrosa (superior) (TORTORA; GRABOWSKI, 2002).

A língua possui músculos internos e externos que recebem impulsos nervosos e, dessa forma, impulsionam-na para a atividade requerida naquele momento. Os músculos internos são: longitudinal superior e inferior – possuem função de retrair a língua, e com isso, associam-se a dilatação, e transverso da língua – responsável pelo estreitamento da língua, ou seja, ligado intimamente com o alongamento; E os músculos externos são: Gengioglosso – encarregado de empurrar a língua para frente, deslocá-la para baixo e movimentar a ponta da língua; Hioglosso e Condroglosso – ambos retraem a língua, abaixam tanto o dorso quanto o fundo da mesma; Estiloglosso – retrai e levanta a língua; e Palatoglosso – eleva o fundo da língua simultaneamente ao abaixamento do véu palatino e estreitamento do istmo da fauce. Todos os músculos acima, exceto o Palatoglosso que é inervado pelo nervo glossofaríngeo, vago e acessórios, possuem ligação nervosa com o nervo hipoglosso (PUTZ; PABST, 2000).

A comunicação entre a boca e a faringe se dá através da garganta ou fauce, limitadas pelo palato mole (superiormente) pelo dorso da língua (inferiormente) e lateralmente pelos arcos palatoglossos (GOSS, 1988).

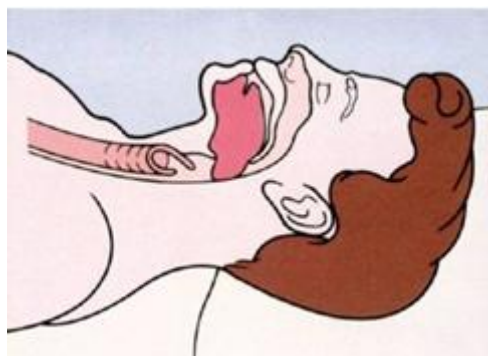
A laringe (ou órgão da voz) compõe o conduto que permite a comunicação entre a faringe e a traquéia, é também ela que forma a proeminência conhecida como pomo-de-adão (DANGELO; FATTINI, 2006). A parte inferior e anterior da faringe é composta pela laringe e recoberta de muco. Anatomicamente, a vista vertical da laringe, fica entre a quarta e sexta vértebras cervicais (podendo estar um pouco mais alta na mulher e em crianças). Lateralmente à laringe estão os grandes vasos do pescoço (TORTORA; GRABOWSKI, 2002).

A laringe é ampla superiormente, onde apresenta a forma de uma caixa triangular, achatada dorsalmente e para os lados, dividida ventralmente por uma crista vertical proeminente. Caudalmente, é estreita e cilíndrica. É constituída por cartilagens unidas entre si por ligamentos e movidas por numerosos músculos. Uma mucosa contínua com a faringe e a traquéia a reveste. As cartilagens da laringe são em número de nove, três ímpares e três pares, como se segue: tiróide, cricóide, duas aritenóides, duas corniculadas, duas cuneiformes, epiglote. (GOSS, 1988, p.916)

As cartilagens: epiglote e aritenóide possuem função de recobrir as cordas vocais nos movimentos de deglutição impedindo que ocorra broncoaspiração. Toda a musculatura e estímulos neurológicos estão intimamente relacionados para que haja, em condições normais, a perfeita mecânica entre o deglutir e o ato de respirar (DANGELO; FATTINI, 2007). Uma vez que o indivíduo possua algum déficit neurológico pode haver a ingestão de líquidos, secreções ou até mesmo objetos (pequenos) sem a devida regulação entre a deglutição e a respiração, caracterizando, dessa forma, mais uma oportunidade de uso da cânula orofaríngea em indivíduos com nível de consciência rebaixado (TORTORA; GRABOWSKI, 2002).

## 2.2 A HIPOXIA HIPÓXICA E AS ESTRATÉGIAS DE DESOBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS

A hipoxia hipóxica ocorre devido à obstrução total ou parcial das vias aéreas, esta, por sua vez, ocorre mecânica ou fisiologicamente, sendo que na primeira se dá através de objetos impossibilitando a passagem de ar e a segunda ocorre quando há queda da língua e conseguinte obstrução da laringe (quadro comum em pacientes com rebaixamento do nível de consciência). Esse tipo de hipoxia possui efeitos diretos e compensatórios (AIRES; CASTRUCCI, 2008).



**Figura 1** – Obstrução de vias aéreas por relaxamento da língua que se projeta contra a orofaringe.

**Fonte:** Manual de Atendimento Pré-Hospitalar – SIAT/CBPR, 2009.

O principal efeito direto é a interferência (diminuição) no metabolismo aeróbico mitocondrial, produzindo ácido láctico, redução do movimento celular corporal (muito sentido pelo sistema nervoso central, clinicamente o paciente apresenta-se confuso mental, sonolento e pouco ou até mesmo não cooperativo), caso o quadro não seja revertido progredirá rapidamente para coma e óbito (CINNGOLANI; HOUSSAY, 2004).

Quanto aos efeitos compensatórios, tem-se a policitemia (aumento no número de eritrócitos – hemoglobina, ocorre através da detecção pelos rins da pequena quantidade de oxigênio no sangue arterial, o que estimula a eritropoietina, aumentando dessa forma, os eritrócitos, o que facilita o transporte de oxigênio, mas pode ocasionar sobrecarga cardíaca por causa da viscosidade sanguínea), vasoconstrição pulmonar (ocorre o desvio do sangue de regiões pouco ventiladas dos pulmões e mantém o equilíbrio normal da ventilação pulmonar, no entanto, se o quadro de hipoxia não for revertido, e esta generalizar-se nos pulmões, a resistência vascular pulmonar global será aumentada, como o corpo deve manter o fluxo pulmonar, ocorre então à hipertensão pulmonar, isso reflete na fisiologia do coração aumentando o débito cardíaco e causando hipertrofia ventricular direita, podendo levar à insuficiência cardíaca) (DAIVES; BLAKELEY; KIDD, 2002).

Os sinais clínicos de hipoxia são: taquipnéia, dispnéia (respiração intercostal, batimento de asa de nariz, ruídos adventícios – roncos), cianose progressiva, taquicardia, seguida de bradicardia, hipotensão e parada cardíaca (se não revertida a tempo), inquietação, confusão, prostração, convulsão e coma (GANONG, 2006; MOZACHI, 2007). As principais complicações desse quadro clínico são: a cardíaca que se apresenta com pressão venosa central elevada, inchaço (edema) das partes dependentes (principalmente nos tornozelos), hipercapnia – agrava a depressão do funcionamento celular (produzida pela hipoxia), além disso, causa acidose respiratória, que compromete ainda mais o paciente, pois dificulta o metabolismo celular, e coma (DAVIES; BLAKELEY; KIDD, 2002).

A primeira abordagem ao paciente está sistematizada pelo ABCDE da urgência e emergência, onde cada letra corresponde a um cuidado específico, dispondo-se da seguinte maneira: A – garantia de via aérea pérvia e controle da coluna cervical; B – garantia das funções respiratórias (ventilação se necessário); C – pesquisar a existência de sangramentos, realizar homeostasia e observar a perfusão periférica; D – avaliação neurológica; E – exposição do corpo (para pesquisar possíveis lesões) e ambiente (quando o paciente está em

ambiente externo expor apenas o necessário de seu corpo para não causar hipotermia, mas se este está em local quente, livre de correntes de ar, seu corpo poderá ser totalmente exposto) (PORCIDES, 2006; PHTLS, 2007). Neste haverá a descrição detalhada do primeiro item do quesito A da abordagem ao paciente em urgência e emergência.

Com a queda do nível de consciência e conseqüente perda do controle de nervos, como o hipoglosso e o glossofaríngeo, a musculatura da língua tende a relaxar o que acarreta a obstrução das vias aéreas superiores, desencadeando um quadro de dispnéia e possível hipoxia.

Outro quadro clínico bastante comum, que implica em obstrução das vias aéreas, é a convulsão, estado caracterizado como desordem cerebral (envio de estímulos desconexos a todo o corpo), acarretando alterações comportamentais e/ou inconsciência. Os sintomas das crises variam de acordo com a localização da descarga elétrica anormal.

O uso da cânula de Guedel é imprescindível, pois durante a crise convulsiva é comum a ocorrência de episódios de alteração da consciência e, por isso, entende-se: confusão mental ou perda da consciência, e perda do controle muscular e vesical. Um vez que não haja sustentação muscular da língua, esta, obedecendo à gravidade, tende a cair sob a hipofaringe e obstruir as vias aéreas total ou parcialmente. A cânula é também um instrumento protetivo da cavidade oral, dos dentes, lábios e língua do paciente que podem sofrer danos durante a contração muscular involuntária e desordenadas (BORTOLOTTI, 2008).

Como estratégias de desobstrução das vias aéreas, existem manobras manuais básicas de movimentação mandibular (hiperextensão do pescoço e tração da mandíbula) e suporte de outros acessórios, um deles, muito importante e fácil de usar é a cânula de orofaríngea ou de Guedel.

Ambas as técnicas resultam na movimentação da mandíbula anteriormente (para cima) e ligeiramente caudalmente (em direção aos pés), puxando a língua para frente, para fora da via aérea e abrindo a boca. A tração da mandíbula empurra a mandíbula para frente, ao passo que a elevação do queixo puxa a mandíbula. A tração da mandíbula e a elevação do queixo são modificações da tração da mandíbula e da elevação do queixo convencionais. As modificações protegem a coluna cervical do paciente, ao mesmo tempo em que abrem as vias aéreas ao deslocar a língua da faringe posterior. (PHTLS, 2007, p. 124).

Como protocolo, ao abordar um paciente na posição supina e com rebaixamento do nível de consciência, as manobras para garantia das vias aéreas pérvias devem ser implementadas, já que, neste quadro, supõem-se, mesmo que não haja sinais de dificuldade ventilatória, que a língua encontra-se caída na hipofaringe. Neste caso, após as manobras manuais, a cânula de Guedel surge como possibilidade de manutenção da permeabilidade de vias aéreas e de proteção da cavidade oral do paciente, bem como do tubo orotraqueal (PORCIDES, 2006).

Existem dois tipos de cânulas orofaríngeas, a de Guedel (com desenho tubular) e a de Berman (com canais de ventilação ao longo do dispositivo). Ambas as cânulas são dispositivos em forma de J. A cânula de Guedel, abordada neste trabalho, deve ser colocada entre os lábios e estender-se até a faringe do paciente. O bocal da cânula descansa entre os lábios e os dentes, sua parte distal apóia-se na base da língua e região posterior da garganta (prevenindo a queda da língua) e o ar passa do meio externo aos pulmões do paciente através da mesma (ACLS, 2007).

Como cada indivíduo possui uma disposição anatômica diferente, a cânula de Guedel deve adequar-se a cada anatomia a fim de não produzir danos secundários à sua colocação. Para isso, a cânula possui os tamanhos para recém-nascidos, crianças e adultos.



**Figura 2** – Tamanhos da Cânula de Guedel.

**Fonte:** Emergência, 2008.

A técnica para colocação da cânula inicia-se com a medida para saber qual o tamanho ideal para o paciente. Durante esse procedimento, coloca-se a cânula lateralmente ao rosto do cliente, desde o ângulo da mandíbula (abaixo do lóbulo da orelha) até a comissura labial – o tamanho perfeito não deve ser menor ou ultrapassar essa medida. A escolha do tamanho adequado é importantíssima para que o objetivo do uso da cânula seja atingido sem que haja eventuais problemas para o paciente. Caso a cânula seja maior, poderá empurrar a

epiglote para trás e bloquear completamente a passagem de ar, e se o tamanho for menor não haverá deslocamento da língua que poderá ser empurrada para trás (faringe) e também ocluir completamente a passagem de ar, bem como empurrar a cânula para fora da cavidade oral (PORCIDES, 2006; ACLS, 2007; PHTLS, 2007).

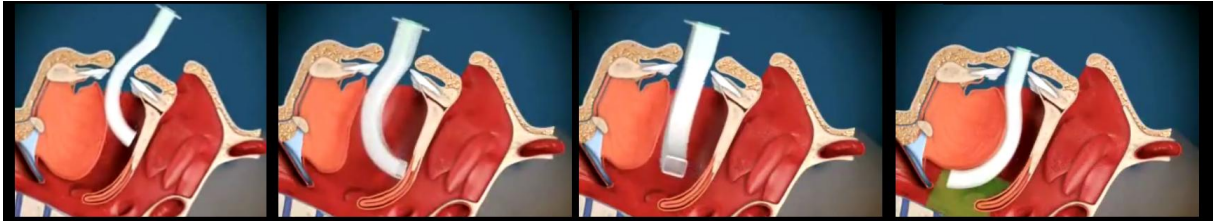


**Figura 3** – Medição do tamanho correto da cânula de Guedel.

**Fonte:** Cânula de Guedel, 2010.

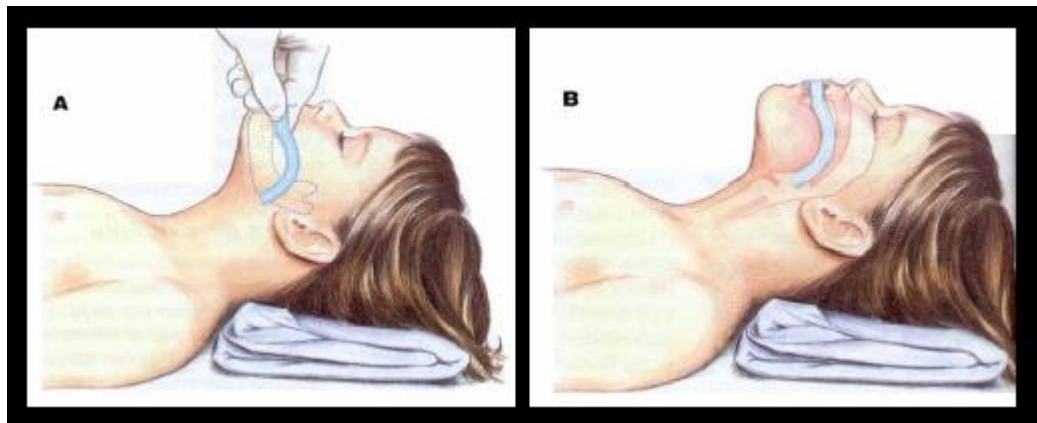
É importante atentar para o nível de consciência do paciente, uma vez que a colocação da cânula orofaríngea em pacientes conscientes ou semi-conscientes pode acarretar vômito, tosse ou laringoespasma (ACLS, 2007).

Uma vez descoberto o tamanho ideal da cânula para o caso em questão a colocação da cânula orofaríngea se dá primeiramente com a abertura das vias aéreas, através da elevação do queixo, seguida pela inserção da cânula, com seu lado côncavo para o palato duro (sem tocá-lo), rotação de 180° graus, para seguir a anatomia da cavidade orofaríngea e dessa maneira possibilitar sua inserção até a faringe. Um abaixador de língua pode ser utilizado com o intuito de impedir que, durante a inserção, a cânula empurre a língua para trás. Em crianças, a cânula é inserida diretamente sobre a língua para prevenir traumatismos secundários em seus dentes e palato (PORCIDES, 2006). “A cânula é rodada até que a sua curvatura interna esteja em contato direto com a língua, afastando-se da parte posterior da faringe. As abas da COF [cânula orofaríngea] devem apoiar-se na superfície externa dos dentes do paciente” (PHTLS, 2007, p. 145).



**Figura 4** – Colocação da Cânula de Guedel em Adulto.

**Fonte:** Cânula Orofaríngea (cânula de Guedel), 2009.



**Figura 5** – Colocação da Cânula de Guedel em Crianças.

**Fonte:** Reanimação Cardio-Pulmonar, 2005.



### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo e de natureza qualitativa. O caráter descritivo ocorreu mediante a descrição detalhada de uma população ou, neste caso, um fenômeno, estabelecendo, para isso, métodos sistemáticos de coleta de dados (GIL, 2002).

Com relação à abordagem qualitativa vale evidenciar que este método é flexível e elástico, moldando-se às variáveis dinâmicas surgidas no decorrer da pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

#### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

O local escolhido para desenvolver o estudo foi o Pronto-Socorro do Hospital Regional Tarcísio Maia – HRTM, tanto por ser este um campo de estágio para diversas Instituições de Ensino Superior – IES de Mossoró-RN, quanto por ser um hospital de referência para atendimentos de urgência e emergência para os municípios que compõem a região oeste.

#### **3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO**

A população escolhida correspondeu aos Enfermeiros de Pronto-Socorro do HRTM. A amostra compreendeu a população em sua totalidade, isto é, os seis Enfermeiros que se enquadram no critério de inclusão, afinal a população é relativamente pequena o que convém realizar a pesquisa em sua totalidade. É conveniente destacar que, no processo de coleta dos dados, houve uma recusa, o que resultou numa amostra de cinco enfermeiros.

#### **3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista estruturada com dados relacionados à temática: cânula orofaríngea como garantia de permeabilidade das vias aéreas e na garantia da integridade física do usuário.

Na observação direta não participante, o pesquisador apenas observou os fatos e os sujeitos envolvidos, sem fazer parte de qualquer ação de competência do grupo observado,

sendo apenas um espectador atento dos fatos (LAKATOS; MARCONI, 2001; RICHARDSON, 2007).

### 3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2010, após aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE, bem como esclarecimento dos sujeitos da pesquisa acerca dos objetivos da pesquisa e subsequente assinatura do TCLE.

Apesar de ser um hospital de referência para os serviços de saúde e, por isso, possuir um papel importante na produção de conhecimento científico, houve bastante resistência de alguns enfermeiros para participar da pesquisa que, por isso, estendeu-se mais do que o que havia sido planejado.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados se deu através da Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre; Lefèvre (2005), e consistiu numa síntese redigida na primeira pessoa do singular, utilizando expressões-chaves, com as mesmas ideias. Este método permitiu representar os achados pela similaridade das respostas. Para tanto, seguiram-se as seguintes etapas: leituras sucessivas dos discursos; análise prévia de decomposição das respostas; seleção das ideias centrais e das expressões-chaves presentes em cada um dos discursos e discussão das ideias centrais.

Para garantir o anonimato dos participantes, estes foram identificados pelo nome Enfermeiro e uma numeração.

A observação direta não participante representou uma análise complementar às entrevistas. Nesta há apenas relato de casos e experiências, sem citar seus participantes.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Todo o delineamento da efetivação da pesquisa foi respaldado na Resolução CNS 196/96, que aborda, tanto sob a ótica individual como da coletividade, os quatro referenciais principais da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e

visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado” (BRASIL, 1996, p.1).

Ainda, como forma de garantir a ética, a autonomia, os direitos e deveres dos pesquisados e dos pesquisadores, a pesquisa obedeceu aos determinantes contidos na Resolução COFEN 311/2007, que trata do código de ética dos profissionais de Enfermagem.

Para garantir a obediência aos aspectos supracitados, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE e recebeu aprovação de protocolo nº 106/2010 e CAAE nº 2989.0.000.351-10.

#### 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste espaço será feita a análise dos dados à luz do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), com base nas falas dos enfermeiros do PS do HRTM. Os resultados obtidos encontram-se dispostos em quadros conforme cada um dos questionamentos contidos no roteiro de entrevista semi-estruturada. Ao término da discussão acerca das entrevistas, será realizada uma explanação dos resultados obtidos mediante observação direta não participativa.

IDEIA CENTRAL - 1	Discursos dos Sujeitos
<p style="text-align: center;"><b>FUNDAMENTAL PARA MANUTENÇÃO DA VIDA</b></p>	<p>Enfermeiro<sub>3</sub> “é fundamental para a gente que trabalha no setor de urgência e emergência, o uso da cânula de Guedel é fundamental para manutenção da vida [...] dentro de um setor de urgência e emergência [...] hospitalar, ela é indispensável”.</p>
IDEIA CENTRAL - 2	Discursos dos Sujeitos
<p style="text-align: center;"><b>PROMOVE ACESSO A VIA AÉREA</b></p>	<p>Enfermeiro<sub>1</sub> “ela é importante porque auxilia na questão das vias aéreas [...]”</p> <p>Enfermeiro<sub>2</sub> “promove um acesso a via aérea”</p> <p>Enfermeiro<sub>3</sub> “[...] uma das medidas que a gente tem pra manter as vias aéreas pérvias, facilitar a respiração é sem dúvida o uso da cânula”.</p>

IDEIA CENTRAL - 3	Discursos dos Sujeitos
<p style="text-align: center;"><b>MANOBRA MENOS AGRESSIVA PARA DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS</b></p>	<p>Enfermeiro<sub>3</sub> “a gente não tá num espaço pré-hospitalar, a gente tá num espaço hospitalar, então a gente não precisa ficar fazendo manobras agressivas para manter a permeabilidade das vias aéreas, tipo deslocar a mandíbula [...] a gente outros mecanismos e um dos mecanismos que a gente tem é o uso da cânula de Guedel”.</p> <p>Enfermeiro<sub>2</sub> “possibilidade de manter o paciente respirando até que se faça um procedimento definitivo como um processo de intubação [...]”.</p>
IDEIA CENTRAL – 4	Discursos dos Sujeitos
<p style="text-align: center;"><b>INCERTEZA ACERCA DE SUA IMPORTÂNCIA E FALTA DE CONHECIMENTO SOBRE O TEMA</b></p>	<p>Enfermeiro<sub>5</sub> “Eu acho que ela é importante [...]”</p> <p>Enfermeiro<sub>1</sub> “Apesar de ser um instrumento muito importante, não é muito usada [...] existe uma certa carência de conhecimento, de habilidade de como usá-la e os critérios para usar, quando se deve usar [...]”</p>

**Quadro 1.** Resposta dos enfermeiros: com relação ao uso da Cânula de Guedel (Cânula Orofaríngea), como você avalia a importância desta no espaço da urgência e emergência? Justifique.

**Fonte:** Pesquisa de campo, 2010.

No quadro 1 foram destacadas as respostas acerca da importância do uso da cânula de Guedel dentro do espaço da urgência e emergência. Como se pode perceber, um enfermeiro afirmou que a CG é fundamental para a manutenção da vida; três associaram sua

importância a permeabilidade das vias aéreas; dois a citaram como uma manobra menos agressiva para desobstruir as vias aéreas e dois relataram incerteza acerca de sua importância e falta de conhecimento no tangente ao uso da CG, critérios para usá-la e momentos em que seu uso se faz necessário.

Neste questionamento, observou-se uma certa divergência acerca da importância do uso da cânula de Guedel, uma vez que as opiniões mostraram-se bastante díspares. A CG surge no espaço da urgência e emergência como uma alternativa fácil e menos agressiva para manter permeabilidade de vias aéreas, facilitar na aspiração de secreções e proteção da cavidade oral do paciente (VIEIRA, TIMERMAN, 1996; LEITÃO, 2009). No entanto, nos discursos acima, não houve nenhuma opinião que relatasse todos esses aspectos, o que demonstra um conhecimento fragmentado acerca do tema.

Ainda houve na amostra, quem não conhecesse a importância do uso da CG, bem como a afirmação de que há de fato uma carência de conhecimentos acerca do tema. Esse fator pode ser um agravante na manutenção da vida de um usuário inconsciente com queda de língua ou com sinais clínicos de obstrução das vias aéreas, já que, em urgência e emergência quanto mais rápido for a estabilização do quadro melhor será o prognóstico do paciente.

O uso da CG é, de fato, fundamental para a manutenção da vida no espaço da urgência e emergência.

Para a enfermagem, a falta de conhecimento acerca da CG também reflete num problema de ordem organizacional da profissão, visto que é bastante comum o relato da falta de autonomia profissional no relacionamento enfermagem/medicina. Sallum (2010) cita a falta de autonomia da enfermagem na urgência e emergência como um dos principais desafios para os profissionais que trabalham nesse setor, no entanto, um equipamento tão simples como a CG tem seu uso ignorado. Dessa forma, os enfermeiros deveriam compreender toda a extensão de seus cuidados e todas as suas possibilidades, visto que num caso onde se julga necessário o uso da cânula, esta pode ser introduzida sem prescrição ou orientação médica, garantindo um caráter mais efetivo no poder de decisão da enfermagem diante da assistência à vida e, dessa forma, maior autonomia profissional.

<b>IDEIA CENTRAL - 1</b>	<b>Discursos dos Sujeitos</b>
<b>NÃO É UTILIZADA</b>	Enfermeiro <sub>1</sub> “Não é utilizada aqui no

	Tarcísio Maia”.
<b>IDEIA CENTRAL - 2</b>	<b>Discursos dos Sujeitos</b>
<b>POUCO UTILIZADA</b>	<p>Enfermeiro<sub>2</sub> “Muito não [...]”</p> <p>Enfermeiro<sub>4</sub> “Sinceramente não, deveria ser mais utilizada”</p> <p>Enfermeiro<sub>5</sub> “É utilizada, mas não muito”</p>
<b>IDEIA CENTRAL - 3</b>	<b>Discursos dos Sujeitos</b>
<b>USO VARIÁVEL DE ACORDO COM O PROFISSIONAL</b>	<p>Enfermeiro<sub>3</sub> “depende de quem tá trabalhando, porque tem pessoas que ainda não sabem utilizar a cânula [...] não sabem [...] medir adequadamente o tamanho da cânula para o paciente [...] não sabem quando utilizar [...] mas quando tem profissionais que sabem utilizar adequadamente, conhecem o tamanho adequado, o momento certo de utilizar, ela é bastante utilizada. Mas depende muito [...] se você tem profissionais ali que não tem um bom conhecimento técnico, científico da coisa, acaba não utilizando”</p>

**Quadro 2.** Resposta dos enfermeiros: ela é muito utilizada no seu ambiente/cotidiano de trabalho?

**Fonte:** Pesquisa de campo, 2010.

No quadro 2: um enfermeiro afirmou categoricamente que a cânula de Guedel não é utilizada no HRTM, três enfermeiros afirmaram que ela é pouco utilizada e um foi enfático ao afirmar que seu uso depende do profissional que está de plantão.

Num Hospital de Urgência e Emergência regional, como o HRTM, ocorre a entrada de pacientes com variados tipos de patologia e sinais e sintomas também variáveis. Mas nesse contexto há uma constante que deveria ser mantida: em quaisquer casos de inconsciência o uso da cânula de Guedel é preconizado, seja com caráter preventivo, no tocante a uma possível obstrução das vias aéreas, ou definitivo (caso de obstrução já instalado).

De acordo com os relatos da maioria dos entrevistados, a CG não é utilizada ou é pouco utilizada no PS do HRTM, fato que contrasta com sua aplicabilidade variável dentro deste setor e sua caracterização como manobra básica fundamental para manutenção da vida na assistência de urgência e emergência (MALVESTIO; SOUSA, 2008).

Ainda há outro agravante relato: o uso da CG é variável de acordo com o perfil profissional e não de acordo com a necessidade do paciente. De acordo com o relato do enfermeiro 3, podem ser criadas as seguintes hipóteses acerca do desuso da CG: ou os profissionais não sabem identificar os quadros em que esta é necessária, ou não conhecem a técnica, ou simplesmente não se lembram de usar a cânula, dando preferência a alternativas definitivas e mais agressivas para manter pérvia a via aérea.

Com uso da CG girando em torno do perfil profissional, e ainda, com seu uso dentro do espaço da urgência e emergência caracterizado como “pouco utilizada ou não utilizada”, cabe o seguinte questionamento: será que a formação profissional dos enfermeiros atende às necessidades do trabalho? Ou ainda, será que os enfermeiros preocupam-se em manterem-se atualizados e conscientes acerca de seus deveres e autonomia profissional?

Em todas as respostas ao questionamento acerca do uso da CG dentro do setor de urgência e emergência, ficou claro que ela é pouco utilizada e que seu uso é subjetivo ao perfil profissional e não às necessidades do paciente, o que reflete numa assistência de enfermagem ineficaz, fato que, por sua vez, determina uma piora na morbidade dos usuários, e na falta de autonomia profissional tão criticada por acadêmicos e enfermeiros.

IDEIA CENTRAL - 1	Discursos dos Sujeitos
<p><b>RISCO DE OBSTRUÇÃO DAS VIAS</b></p>	<p>Enfermeiro<sub>1</sub> “principalmente em acidente ne, em politraumatizado [...] geralmente inconsciente [...]”</p>



<p style="text-align: center;"><b>AÉREAS E DIFICULDADE DE RESPIRAÇÃO</b></p>	<p>Enfermeiro<sub>2</sub> “pacientes que tem dificuldade de respiração [...] que, por muitas vezes, ocorre uma queda de língua que faz obstrução da via aérea”.</p> <p>Enfermeiro<sub>3</sub> “sempre que houver risco de obstrução de orofaringe [...] principalmente por queda de língua [...] o principal caso é sem dúvida o paciente que tem rebaixamento de consciência, então os músculos acabam tendo um relaxamento e nesse muscular a língua cai e faz essa obstrução”</p> <p>Enfermeiro<sub>5</sub> “quando o paciente [...] está inconsciente [...]”</p>
<b>IDEIA CENTRAL - 2</b>	<b>Discursos dos Sujeitos</b>
<p style="text-align: center;"><b>PROTEÇÃO DO PACIENTE E ASPIRAÇÃO DE SECREÇÃO</b></p>	<p>Enfermeiro<sub>1</sub> “[...] a gente acaba colocando pra facilitar a aspiração [...]”</p> <p>Enfermeiro<sub>3</sub> “quando a gente precisa facilitar a aspiração das vias aéreas [...] paciente [...] que tem Glasgow rebaixado pela indução de sedação [...]”</p> <p>Enfermeiro<sub>5</sub> “quando o paciente está intubado, quando ele é epilético e tá tendo crise constante [...]”</p>
<b>IDEIA CENTRAL - 3</b>	<b>Discursos dos Sujeitos</b>
<p style="text-align: center;"><b>INCERTEZA ACERCA DE QUANDO</b></p>	<p>Enfermeiro<sub>4</sub> “eu acho que nos pacientes que</p>

<b>UTILIZAR</b>	estão inconscientes né?”
-----------------	--------------------------

**Quadro 3.** Resposta dos enfermeiros: em quais casos você julga necessária a sua utilização?  
**Fonte:** Pesquisa de campo, 2010.

No quadro 3: quatro enfermeiros apontaram risco de obstrução das vias aéreas e dificuldade na respiração, como sendo a principal indicação da cânula; 3 enfermeiros citação proteção do paciente e aspiração de secreção e um declarou incerteza acerca de quando utilizá-la.

A CG pode ser utilizada em quaisquer casos de inconsciência e suspeita, risco ou obstrução das vias aéreas, bem como para proteção do tubo endotraqueal e da cavidade oral durante crises convulsivas (PIRES; STARLING, 2006; BORTOLOTTI, 2008).

Apesar de possuir aplicabilidade variável, seu principal intuito é de fato manter a permeabilidade das vias aéreas e proteção da cavidade oral.

O fato de não saber identificar os casos onde o uso da cânula se faz necessário pode refletir numa assistência inadequada ou no uso da CG de forma errônea, acarretando mais problemas para o paciente.

A CG é um instrumento extremamente simples e sua técnica de uso também não requer tantos requisitos tecnológicos como outras tantas práticas de enfermagem comuns ao setor de urgência e emergência, no entanto, o fato de haver profissionais que desconhecem ou não sabem identificar os momentos de usar a CG a torna um instrumento desutilizado ou pouco utilizado no setor, como já foi visto no quadro 2. A partir da afirmativa supracitada, fica o seguinte questionamento: a superespecialização da enfermagem possui como consequência lógica o desuso de equipamentos simples (mas de grande aplicabilidade) em prol de procedimentos mais invasivos ou até mesmo mais danosos para o paciente? Até que ponto os enfermeiros dominam a prática do cuidar visando sempre o menor dano e o maior benefício para o paciente?

O uso da CG, nos momentos e casos corretos, compõe um passo importantíssimo para manter a permeabilidade das vias aéreas e, dessa forma, melhorar a morbi mortalidade dos pacientes. Mas seu uso apenas é viável diante do conhecimento profundo acerca do assunto.

IDEIA CENTRAL - 1	Discursos dos Sujeitos
<p style="text-align: center;"><b>MANTER PERMEABILIDADE DE VIAS AÉREAS E ASPIRAÇÃO DE SECREÇÃO</b></p>	<p>Enfermeiro<sub>1</sub> “serve pra [...] abrir as vias aéreas”</p> <p>Enfermeiro<sub>3</sub> “absolutamente, manter as vias aéreas pérvias [...] evitar que a orofaringe [...] seja obstruída por alguma coisa e isso venha a impossibilitar a ventilação”</p>
IDEIA CENTRAL - 2	Discurso dos Sujeitos
<p style="text-align: center;"><b>PROTEÇÃO DO PACIENTE</b></p>	<p>Enfermeiro<sub>5</sub> “prevenir o paciente de alguns danos que o próprio trauma ou a própria patologia pode causar [...]”</p>
IDEIA CENTRAL - 3	Discursos dos Sujeitos
<p style="text-align: center;"><b>INCERTEZA</b></p>	<p>Enfermeiro<sub>4</sub> “não sei”</p>

**Quadro 4.** Resposta dos enfermeiros: Qual (is) o (os) intuito (os) da utilização da Cânula de Guedel?

**Fonte:** Pesquisa de campo, 2010.

No quadro acima, acerca do intuito do uso da CG, houve as seguintes respostas: 2 enfermeiros citaram como intuito principal manter permeabilidade de vias aéreas e aspirar secreções; 1 enfermeiro citou a proteção do paciente e 1 declarou não saber pra que a CG é utilizada.

De acordo com Garzon (2008), a CG é indicada para manter permeabilidade de vias aéreas, proteger a cavidade oral e facilitar na aspiração de secreções. Então o depoimento dos enfermeiros corrobora com a opinião do autor.

O fato de um enfermeiro desconhecer o intuito do uso da CG reflete no seu desuso dentro do setor, e ainda, de acordo com os relatos acima, não houve nenhum enfermeiro capaz

de afirmar todos os intuitos do uso da cânula, fato que também possui como consequência desuso ou o pouco uso da cânula dentro do PS do HRTM.

IDEIA CENTRAL – 1	Discursos dos Sujeitos
<p style="text-align: center;"><b>CONHECIMENTO DA TÉCNICA ESPECÍFICA</b></p>	<p>Enfermeiro<sub>1</sub> “existe uma técnica específica. Você posiciona ela ao contrário, de cabeça pra baixo, introduz entre a língua e o palato e vai introduzindo girando a cânula até que ela se encaixe [...] entre a língua e o palato e fique apenas a borda entre os dentes”.</p> <p>Enfermeiro<sub>2</sub> “existe a técnica específica, a gente geralmente coloca ela [...] no sentido contrário [...] e na medida que a gente vai introduzindo na boca a gente vai virando pra que ela se adapte a língua e faz com que realmente ela fique com a via aberta”.</p> <p>Enfermeiro<sub>3</sub> “é... inicialmente observando [...] o tamanho adequado da cânula que a gente vai utilizar [...] faz-se uma medicação do queixo até a orelha [...] e ela tem uma curvatura, a gente faz essa curvatura no, paciente adulto essa curvatura entra primeiro virada pra cima pro palato [...], quando ela chega a nível de orofaringe a gente faz a inversão dela [...] fazendo com que essa curvatura se volte pra baixo, e [...] termina a introdução protegendo a língua. Numa criança a gente já não faz isso, a gente já faz a introdução com a curvatura virada pra</p>

	baixo”
<b>IDEIA CENTRAL – 2</b>	<b>Discursos dos Sujeitos</b>
<b>INCERTEZA OU DESCONHECIMENTO DA TÉCNICA</b>	<p>Enfermeiro<sub>5</sub> “a técnica é a que tá nos livros, mas assim, no dia-a-dia a gente vai aprendendo uma técnica própria né?! [...] a gente vai aprendendo a manusear, como é mais fácil colocar, então vai de pessoa a pessoa né isso”</p> <p>Enfermeiro<sub>4</sub> “com certeza deve ter uma técnica específica né?!”</p>

**Quadro 5.** Resposta dos enfermeiros: como se faz a introdução desta? Existe alguma técnica específica? Qual?

**Fonte:** Pesquisa de campo, 2010.

Para esse questionamento, a maioria dos enfermeiros citou existir uma técnica específica; três dos entrevistados descreveram a técnica, e dois transpareceram incerteza ou desconhecimento da técnica específica.

De acordo com PHTLS (2007) a técnica para colocação da cânula consiste em: inseri-la com a cavidade voltada para o palato e girá-la fazendo um ângulo de 180 graus, deixando-a então, repousar sob a língua. Quando se trata de uma criança, a cânula é colocada diretamente com sua curvatura para baixo. A opinião do autor concorda com o enfermeiro 3, único a distinguir a técnica para adultos e crianças.

A descrição dos enfermeiros 1, 2 e 3 apresentam variações na descrição da técnica, mas estas são irrelevantes. No entanto, o enfermeiro 5 admitiu possuir uma “técnica própria”, afirmando ainda que a técnica “varia de pessoa a pessoa”. Esse posicionamento pode colocar em risco tanto o profissional quanto o usuário, uma vez que, ao utilizar uma técnica errada, o enfermeiro se compromete com os órgãos reguladores da profissão e o usuário pode sofrer conseqüências graves.

Diante do relato do enfermeiro 5, vale questionar: será que algumas técnicas do dia-a-dia não podem estar ferindo algumas técnicas de biossegurança? E será que o enfermeiro pode tomar a prática como único norteador de procedimentos e condutas profissionais?

Biossegurança é definida como “um processo funcional e operacional de fundamental importância em serviços de saúde [...] é um processo progressivo, que não inclui conclusão em sua terminologia, pois deve ser sempre atualizado e supervisionado” (OPPERMANN; PIRES, 2003, p.5). Dessa forma, o cotidiano profissional não deve nunca suplantiar a ideia de biossegurança, bem como seu caráter contínuo e progressivo, e sua constante necessidade de atualização e supervisão, sempre com o intuito de fornecer a maior proteção possível, tanto paciente como profissional.

O relato do enfermeiro 4 transparece o desconhecimento total da técnica de uso para a CG, fator preocupante para a enfermagem como classe trabalhista (autonomia profissional), para a enfermagem assistencial e, dessa forma, possíveis prejuízos para o paciente (o desconhecimento significa uso incorreto, desuso da CG, ou ainda, uso da CG subjetivo não às necessidades do paciente, mas sim às características do profissional em questão, como já foi visto no quadro 2, ideia central 3.

IDEIA CENTRAL - 1	Discursos dos Sujeitos
<p align="center"><b>SIM, POR CONHECER A TÉCNICA E AUTONOMIA PROFISSIONAL</b></p>	<p>Enfermeiro<sub>1</sub> “sim, por [...] por saber utilizar e saber a importância e saber como é utilizada”.</p> <p>Enfermeiro<sub>2</sub> “[...] sim, eu já coloquei e coloco sempre quando é necessário. Quando eu vejo [...] que o paciente tem dificuldade de respirar [...] antes até do profissional médico chegar [...] que a cânula de Guedel vai resolver o problema pelo menos parcialmente [...]”.</p> <p>Enfermeiro<sub>3</sub> “bastante a vontade e utilizo bastante também, me sinto a vontade porque é um procedimento que não demanda prescrição médica certo, é um cuidado básico</p>

	<p>de vida [...] de suporte mesmo, [...] tenho conhecimentos de anatomia que me dão segurança na utilização disso, tenho conhecimento da técnica que me dá segurança. é... e sei que [...] a cânula de Guedel, faz parte de um conjunto de conhecimentos básicos no trabalho de urgência e emergência”</p> <p>Enfermeiros<sub>5</sub> “sim, me sinto, quando eu chego pra receber um paciente que ele tá, digamos assim, ele tá em ventilação mecânica e que a língua dele tá um pouco dependurada [...] você dá esse suporte pra que ele respire melhor [...] pra o tubo fica, até melhor [...] caso se o paciente tiver só inconsciente, mas não tiver intubado, abre as vias aéreas né, deixa passar melhor a ventilação, então, é isso né”.</p>
<b>IDEIA CENTRAL - 2</b>	<b>Discursos dos Sujeitos</b>
<b>NÃO, POR NÃO CONHECER A TÉCNICA</b>	<p>Enfermeiro<sub>4</sub> “não, porque eu não tenho conhecimento muito profundo sobre o assunto”</p>

**Quadro 6.** Resposta dos enfermeiros: você, na condição de enfermeiro, sente-se a vontade para utilizar esta cânula quando julga necessário? Justifique.

**Fonte:** Pesquisa de campo, 2010.

O quadro 6 trata do sentimento da enfermagem no tangente ao uso da CG, para ele houve as seguintes respostas: 4 enfermeiros afirmaram sentirem-se a vontade para usá-la, e o principal critério para justificar esse fato foi o conhecimento da técnica adequada, dos casos em que a CG se faz necessária e a autonomia profissional quanto aos critérios de decisão e

inserção para colocar a CG; Apenas 1 enfermeiro afirmou não se sentir a vontade, por não conhecer profundamente o assunto em questão.

O sentimento vivo pelos enfermeiros quando há a oportunidade de usar a CG é muito importante para que seu uso seja de fato viável, no entanto, as respostas obtidas no questionamento do quadro 6 contrapõe as do quadro 2, uma vez que, apesar da maioria dos enfermeiros afirmarem sentir-se a vontade para usar a CG, ela ainda é pouco utilizada no setor. Devido a essa incoerência de respostas, podem-se criar as seguintes hipóteses: ou os enfermeiros não estão preparados para de fato reconhecerem os casos onde a CG deve ser utilizada, e por isso não a utilizam, ou a consideram obsoleta, e dão vazão a procedimentos mais comuns ao setor.

- OBSERVAÇÃO DIRETA NÃO PARTICIPATIVA

Durante a observação foi possível detectar algumas incompatibilidades entre os discursos e a realidade, tais divergências serão relatadas neste tópico.

Em todo o período de convivência no PS do HRTM foi possível observar casos onde a CG tinha seu uso indicado<sup>1</sup>, isso porque é bastante comum a entrada de pacientes inconscientes no HRTM, no entanto, não presenciei nenhuma situação onde a CG tenha sido utilizada, nem mesmo nos casos em que o paciente já chegava inconsciente e com todos os sinais clínicos de que havia uma obstrução de vias aéreas.

---

<sup>1</sup> Com base em avaliação realizada pela própria pesquisadora.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de estudos acerca da cânula de Guedel promoveu uma reformulação dos conceitos da pesquisa, uma vez que este dispositivo é, sem dúvida, um instrumento fundamental para a enfermagem, mais precisamente do setor de urgência e emergência, no entanto não há trabalhos que enfatizem seu uso ou até mesmo descrevam sua importância no meio, o que levou ao seguinte pensamento: até que ponto os enfermeiros conhecem seus instrumentos de trabalho e respeitam o uso de técnicas simples, e com menos danos, em detrimento a técnicas mais invasivas. A enfermagem é uma profissão fundamentada no cuidado e, para isso, obedece a protocolos e técnicas pré-estabelecidas e embasadas na biossegurança, no entanto é imprescindível que não se tornem obsoletos equipamentos tão simples e fundamentais para a manutenção da vida como a CG.

Durante a pesquisa houve bastantes controvérsias percebidas no discurso dos enfermeiros, uma delas é a afirmação feita por 80% dos entrevistados, de conhecerem a cânula e sua importância no setor, no entanto seu desuso foi justificado como falta de conhecimento profissional acerca da temática.

O principal uso da CG foi, sem dúvida, relatado como: manutenção da permeabilidade de vias aéreas, mas houve também quem citasse: facilitar na aspiração de secreções, proteção da cavidade oral, alternativa de técnica fácil. Todos os intuitos supracitados estão coerentes com a literatura estudada, mas não com a realidade, uma vez que um instrumento de tão fácil técnica e de vastas indicações é pouco ou não é utilizado no setor. A falta de uso da CG num setor de urgência e emergência pode influir diretamente na morbimortalidade de pacientes viáveis, mas passivos de manobras pontuais que mantivessem pérvias suas vias aéreas.

A maior parte dos enfermeiros afirmou conhecer a técnica para colocação da CG e a descreveu corretamente, não apresentando variações importantes. Apenas um dos entrevistados diferenciou a técnica para crianças e adultos, um não soube descrevê-la e um admitiu possuir uma técnica própria, adquirida no dia-a-dia. Apesar de possuir um manuseio fácil, o uso da CG obedece a protocolos que visam sempre maior segurança e o melhor resultado possível para o paciente. A variação desses protocolos pode indicar que a CG está sendo mal utilizada e talvez, até por isso, haja um menor uso (ou desuso) deste equipamento, uma vez tais variações geram uma insegurança acerca da técnica correta limitando a autonomia profissional do enfermeiro.

Um dos relatos que mais chamou a atenção foi o fato do uso da CG está atribuído ao perfil profissional e não às necessidades do paciente. Como um instrumento capaz de salvar vidas pode ter seu uso condicionado pelo perfil profissional? Onde estão os enfermeiros comprometidos com a manutenção da vida utilizando, para isso, todos os meios disponíveis no serviço? O fato da CG ser utilizada dependentemente do profissional que está de plantão mostra a fragilidade da enfermagem enquanto produtora, detentora e distribuidora de conhecimento, já que, a relação entre o uso da CG e o perfil profissional foi justificada por haver profissionais detentores e não detentores de conhecimentos acerca do assunto.

Por fim, julga-se como atingido o objetivo da pesquisa (analisar a compreensão dos enfermeiros que atuam no Pronto-Socorro sobre a CG, tomando como referência seu uso na manutenção da permeabilidade de vias aéreas e na garantia da integridade física do usuário), no entanto a temática ainda precisa ser muito discutida, com o intuito de enfatizar o seu uso e permitir que os enfermeiros desfrutem da autonomia profissional existente no uso de equipamentos tão importantes como a CG e que não necessitam de prescrição médica.

## REFERÊNCIAS

ACLS. **Emergências em Cardiologia**: suporte avançado de vida em cardiologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

AIRES, M. M.; CASTRUCCI, A. M. L. (col) et al.; **Fisiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BACELAR, S. et al. **Expressões Médicas**: falhas e acertos. Faculdade de Medicina – Hospital Universitário de Brasília – Centro de Pediatria Cirúrgica. 2010. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/linguagemmedica.pdf>>. Acesso em: 31. Abr. 2010.

BERNE, R, M. et al. **Fisiologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BORTOLOTTI, F.. **Manual do Socorrista**. Porto Alegre: Expansão Editorial, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996. Disponível em: <[www.pucminas.br/documentos/pesquisa\\_cns.pdf](http://www.pucminas.br/documentos/pesquisa_cns.pdf)>. Acesso em: 12 Jun. 2010.

CAMBIER, J.; MASSON, M.; DEHEN, H. **Neurologia**. 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

**Cânula de Guedel**. 2010. Disponível em: <<http://www.yoomp.com/blogs/18777/feeds/%C2%A0/417829/C%C3%A2nula%20de%20Guedel>> Acesso em: 07. Nov. 2010.

**Cânula Orofaríngea** (cânula de Guedel), 2009. Disponível em: <<http://www.escristiano.com/videos/1mvmMfv048s/canula-orofaringea-canula-de-guedel.html>> Acesso em: 07. Nov. 2010.

CARLSON, B. M. **Embriologia Humana e Biologia do Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

CINNGOLANI, H. E.; HOUSSAY, A. B. **Fisiologia Humana de Houssay**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A.. **Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

DAVIES, A.; BLAKELEY, A. G. H.; KIDD, C. **Fisiologia Humana**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

**Emergência**. 2008. Disponível em: < <http://www.emergencia.com/foro/showthread.php?t=22280> > Acesso em: 07. Nov. 2010.

GANONG, W. F. **Fisiologia Médica**. 22. ed. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006.

GARCIA, S. M. L.; FERNÁNDEZ, C. G. **Embrilogia**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

GARDNER, E. G., D. J.; O'RAHILLY, R. **Anatomia**: estudo regional do corpo humano – métodos de dissecação. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.

GARZON, E. Estado do Mal Epilético. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**. São Paulo, v.2, n.14, p. 7-11, Julho 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jecn/v14s2/v14s2a02.pdf> > Acesso em: 07. Nov. 2010.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas S.A. 2002.

GOSS, C. M. GRAY - **Anatomia**. 29. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GUYTON, A. C. **Fisiologia Humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul: EducS, 2005.

LEITÃO, F. B. P. **Anestesia e Reanimação**. São Paulo: Manole, 2009. Disponível em: < [http://books.google.com.br/books?id=tMleVpUdxJ4C&pg=PA94&dq=CANULA+DE+GUEDEL&hl=pt-BR&ei=tZPXTOy-NYLG1Qe4ruX8CA&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=2&ved=0CDIQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.br/books?id=tMleVpUdxJ4C&pg=PA94&dq=CANULA+DE+GUEDEL&hl=pt-BR&ei=tZPXTOy-NYLG1Qe4ruX8CA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CDIQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false) > Acesso em: 07. Nov. 2010.

MALVESTIO, M. A. A.; SOUSA, R. M. C. Sobrevivência após acidentes de trânsito: impacto das variáveis clínicas e pré-hospitalares. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.4, n. 42, p. 639-647, Março 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6529.pdf> > Acesso em: 07. Nov. 2010.

MANTOVANI, M. **Suporte Básico e Avançado de Vida no Trauma**. São Paulo: Atheneu, 2005.

**Manual de Atendimento Pré-Hospitalar** – SIAT/CBPR, 2009, p.105. Disponível em: < <http://www.scribd.com/doc/6584384/Cap08-Vias-Aereas> > Acesso em: 07. Nov. 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MOZACH, N. **O Hospital: manual do ambiente hospitalar**. 9. ed. Curitiba: Os autores, 2007.

NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. **A Neurologia que Todo Médico Deve Saber**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

OPPERMANN, C. M.; PIRES, L. C. **Manual de Biossegurança para Serviços de Saúde**. Porto Alegre: PMPA/SMS/CGVS, 2003. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/manualbiosseguranca.pdf> > Acesso em: 07. Nov. 2010.

PERSUAD, M. **Embriologia Básica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

PHTLS. **Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

PIRES, M. T. B.; STARLING, S. V. **Manual de Urgências em Pronto-Socorro**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORCIDES, A. J. et al. **Manual do Atendimento Pré-Hospitalar – SIATE/CBPR**. Curitiba: 2006. Disponível em: < <http://www.scribd.com/doc/7339291/Manual-de-to-PrC3A9Hospitalar-APH-28completo29> >. Acesso em: 16. Abr. 2010.

PUTZ, R. PABST, R. **Atlas de Anatomia Humana Sobotta**. Vol. 1. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

**Reanimação Cardio-Pulmonar**, 2005. Disponível em: <  
<http://www.santacasasp.org.br/PCR.pdf> > Acesso em: 07. Nov. 2010.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

SALLUM, A. M. C. Competência do Enfermeiro na Emergência. Brasil: **Revista Nursing**, 2010. Entrevista concedida a Vanessa Navarro. Disponível em: <  
<http://www.nursing.com.br/article.php?a=1002> > Acesso em: 07. Nov. 2010.

TORTORA, G. J.; GRABOWSKI, S. R. **Princípios da Anatomia e Fisiologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VIEIRA, S. R. R.; TIMERMAN, A. Consenso Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. V. 66, n. 6, p. 375-401, 1996. Disponível em: <  
<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/1996/6606/66060010.pdf> > Acesso em: 07. Nov. 2010.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### ***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO***

Esta pesquisa é intitulada “**Uso da cânula orofaríngea como garantia de permeabilidade das vias aéreas no pronto-socorro de um Hospital Geral**”, e está sendo desenvolvida por Amanda Moraes de Sousa, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE sob a orientação do Professor Esp. José Rodolfo Lopes de Paiva Cavalcanti. A mesma apresenta os seguintes objetivos geral e específicos, respectivamente: analisar a compreensão dos enfermeiros que atuam em Pronto-Socorro de um Hospital Geral sobre o uso da Cânula Orofaríngea, tomando como referência seu uso na manutenção de permeabilidade de vias aéreas e na garantia da integridade física do usuário; avaliar, na compreensão dos enfermeiros entrevistados, o conhecimento sobre o uso da cânula orofaríngea; analisar, na compreensão dos enfermeiros entrevistados, as bases anatomofisiológicas envolvidas no uso da cânula orofaríngea; averiguar, na compreensão dos enfermeiros entrevistados, a necessidade do aporte do uso da cânula orofaríngea no usuário.

Informamos que o referido estudo não apresenta nenhum risco aparente, aos participantes e que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista, o (a) senhor (a) responderá a algumas perguntas relacionadas com o uso da Cânula de Guedel. Todas as entrevistas serão gravadas por gravador em formato MP3. As mesmas farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a responder ou fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor (a) na realização desta pesquisa.



---

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinado por mim e pelos pesquisadores.

Mossoró, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2010.

\_\_\_\_\_  
Prof. Esp. José Rodolfo Lopes de Paiva Cavalcanti (Pesquisador responsável) <sup>2</sup>

\_\_\_\_\_  
Amanda Moraes de Sousa (Pesquisadora participante) <sup>3</sup>

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

---

<sup>2</sup> Pesquisador Responsável. Endereço: Avenida Presidente Dutra, Nº 49, Conjunto Liberdade II. Mossoró – RN, CEP: 59625-000. Telefone: (84) 3312-1971. Email: [zerodolfo@hotmail.com](mailto:zerodolfo@hotmail.com)

<sup>3</sup> Pesquisadora Participante: Endereço: Rua Miguel Antônio da Silva Neto, Nº 64, Bairro Aeroporto. Mossoró – RN, CEP: 59.607-360. Telefone: (84) 3061 – 5253. Email: [amanda-moraes-@hotmail.com](mailto:amanda-moraes-@hotmail.com)

## **APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA GUIADA**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA GUIADA**

- 1) Com relação ao uso da Cânula de Guedel (Cânula Orofaríngea), como você avalia a importância desta no espaço da urgência e emergência? Justifique.
- 2) Ela é muito utilizada no seu ambiente/cotidiano de trabalho?
- 3) Em quais casos você julga necessária a sua utilização?
- 4) Qual (is) o (os) intuito (os) da utilização da Cânula de Guedel?
- 5) Como se faz a introdução desta? Existe alguma técnica específica? Qual?
- 6) Você, na condição de enfermeiro, sente-se a vontade para utilizar esta cânula quando julga necessário? Justifique.

## **ANEXO**

**FACULDADES DE ENFERMAGEM  
E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA**

FACENE  
FAMENE

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no  
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no  
DOL de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.

**CERTIDÃO**

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 3ª Reunião Extraordinária realizada em 03/08/10 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "Uso da cânula orofaríngea como garantia de permeabilidade das vias aéreas em pronto-socorro de um hospital geral", protocolo número: 106/2010 e CAAE: 2989.0.000.351-10 do orientador: José Rodolfo Lopes de Paiva Cavalcante e da aluna: Amanda Morais de Sousa.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/11/10, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 30 de Agosto de 2010

Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda

Ata Lúcia do Nascimento Pereira  
Vice-Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE