

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ENIRALDO CAMBRAIA ALVES**

**PROPOSTA INICIAL DE ATUALIZAÇÃO PARA ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE  
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA, UNIDADES DE SUPORTE AVANÇADO E  
UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO DOS MUNICÍPIOS DE MACAPÁ E SANTANA,  
PARA UTILIZAÇÃO DA MÁSCARA LARÍNGEA**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ENIRALDO CAMBRAIA ALVES**

**PROPOSTA INICIAL DE ATUALIZAÇÃO PARA ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA, UNIDADES DE SUPORTE AVANÇADO E UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO DOS MUNICÍPIOS DE MACAPÁ E SANTANA, PARA UTILIZAÇÃO DA MÁSCARA LARÍNGEA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Urgência e Emergência Tecnologia de Educação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Dra Kátia Cilene Godinho Bertoncello**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PROPOSTA INICIAL DE ATUALIZAÇÃO PARA ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA, UNIDADES DE SUPORTE AVANÇADO E UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO DOS MUNICÍPIOS DE MACAPÁ E SANTANA, PARA UTILIZAÇÃO DA MÁSCARA LARÍNGEA** de autoria do aluno **ENIRALDO CAMBRAIA ALVES** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área URGENCIA E EMERGÊNCIA - Tecnologia de Educação.

---

Profa, Dra, Kátia Cilene Godinho Bertoncello  
Professora Orientadora

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a vocês que sempre me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos e trabalharam muito para que eu pudesse realizá-los.

A vocês Jurema, Felipe e Davi companheiros no amor, na vida e nos sonhos, que sempre me apoiaram nas horas difíceis e compartilharam comigo as alegrias.

## **AGRADECIMENTOS**

Registro meus agradecimentos a todos os que compartilharam o trilhar de mais esse caminho percorrido, contribuindo, direta e indiretamente, para que eu realizasse esta pesquisa, auxiliando-me e dando-me forças nos momentos em que mais precisei.

Minha gratidão, em primeiro lugar, a Deus, por estar comigo em todos os momentos e iluminando-me, sendo meu refúgio e fortaleza nos momentos mais difíceis. A ele, minha eterna gratidão.

Agradeço, especialmente, à minha família, pelo apoio para que eu concretizasse essa pesquisa: que sempre estiveram ao meu lado, entendendo-me nos momentos de ausência, dando-me apoio e carinho.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>10</b>
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>15</b>
<b>5 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>16</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>18</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Desenho da Máscara Laríngea .....	12
Figura 2. Máscara Laríngea .....	12
Figura 3. Máscara Laríngea Reutilizável .....	12
Figura 4. Máscara Laríngea Descartável .....	13
Figura 5. Etapas da inserção da Máscara Laríngea .....	13

## RESUMO

Objetivou-se apresentar uma proposta inicial de atualização para Enfermeiros do Serviço de Atendimento móvel de Urgência, Unidades de Suporte Avançado e Unidade de Suporte Básico dos municípios de Macapá e Santana, para utilização da máscara laríngea. O produto é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido – Tecnologia de Educação. O estudo foi realizado nas bases central do SAMU metropolitano do Amapá e Bases descentralizadas do município de Macapá e Santana. Na base central estão lotados os enfermeiros que atuam nas Unidades de Suporte Avançados (USA) e nas bases descentralizadas estão lotados os enfermeiros que atuam nas Unidades de Suporte Básicos (USB) totalizando 3 USBs, sendo duas no município de Macapá (base norte e base sul) e 1 no município de Santana. No total tem-se 50 enfermeiros no SAMU de Macapá e Santana, distribuídos: 22 enfermeiros nas USB no município de Macapá, 18 enfermeiros na USA e 10 na USB município de Santana. Prestando cuidados no APH diariamente tanto casos clínicos e trauma. Conteúdo: Apresentação da Máscara Laríngea; Inserção da Máscara Laríngea (Técnica); Indicações Clínicas para o uso da Mascara Laríngea; Aspectos Éticos e Legais para Enfermeiros no Uso da Máscara Laríngea. Considerou-se necessário o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os benefícios advindos do correto manuseio da máscara laríngea em situações de parada cardiorrespiratória, principalmente o Enfermeiro. Bem como é recomendável a divulgação dessa temática para os alunos de graduação em Enfermagem, pois serão os nossos futuros Enfermeiros.



## 1 INTRODUÇÃO

A sobrevivência do paciente com parada cardiorrespiratória (PCR) depende das condições, da causa e da instituição efetiva e precoce das manobras de suporte básico e avançado de vida, incluindo o manejo correto da via aérea (TIMMERMAN et al, 1998, CAPOVILLA, 2002).

A intubação traqueal (IT) é o procedimento mais utilizada para estabelecer uma via aérea definitiva, sendo considerado o “padrão ouro” na proteção da via aérea. No Brasil a IT é realizada por profissionais médicos, que devem ser treinados, tendo em vista que requer habilidade e destreza, que se obtém e é mantida com a prática constante.

Na tentativa de solucionar a dificuldade da realização da IT, que muitas vezes pode ocorrer mesmo com profissionais experientes, foram desenvolvidos dispositivos supraglóticos, como por exemplo: a Máscara Laríngea (ML) e o Combitube (CT), que podem ser utilizados em situações de emergência, seja no ambiente hospitalar, como no pré-hospitalar (CHELLEL, 2000).

Um dos dispositivos, atualmente recomendados, para utilização pelos profissionais durante a RCP é a máscara laríngea, a qual consiste em um tubo semelhante ao endotraqueal, com uma máscara inflável na extremidade distal, apropriada para adaptação à faringe posterior, selando a região da base da língua e da abertura laríngea. Mais recentemente, tem recebido atenção especial como ferramenta para o manejo de vias aéreas difíceis (BROCATO e KETT, 1998).

A Máscara Laríngea é um dispositivo desenvolvido para o manuseio supraglótico das vias aéreas, podendo ser considerado como funcionalmente intermediário entre a máscara facial e o tubo traqueal, dispensando o uso de laringoscópio, ou instrumentos especiais para sua inserção. Corretamente posicionada, a face convexa posterior da ML estará em contato com a parede da faringe e a anterior, sobreposta às estruturas supraglóticas (laringe), de forma a permitir a ventilação. Sua ponta se aloja sobre o esfíncter esofágico superior (BROCATO, 1998 apud PERDESOLI, 2009).

As MLs se apresentam nas formas reutilizável e descartável, esta última em embalagem individual esterilizada. Deve se dar preferência às máscaras laríngeas isentas de látex. A ML é

considerada um recurso alternativo em situações de emergência para realizar ventilação pulmonar e pode ser utilizada antes da inserção do tubo endotraqueal em substituição à máscara facial (PEDERSOLI, 2009).

Inicialmente a ML foi empregada em casos onde a anestesia poderia ser conduzida com o uso de máscara facial. Em substituição do tubo traqueal com vantagens, respeitadas suas limitações. Recentemente seu uso tem sido estudado em situações de emergência e reanimação, principalmente com os modelos descartáveis (MURRAY et al, 2002).

No que tange ao Suporte Básico da Vida (BLS) em adultos, a ML é recomendada como uma alternativa ao sistema bolsa-válvula-máscara facial e é considerada a primeira escolha para assegurar via aérea para reanimadores que não estão treinados para intubação traqueal. No Suporte Avançado da Vida em adultos (ACLS), a ML é recomendada como um dispositivo Classe IIb, definida como intervenção aceitável e possivelmente útil, sendo uma indicação nos casos de intubação traqueal difícil (JENNINGS e LOAN, 2001).

Atuar em emergência requer dos profissionais intervenções rápidas e eficazes em suas tomadas de decisões. Prática Baseada em Evidências (PBE) preconiza aplicação de resultados de pesquisas na prática, sendo a abordagem metodológica relevante na busca de subsídios frente à complexidade do cuidado. De acordo com os estudos, a ML mostrou-se de fundamental importância no controle da via aérea, seu uso é recomendado, mas é necessário treinamento para tal.

Cabe ressaltar que as diretrizes da *American Heart Association* (AHA) publicadas em 2010 caracterizam a máscara laríngea como via aérea avançada na RCP, reconhecendo-a como um instrumento de grande valia. Assim, é necessária, a incorporação dessa prática pelo enfermeiro, devidamente capacitado.

Escolheu-se este tema pela necessidade de um conhecimento mais profundo sobre o assunto, levando em consideração que este estudo poderá trazer benefícios, tanto para estudantes que buscam conhecimentos sobre o assunto, quanto para profissionais que estão lidando diretamente com os pacientes que necessitam de tal procedimento nas situações de emergência, como a parada cardiorrespiratória, e a utilização da Máscara Laríngea.

Frente a este contexto, o objetivo deste estudo foi: apresentar uma proposta inicial de atualização para Enfermeiros do SAMU, USA e UBS para a utilização da Máscara Laríngea.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O controle da via aérea em emergências é fundamental na atuação do enfermeiro. A intubação orotraqueal é padrão-ouro na parada cardiorrespiratória (PCR), mas essa intervenção é frequentemente restrita ao médico. Dispositivos alternativos como a máscara laríngea têm sido recomendados pelas diretrizes da American Heart Association (AHA). A Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma abordagem que incorpora evidências oriundas de pesquisas, a competência clínica do profissional e preferências do paciente para a tomada de decisão sobre a assistência à saúde (PERDESOLI, 2009).

Desde o seu lançamento há poucos anos a ML, tem sido amplamente aceita como uma via aérea artificial de uso generalizado e comum em anestesia e no manuseio da via aérea difícil. Há numerosos relatos de casos de situações clínicas divulgadas em que a ML salvou a vida de pacientes nos quais a intubação era extremamente difícil e a ventilação por máscara facial impossível. A ML sem dúvida tem provado que tem um papel primordial no manuseio da via aérea difícil ou impossível (MELHADO, 2005).

Diante destes fatos evidencia-se a importância da utilização da ML em todos os hospitais e centros de saúde em que existe a possibilidade de uma situação de reanimação respiratória visto que esta faz parte do *rol* de equipamentos de reanimações. É indispensável o treino do uso da ML de todo potencialmente envolvidos em situações de reanimação cardiorrespiratória, incluindo todo o pessoal dos serviços de emergência, unidade de tratamento intensivo, salas de recuperação, salas de operação (MELHADO, 2005).

O enfermeiro detém o potencial de ser um importante elemento da equipe de saúde, já que possui competência técnica, institucional e legal para iniciar os procedimentos de RCP, de forma que deverá estar familiarizado e capacitado para executar tais manobras, atendendo às diretrizes estabelecidas pela *American Heart Association* (AHA, 2010).

Ao se considerar a ML como um dispositivo alternativo à IT, para obtenção de uma via aérea segura ao paciente em situação de emergência, poucos estudos sobre o uso desse dispositivo em RCP do tipo *European Resuscitation Council* (ECRC) no ambiente pré-hospitalar

foram encontrados, sendo essa a limitação dessa revisão. Mesmo reconhecendo a dificuldade da realização de estudos de intervenção em situações de RCP, sobretudo, em condições adversas no atendimento pré-hospitalar, esperava-se encontrar um maior número de estudos.

As diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar publicadas em 2000, pela AHA e pela *European Resuscitation Council* (ERC), descrevem o tubo endotraqueal como a medida coadjuvante de escolha para ventilação. Publicação acerca de tais diretrizes, descreve a recomendação do uso da máscara laríngea, ainda de maneira incipiente, mas como Classe IIa, na qual o peso da evidência suporta a ação ou terapia, sendo esta considerada aceitável e útil. Busca-se cada vez mais alcançar as recomendações de classe I, as quais são baseadas em estudos prospectivos de alto nível, sustentando a ação ou terapia. A importância da Máscara Laríngea se dá em virtude de haver com frequência situações em que a intubação orotraqueal é um procedimento mal sucedido e o inadequado posicionamento do tubo não é detectado.

Desta forma é de fundamental importância para o manejo de vias aéreas, em situações críticas, mas que os profissionais de saúde necessitam de treinamento para sua utilização e, quando testada em manequins, mostrou-se eficaz, atingindo taxas de sucesso em sua inserção e nas ventilações próximas a 100%. Devido à ausência de estudos com delineamento experimental, acerca da temática, evidencia-se a necessidade de investigações científicas envolvendo a máscara laríngea, a ressuscitação cardiopulmonar e a enfermagem, com o intuito de subsidiar a prática clínica do enfermeiro, e sua tomada de decisão acerca do cuidado a ser prestado ao paciente em situação de emergência, sobretudo na PCR (FORTUNA et al., 1996; MALBTY, 1994).

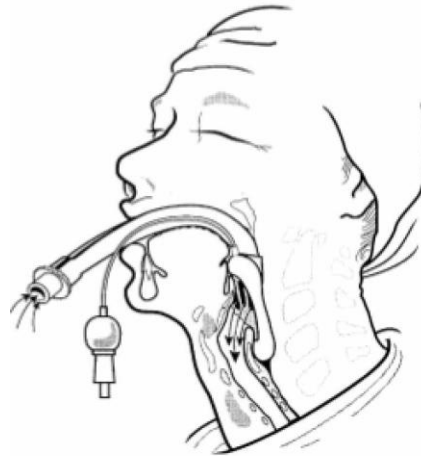


Figura 1 - Desenho Máscara Laríngea em paciente (AEHLERT, 2007).

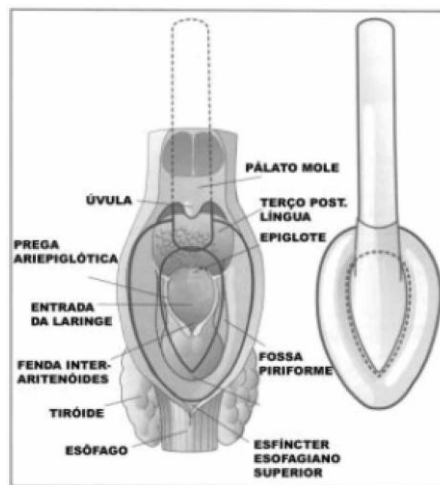


Figura 2 - Máscara Laríngea (AEHLERT, 2007).



Figura 3 - Máscara Laríngea reutilizável (AEHLERT, 2007).



Figura 4 - Máscara de Laríngea descartável (AEHLERT, 2007).

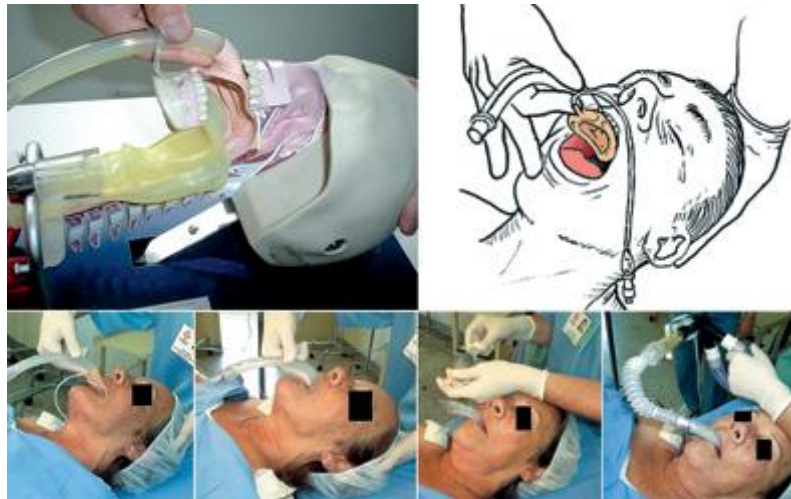


Figura 5 - Etapas da inserção da Máscara Laríngea (AEHLERT, 2007).

### **3 MÉTODO**

O produto é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido – Tecnologia de Educação.

O estudo foi realizado nas bases central do SAMU metropolitano do Amapá e Bases descentralizadas do município de Macapá e Santana.

Na base central estão lotados os enfermeiros que atuam nas Unidades de Suporte Avançados (USA) e nas bases descentralizadas estão lotados os enfermeiros que atuam nas Unidades de Suporte Básicos (USB) totalizando 3 USBs, sendo duas no município de Macapá (base norte e base sul) e 1 no município de Santana.

No total tem-se 50 enfermeiros no SAMU de Macapá e Santana, distribuídos: 22 enfermeiros nas USB no município de Macapá, 18 enfermeiros na USA e 10 na USB município de Santana. Prestando cuidados no APH diariamente tanto casos clínicos e trauma.

Segundo Pollach Jr (2001), apresentou-se uma proposta inicial de atualização para Enfermeiros do SAMU, USA, UBS, para a utilização da Máscara Laríngea.

Cabe destacar que, por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

## 4 RESULTADO E ANÁLISE

Apresenta-se uma proposta inicial de atualização para Enfermeiros do SAMU, USA, UBS, para a utilização da Máscara Laríngea segundo Pollach Jr (2001).

### 4.1. Apresentação da Máscara Laríngea

A máscara laríngea (ML) foi inicialmente descrita por Archie Brain, médico anestesista, em 1983 sendo posteriormente mencionada em mais de 3.500 publicações utilizando as mais variadas populações de pacientes. Embora inicialmente tenha sido recomendada como alternativa à máscara facial, seu uso tem se expandido e beneficiado numerosos pacientes com uma variedade de diagnósticos e procedimentos terapêuticos. Estudos tem demonstrado a segurança e eficácia desse dispositivo no manejo de vias aéreas difíceis como substituto da intubação (PEDERSOLI, 2009).

A máscara laríngea foi desenvolvida após cuidadoso estudo das vias aéreas de cadáveres. Ao inflar um *cuff* elíptico na hipofaringe, um selo hermético poderia ser obtido ao redor da laringe posteriormente. Tornou-se disponível comercialmente na Inglaterra em 1998 e chegou ao mercado norte americano em 1992, sendo a maioria reaproveitável e produzida de silicone e borracha. É disponível em oito tamanhos, variando o volume do *cuff* de 4ml em neonatos a 50ml em grandes adultos; a estrutura básica consiste de um tubo curvo, na parte superior com um conector padrão de 22mm e na parte distal por uma máscara inflável clíptica (Pollach Jr. 2001).

Murray et al. (2002) relatam que a ML, foi introduzida comercialmente para alguns mercados europeus em 1998 e aprovada pra o uso nos EUA, no início dos anos 90. Estima-se que já tenha sido utilizada em cerca de 15 milhões de pacientes. Tais autores reiteram que a intubação endotraqueal é o padrão ouro, para ventilação e manejo das vias aéreas na PCR, entretanto a ML, oferece uma satisfatória alternativa para o manejo das vias aéreas na PCR, no âmbito pré-hospitalar.

A ML é um dispositivo macio, mede em torno de 5,25 a 12 mm de diâmetro, é conectada a um inflável dispositivo o qual se assemelha a uma pequena versão da máscara facial. Esta estrutura elíptica que se encontra na extremidade distal deste dispositivo, quando corretamente inserido, situa-se no orifício da laringe e contra o esfíncter esofágico. A epiglote permanece livre



e a máscara não obstrui o fluxo de ar. Quando inflada, ela ocupa a fossa piriforme empurrando a língua anteriormente. A ML demonstrou prover adequada ventilação, requer pouco tempo para sua inserção e baixo risco de regurgitação (MURRAY et al., 2002).

#### **4.2. Inserção da Máscara Laríngea (Técnica)**

- Seleção do tamanho apropriado;
- Inspeção pré-uso: verificação do conector, presença de corpos estranhos, testar o funcionamento da válvula;
- Pré-medicação e pré-oxigenação com o intuito de diminuir os reflexos das vias aéreas e permitir provimento de oxigênio suplementar;
- Lubrificação: após desinsuflação total do *cuff*, lubrificar apenas a superfície posterior na máscara laríngea. Não utilizar lubrificantes a base de silicone ou contendo lidocaína;
- Posicionamento: se o paciente não necessitar de imobilização da coluna cervical, segurar a cabeça na região occipital com a mão não dominante e anteriorizá-la. Muitos profissionais preferem apoiar o occipício do paciente com a mão não dominante enquanto introduzem a máscara laríngea com a mão dominante. O objetivo é proporcionar até mesmo um ângulo de 90° na base da língua;
- Inserção: segurar a máscara laríngea como se estivesse pegando uma caneta, próximo à junção entre o tubo e a elipse; aperta-la a máscara contra o palato duro com o dedo indicador, sob visão direta. Então, pressionar para cima contra o palato duro, avançando a máscara para dentro da faringe, enquanto permanece acima da língua. Finalmente pressioná-la para dentro da parede posterior da faringe. O dedo indicador deve ser então retirado tomando o cuidado de pressionar a máscara pela sua porção proximal no sentido cranial para que ela não se desloque. A máscara segue o mesmo trajeto que um alimento durante um reflexo normal de deglutição;
- Enchimento do balonete e fixação do dispositivo: a resistência é percebida quando a máscara atinge a base da hipofaringe, sendo que nesse ponto o balonete deve ser insuflado com o volume de ar descrito no dispositivo. Alguns indicadores de que a máscara encontra-se adequadamente posicionada são: a capacidade de ser gerada nas vias aéreas uma pressão de 20 cmH<sub>2</sub>O sem vazamento, a capacidade de poder ventilar manualmente e a linha escura sobre o tubo da máscara que deve se encontrar na linha média do paciente.

### **4.3. Indicações Clínicas para o uso da Mascara Laríngea**

- Como ferramenta de indução para eletiva ventilação (permite ventilação assistida em procedimentos cirúrgicos em que a intubação endotraqueal não se faz necessária);
- No manejo de via aérea difícil ou falha sendo a primeira opção em tais situações, de acordo com a *European Resuscitation Council*;
- Como um conduto para passagem do tubo endotraqueal ou para administração de drogas durante a ressuscitação.

### **4.4. Aspectos Éticos e Legais para Enfermeiros no Uso da Máscara Laríngea**

Atuação do Enfermeiro quanto à utilização dos Dispositivos de Vias Aéreas Avançadas: Combitubo esofagotraqueal (CET), máscara laríngea (ML) e tubo endotraqueal (ET).

Os dispositivos de vias aéreas avançadas como o Combitubo e a Máscara Laríngea podem ser usados em locais onde a intubação traqueal não é permitida, ou em comunidades em que os profissionais de Saúde possuem pouca ou nenhuma experiência com a técnica de intubação traqueal.

O dispositivo a ser utilizado depende da avaliação criteriosa e perspicaz do profissional de Saúde, devendo este estar capacitado e apto a fazer a escolha do método de ventilação mais adequado e de acordo com as condições do paciente, a indicação do uso do equipamento, as contra indicações, vantagens e desvantagens da técnica a ser utilizada.

O Combitubo esofagotraqueal permite a ventilação dos pulmões e reduz a chance de bronco aspiração de conteúdo gástrico. Ele não requer a visualização das cordas vocais para ventilar a traqueia (inserção às cegas). Os profissionais de Saúde capacitados a essa técnica, poderão usá-los como alternativa aceitável em substituição ao tubo endotraqueal (ET) para a manutenção das vias aéreas durante uma parada cardíaca, no entanto, a incapacidade em confirmar a posição adequada ao Combitubo pode ser fatal. As possíveis complicações são: trauma esofágico com lacerações, equimose e enfisema subcutâneo (AEHLERT, 2007).

A máscara laríngea (ML) pode ser usada como alternativa tanto para o tubo endotraqueal quanto para a máscara facial, com respiração espontânea ou ventilação com pressão positiva. Os profissionais de Saúde capacitados para o uso de ML poderão utilizá-la durante a parada cardíaca, devido à relativa facilidade de aprendizado de como usar esse dispositivo. No entanto, esse dispositivo não garante a vedação de ar total que proteja a via aérea contra a bronco-aspiração (AEHLERT, 2007).

Em relação aos dispositivos analisados: Combitubo e Máscara laríngea poderão ser usadas nas seguintes situações:

- a) Quando a máscara facial dificilmente se ajusta à face do paciente, devido à barba ou ausência de dentes;
- b) Em pacientes nos quais a intubação não foi bem sucedida e/ou cuja ventilação é difícil;
- c) Em paciente cuja ventilação seja necessária, porém o Profissional de Saúde não está capacitado na técnica de intubação endotraqueal.

A intubação endotraqueal é um procedimento avançado de manutenção das vias aéreas no qual um tubo é inserido diretamente na traqueia. O procedimento poderá ser realizado em razão de: anestesia geral, necessidade de assistência ventilatória com pressão positiva, nos casos de obstrução das vias aéreas ou insuficiência respiratória decorrente de: lesão por inalação, asma grave, exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica, edema agudo de pulmão, tórax instável grave ou contusão pulmonar e proteção das vias aéreas contra broncoaspiração ou devido a necessidade de suporte ventilatório prolongado (paciente de estômago cheio), coma e parada respiratória e/ou cardíaca. A técnica utilizada é sofisticada, requer um treinamento avançado, como também o uso de equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, de acordo com a estatura do paciente.

Considerando que segundo a Portaria GM 2048/2002 as urgências não se constituem especialidade médica ou de enfermagem, e que os profissionais atuantes nos serviços de

atendimento pré-hospitalar móvel devem estar treinados e habilitados pelos núcleos de Educação em urgência;

Considerando a lei 7.498/86, artigo 11, inciso I, alíneas c, l, m e seu decreto regulamentador cujos conteúdos relatam que, é privativo ao enfermeiro:

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem;

l) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Segundo parecer COREN-DF N° 022/2011, o Enfermeiro atuante no atendimento Pré-Hospitalar e Hospitalar de Urgência e Emergência, que esteja capacitado em Suporte Avançado de Vida está legalmente habilitado a realizar procedimentos de inserção da Máscara Laríngea (ML) e Combitubo esofagotraqueal (CET) nos pacientes que estiverem necessitando desse tipo de intervenção. Se houver necessidade e indicação de intubação endotraqueal, caso o profissional médico não esteja presente, o Enfermeiro devidamente capacitado, poderá executar a ação. Estes procedimentos deverão estar em protocolos aprovados pelas instituições de saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que as diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar publicadas em 2010, pela *American Heart Association*, corroboram com o exposto, pois caracterizam a máscara laríngea como via aérea avançada na RCP, reconhecendo-a como um instrumento de grande valia, a ser utilizado na intervenção e controle da via aérea.

Propomos a incorporação de tal prática pelo enfermeiro, devidamente capacitado, conforme apontam os estudos analisados, podendo, assim, avaliar e intervir no controle da via aérea em risco.

A PCR é uma situação que requer uma atuação imediata dos profissionais da saúde, que demanda ações básicas e avançadas de suporte de vida, com diferentes componentes de recursos e dispositivos necessários à execução dos procedimentos. Na maioria dos hospitais e unidades básicas ou avançadas de saúde, entre outras instituições da área, os profissionais da equipe de enfermagem (Enfermeiros, técnicos ou auxiliares) são os primeiros a chegar à cena dos casos de PCR. Por isso, essa equipe deve ser competente para iniciar as manobras de RCP.

Por isto, é patente a necessidade de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os benefícios advindos do correto manuseio da máscara laríngea em situações de parada cardiorrespiratória, principalmente o Enfermeiro. Bem como é recomendável a divulgação dessa temática para os alunos de graduação em Enfermagem, pois serão os nossos futuros Enfermeiros, que adquirindo o conhecimento da padronização do manuseio da ML, estará consequentemente, cuidando da sobrevivência dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

AEHLERT, B. Emergências em Cardiologia, Suporte Avançado de Vida em Cardiologia. Rio de Janeiro, Elsevier Editora, 2007.

AGRO, F.E.; CATALDO, R.; MATTEI, A. New devices and techniques for airway management. *Minerva Anestesiologica*, v. 74, p. 1-9, 2008.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Diretrizes para RCP e ACE. Dallas, Estados Unidos, 2010.

BRAIN, A. I. J. The laryngeal mask - A new concept in airway management. *BrJAnaesth* 1983; 55:801.

Brasil. Lei 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

BRINACOMBE J. The advantages of the LM over the tracheal tube or facemask: A metaanalysis. *Can J Anaest* 1995.

BROCATO, C, Kett DH. Máscara Laríngea no Manuseio das Vias Aéreas. *Revista Sociedade de Cardiologia*, São Paulo, Jul-Ago, 1998.

CAPOVILLA, N. C. Ressuscitação cardiopulmonar: uma análise do processo ensino/aprendizagem nas universidades públicas estaduais paulistas. 2002. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2002.

COFEN. Resolução 311/2007 – Código de ética dos Profissionais de Enfermagem.

COREN-DF. [Nº 022/2011 Atuação do Enfermeiro quanto a utilização dos Dispositivos de Vias Aéreas Avançadas: Combitubo esofagotraqueal \(CET\), máscara laríngea \( ML\) e tubo endotraqueal \(ET\).](#) Criado em Terça, 16 Agosto 2011

DALRI, M.C.B. Perfil diagnóstico de pacientes queimados segundo o modelo conceitual de Horta e taxonomia revisada de NANDA. 1993. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

DORGES, V.; WENZEL, V.; KNACKE, P.; GERLACH, K. Comparison of different airway management strategies to ventilate apneic, nonpreoxygenated (REVER ESCRITA?) patients. *Critical Care Medicine*, v. 31, n. 3, p. 800-804, 2003.

GRANITOFF, N. Desfibrilação precoce praticada por Enfermeiros: análise de fatores influenciadores. 2003. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

PEDERSOLI, CE. O uso da máscara laríngea pelo enfermeiro na ressuscitação cardiopulmonar: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós- Graduação em Enfermagem Fundamental; 2009.