

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA - ESENFAR
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Viviane Machado de Lima

**A prática do enfermeiro na assistência ao paciente durante a intubação
traqueal no atendimento pré-hospitalar.**

Maceió
2017

Viviane Machado de Lima

A prática do enfermeiro na assistência ao paciente durante a intubação traqueal no atendimento pré-hospitalar.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia (EENFAR), da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Célia Sales Santos Veríssimo.

Maceió

2017

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

L732p Lima, Viviane Machado de.
A prática do enfermeiro na assistência ao paciente durante a intubação traqueal no atendimento pré-hospitalar / Viviane Machado de Lima. – 2017.
78 f.: il.

Orientadora: Regina Célia Sales Santos Veríssimo.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2017.

Bibliografia: f. 65-68.
Apêndices: f. 69-75.
Anexos: f. 76-78.

1. Enfermagem de emergência. 2. Enfermeiros e Enfermeiras. 3. Atendimento de urgência. 4. Intubação intratraqueal. I. Título.

CDU: 616-083:616-089.819.3

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, pelo apoio e motivação. Aos meus pais que me impulsionaram a superar os obstáculos e a todos que contribuíram para a construção desse trabalho.

RESUMO

O estudo trata das práticas do enfermeiro na assistência ao paciente durante a intubação traqueal no atendimento pré-hospitalar, caracterizado pelo serviço de atendimento móvel em que a Unidade de Suporte Avançado composta de uma equipe multidisciplinar realiza assistência de alta complexidade, inclusive o procedimento de intubação traqueal. E tem como objetivo identificar a prática do enfermeiro na assistência ao paciente durante a intubação traqueal no atendimento pré-hospitalar. É um estudo descritivo quantitativo. Realizado nas unidades Maceió e Arapiraca com a amostra de 24 enfermeiros. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário semiestruturado. Os dados foram tabulados em planilha Microsoft Excel® e analisados no pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Statistics®). Dos entrevistados 69,6% afirmam relevante a criação de um protocolo específico para assistência do procedimento em questão. Foi constatado que 75% dos entrevistados alegam reconhecer no paciente a necessidade de realizar a intubação, assim como domínio de técnicas para assistir pacientes grave/critico e compreendem as variáveis que englobam o procedimento. Os enfermeiros citaram quatro situações passíveis da realização do procedimento, em que 17 dos enfermeiros citaram a situação de trauma. Dentre os enfermeiros 19 relatam que o serviço oferece treinamento do procedimento. A totalidade dos enfermeiros afirmam fazer o registro de enfermagem, sendo citados dois tipos de impresso para a realização do registro. No quesito transporte do paciente houve uma diferença estatística no item ausculta pulmonar. Logo, a partir desses dados, a construção do protocolo promoverá uma comunicação efetiva da equipe assistencial e valoriza o profissional como participante da otimização do serviço. Realçando uma diferença nos grupos pesquisados diante do item do transporte do paciente isso graças a implementação da SAE.

Palavras chaves: Enfermagem em emergência; Intubação intratraqueal; Serviços Médicos de Emergência.

Abstratc

The study deals with nurses' practices in patient care during tracheal intubation in prehospital care, characterized by the mobile care service in which the Advanced Support Unit composed of a multidisciplinary team performs highly complex care, including the intubation procedure tracheal. It aims to identify the practice of the nurse in patient care during tracheal intubation in prehospital care. It is a quantitative descriptive study. Performed at the Maceió and Arapiraca units with a sample of 24 nurses. Data were collected through a semi-structured questionnaire. The data were tabulated in Microsoft Excel® worksheet and analyzed in the statistical package Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Statistics®). Of those interviewed, 69.6% said that it was important to create a specific protocol to assist the procedure in question. It was verified that 75% of the interviewees claim to recognize in the patient the need to perform intubation, as well as mastery of techniques to assist patients critically / critically and understand the variables that encompass the procedure. The nurses mentioned four possible situations of the procedure, in which 17 of the nurses cited the trauma situation. Among the nurses 19, they report that the service offers training of the procedure. The totality of the nurses affirmed to do the nursing record, being mentioned two types of form for the realization of the registry. In the transport question of the patient there was a statistical difference in the pulmonary auscultation item. Therefore, from this data, the construction of the protocol will promote an effective communication of the assistance team and value the professional as a participant in the optimization of the service. Highlighting a difference in the groups surveyed in front of the patient transport item, thanks to the SAE implementation.

Keywords: Nursing in emergency; Intratracheal intubation; Emergency Medical Services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SBV- Suporte Básico de Vida

USA- Unidade de Suporte Avançado de Vida

APH- Atendimento Pré-Hospitalar

ECG – Escala de Coma de Glasgow

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem

PE- Processo de Enfermagem

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

PET- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PHTLS - Prehospital Trauma Life Support

RCP - Ressuscitação Cardiopulmonar

SUS- Serviço Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFAL- Universidade Federal de Alagoas.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Associação entre a capacidade de identificar a necessidade de intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência. ----- 30
- Tabela 2** – Descrição dos tipos de ocorrências citados pelos enfermeiros.----- 31
- Tabela 3** – Associação entre a identificação do trauma como ocorrência para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..----- 31
- Tabela 4** – Associação entre a identificação da Escala de Glasgow menor/igual do que oito como ocorrência para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----32
- Tabela 5** – Associação entre a identificação da clinica como ocorrência para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----33
- Tabela 6** – Associação entre a identificação de Gasping como ocorrência para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.-----33
- Tabela 7** – Associação entre o serviço possuir um protocolo para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----34
- Tabela 8** – Associação entre a inclusão das situações para intubação traqueal no protocolo e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência-----35
- Tabela 9** – Relação dos materiais usados para a realização do procedimento citados pelos enfermeiros.-----36
- Tabela 10** – Associação entre o laringoscópio como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----36
- Tabela 11** – Associação entre o fio guia como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----37
- Tabela 12** – Associação entre a seringa como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----37

Tabela 13 – Associação entre o cadarço ou esparadrapo como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	38
Tabela 14 – Associação entre o material de sedação como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	39
Tabela 15 – Associação entre o ventilador mecânico/ambu como material para intubação traqueal e o nível de instrução e município de atuação e tempo de assistência..-----	39
Tabela 16 – Associação entre o material de acesso venoso como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	40
Tabela 17 – Associação entre as lâminas como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	41
Tabela 18 – Associação entre a solução fisiológica como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	42
Tabela 19 – Associação entre a sonda de aspiração como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	42
Tabela 20 – Associação entre a luva como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	43
Tabela 21 – Associação entre o estetoscópio como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	44
Tabela 22 – Associação entre o cardioversor como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	44
Tabela 23 – Associação entre o oxímetro como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	45
Tabela 24 – Associação entre o torpedão de oxigênio como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	46
Tabela 25 – Associação entre a realização do teste do cuff para intubação traqueal e o nível de instrução e município de atuação e tempo de assistência..-----	46

Tabela 26 – Associação entre o momento em que se deve realizar o acesso venoso para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	47
Tabela 27 – Associação entre o momento em que se deve realizar o acesso venoso para intubação traqueal incluído no protocolo e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	48
Tabela 28 – Associação entre a existência de treinamento no serviço para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	49
Tabela 29 – Descrição das posições do paciente para realização do procedimento citados pelos enfermeiros.-----	49
Tabela 30 – Associação entre a posição de decúbito dorsal do paciente para intubação traqueal e o nível de instrução e município de atuação e tempo de assistência..-----	50
Tabela 31 – Associação entre a posição de sentado do paciente para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	50
Tabela 32 – Associação entre a posição em que a vítima se encontra para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	51
Tabela 33 – Associação entre a posição olfativa do paciente para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	52
Tabela 34 – Associação entre onde é realizado o registro de enfermagem para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	53
Tabela 35 – Associação entre os cuidados de enfermagem como a realização de ausculta pulmonar durante o transporte do paciente com intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	53
Tabela 36 – Associação entre os cuidados de enfermagem como identificar posicionamento do tubo durante o transporte do paciente com intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência..-----	54

Tabela 37 – Associação entre os cuidados de enfermagem como manter pressão do cuff durante o transporte do paciente com intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.....-55

Tabela 38 – Associação entre os cuidados de enfermagem como hiperoxigenar durante o transporte do paciente com intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.....-56

Tabela 39 – Associação entre os cuidados de enfermagem como inspecionar e promover limpeza durante o transporte do paciente com intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.....-56

Tabela 40 – Associação entre os cuidados de enfermagem como outros dados não descritos durante o transporte do paciente com intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.....-57

Tabela 41 – Associação entre os cuidados de enfermagem no transporte do paciente com intubação traqueal incluídos no protocolo e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.....-58

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
3 METODOLOGIA	24
3.1 Tipo de Estudo	24
3.2 Local.....	24
3.3 População	24
3.4 Amostra	24
3.5 Critérios de Inclusão e Exclusão	24
3.6 Consentimento livre e esclarecido	24
3.7 Coleta de Dados.....	24
3.7.1 Instrumento de coleta de dados.....	25
3.8 Variáveis.....	25
3.9 Tratamento e Análise dos Dados	29
4 Ética da pesquisa	29
5 RESULTADOS.....	30
6 DISCUSSÃO.....	59
7 CONCLUSÃO.....	65
REFERENCIAS.....	66
APÊNDICES	69
Apêndice A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	69
Apêndice B – Termo de Responsabilidade e Compromisso das Pesquisadoras responsáveis.....	72
Apêndice C - Termo de Responsabilidade da Orientadora.....	72
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E).....	73
ANEXOS.....	76
Anexo A - autorização institucional para pesquisa no SAMU Arapiraca.....	76
Anexo B - autorização institucional para pesquisa no SAMU Maceió.....	77
Anexo C - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	78
Anexo D – Submissão do artigo.....	79

1. Introdução

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, principal componente móvel da rede de atenção às urgências, tem como objetivo acolher os pedidos de ajuda médica de cidadãos acometidos por agravos agudos a sua saúde, de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica e ginecológica. Esse atendimento se inicia por meio de uma ligação telefônica gratuita, que é exclusivo das Centrais de Regulação Médica das Urgências. É um serviço gratuito, que funciona 24 horas e que realiza os atendimentos em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas (ALMEIDA et al, 2016).

O atendimento pré-hospitalar (APH) é um serviço composto por uma equipe multiprofissional, em que o médico regulador identifica o tipo de ocorrência solicitada e decide qual tipo de viatura será enviada. O atendimento é prestado com a utilização de viaturas, diferenciadas em dois tipos: o Suporte Básico de Vida (USB) tripulado por técnico de enfermagem e condutor do veículo e o Suporte Avançado de Vida (USA) tripulado por médico, enfermeiro e condutor do veículo (ROCHA, MORAIS, BENEVIDESC, 2012).

A atividade do enfermeiro na USA, no Brasil, começou na década de 1990. E desde então, o enfermeiro é participante ativo da equipe de APH e assume a responsabilidade pela assistência prestada às vítimas graves. Além de participar da previsão de necessidades do paciente, define prioridades, inicia intervenções necessárias, reavaliando-o durante o transporte. O enfermeiro também participa continuamente de cursos de capacitação técnica e pedagógica, visto que, além da prestação de socorro, desenvolve atividades educativas como instrutor, participa da revisão dos protocolos de atendimento e elabora materiais didáticos para a equipe (ADÃO, SANTOS, 2012).

A USA oferece como medida de assistência ao paciente grave/critico o suporte respiratório invasivo, sendo relevante a compreensão do profissional enfermeiro sobre seu papel frente ao procedimento de intubação traqueal. Diante dessa percepção a participação do enfermeiro na elaboração de uma norma com a ordem dos passos para assistência da intubação junto à equipe multidisciplinar se faz essencial.

A necessidade da realização de uma intubação traqueal revela que o paciente se encontra incapaz de suprir a oxigenação adequada para a manutenção da estabilidade sobre o funcionamento do organismo. Diante disso a tomada de decisão para a realização da intubação deve ocorrer com a menor perda de tempo, para que assim não haja o agravamento no quadro clínico do paciente. Portanto exige intervenção competente, segura e livre de risco (MOTA, CARVALHO, BRITO, 2012).

Na medicina de emergência as vias aéreas são o primeiro item a ser checado. E as indicações de intubação traqueal recaem sobre os pacientes que necessitam manter as vias aéreas permeáveis e o controle da ventilação pulmonar. Na pediatria, as principais indicações estão nas situações de emergência, tais como parada cardiorrespiratória, insuficiência respiratória, hipoventilação, choque, coma, pós-operatório e politraumatismo. A intubação traqueal também pode ser utilizada para controle da ventilação e para administração de medicamentos (MATSUMOTO, CARVALHO, 2007).

A intubação é um método anti-fisiológico, uma abordagem avançada da via aérea realizada por profissionais de saúde com formação diferenciada, que consiste na colocação de um tubo na traqueia como um canal para ventilação ou outra terapia pulmonar. Esta técnica permite assegurar a permeabilidade da via aérea, aspiração e remoção de secreções, proteger a via aérea da aspiração, administrar medicamentos e realizar ventilação por pressão positiva, controlada e/ou com pressão expiratória final positiva (RODRIGUES et al, 2015).

É essencial ao enfermeiro amplo conhecimento dos princípios da ventilação mecânica e reconheça a tolerância fisiológica específica de cada paciente, para prestar uma assistência individualizada e que possa ajustá-la da forma adequada para minimizar os malefícios e potencializar os benefícios. Pois a evolução positiva dos pacientes depende de cuidados contínuos, capazes de promover a identificação de problemas que atinjam diretamente suas necessidades (RODRIGUES et al, 2012).

Como prioridade sobre os aspectos da reanimação em quase todos os pacientes graves. O socorrista deve atuar imediatamente caso a via aérea se encontre obstruída, havendo risco de broncoaspiração ou comprometimento

respiratório. As causas mais comuns de obstrução alta de vias aéreas na medicina pré-hospitalar são: queda da língua sobre a parede posterior da faringe e corpos estranhos. Especialmente os indivíduos inconscientes têm relaxamento da musculatura da hipofaringe que sustenta a língua (AEHLERT, 2012).

Para o cuidado de enfermagem ao paciente crítico se faz necessário o conhecimento teórico e prático das ações específicas ao cuidado com a intubação e sua manutenção e extubação. Compete ao enfermeiro que presta assistência ao usuário em procedimento de intubação traqueal a preparação do material e auxílio para a realização do procedimento. Assim pode-se dividir as ações do enfermeiro em preparo do material, preparo do paciente, auxílio ao procedimento e manutenção (ANVISA, 2017).

Como o procedimento em questão é realizado em ambiente extra-hospitalar em um contexto de emergência, o enfermeiro resguarda-se legalmente pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) mediante a Lei n. 7.498/86, que compete ao enfermeiro à execução de cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de morte, além de cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões (RODRIGUES et al, 2012).

Há também a resolução Cofen 300/2005 que os procedimentos de enfermagem no atendimento pré-hospitalar e hospitalar deve ser desenvolvido pela equipe de enfermagem de acordo com a complexidade da ação, que a assistência de enfermagem na USA tem que ser prestada pelo enfermeiro, que o registro de enfermagem deve ser realizado com o modelo de sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Por fim a assistência de tem que estar alicerçados em Protocolos Técnicos específicos, devidamente assinados pelo Diretor Técnico e pelo Enfermeiro Responsável Técnico da Instituição (COFEN).

Diante das atribuições do procedimento de intubação e do papel do enfermeiro que atua em serviço de urgência e emergência, mais especificamente no atendimento pré-hospitalar, o enfermeiro deve organizar essa assistência de forma sistematizada e homogênea fazendo uso de instrumentos capazes de promover a construção de um protocolo confiável.

Os protocolos são importantes instrumentos para o confronto dos impasses na assistência e na gestão dos serviços, promovendo a qualidade do serviço. Orientados por diretrizes técnica, organizacional e política, tendo como fundamentação, estudos validados por evidências científicas. E com foco na padronização de condutas clínicas. Salientando que os protocolos, por seguirem as diretrizes do SUS, não são neutros e exercem influência na construção do modelo de atenção. Sendo fundamental para os processos de planejamento, implementação, padronização e avaliação das ações e do processo de trabalho (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009).

Para montar o protocolo a enfermagem usa como instrumento a SAE que é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial. O protocolo tem como objetivo guiar as ações de enfermagem afim de que possa atender as necessidades individuais do usuário. Sendo possível identificar as repostas do usuário, atender as necessidades comprometidas e prevenir futuros agravos (BITTAR, PEREIRA, LEMOS, 2006).

E que o Processo de Enfermagem (PE), base de sustentação da SAE, é constituído por etapas. Como a identificação de problemas, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação. Estas últimas são inseparáveis dentro da pratica (BITTAR, PEREIRA, LEMOS, 2006).

A SAE é uma forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidado humanizado, contínuo, justo e com qualidade para o paciente. E que para o paciente grave pela sua situação instável, a assistência de enfermagem sistematizada é ainda mais necessária, pois facilitará o domínio apurado da técnica, conciliando-o com um cuidado humanizado e holístico (BITTAR, PEREIRA, LEMOS, 2006).

Diante da relevância que a criação de protocolos é para a qualidade da assistência prestada o paciente e para o enriquecimento científico do profissional enfermeiro. Faz-se significativa a elaboração de um protocolo para intubação traqueal em situação de urgência e emergência no atendimento pré-hospitalar. Tendo como protagonista o enfermeiro atuante no serviço de APH que com recursos

científicos como a SAE possa de forma efetiva produzir uma norma para a elucidação da sua atuação no procedimento de intubação traqueal.

O interesse pelo tema surgiu mediante a experiência no PET- urgência e emergência, em que fiquei locada no pronto atendimento pediátrico. E percebi notória a evolução no quadro clínico de pacientes que adentravam o serviço portando suporte respiratório invasivo de qualidade realizados no Atendimento Pré-Hospitalar. Assim é relevante responder a questão da pesquisa: Quais as práticas do enfermeiro na assistência ao paciente durante a intubação traqueal no atendimento pré-hospitalar?

Objetivo

Identificar as práticas do enfermeiro na assistência ao paciente durante a intubação traqueal no atendimento pré-hospitalar.

2. Revisão de literatura

O atendimento pré-hospitalar móvel foi idealizado na França, em 1986. No Brasil até a década de 1980, não havia, APH vinculado à rede de serviços de saúde, ficando esse atendimento a cargo do Corpo de Bombeiros, o qual ainda não se desvinculou completamente dessa função. E após um acordo bilateral, adotou-se o modelo francês de atendimento, em que as viaturas de suporte avançado possuem obrigatoriamente a presença do médico (VELLOSO, 2008).

Como fonte sobre o conceito e criação do APH foram encontradas legislações sobre o APH, o profissional enfermeiro, políticas públicas de regulamentação para o serviço de urgência e emergência e ainda resoluções sobre protocolos para o serviço do SUS.

Em relação à legislação para respaldar a assistência referente à temática do estudo o Ministério da saúde criou várias portarias começando pela nº 737/2001, instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Vale destacar a Portaria 2048/2002 que regulamenta os Sistemas Estaduais de Atenção Integral às Urgências e Emergências com objetivos de regular as urgências e emergências; o atendimento pré-hospitalar fixo e móvel; dentre outros serviços pertinentes (BRASIL, 2001).

Ainda na Portaria 2048/2002, conceitua-se que o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de emergência procura chegar precocemente à vítima, após ocorrência de agravo à saúde de natureza traumática, clínica ou psíquica que possa levar à morte, devendo ser prestado atendimento e transporte adequados agregados ao Sistema Único de Saúde. Podendo chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão (BRASIL, 2002).

E o de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento. A mesma portaria criou o Núcleo de Educação em Urgência (NEU) e o

Núcleo de Educação Permanente, (NEP) que são os responsáveis pelo treinamento e atualização de todo o pessoal que atua no SAMU (BRASIL, 2002).

Em 2003 criou a Política Nacional de Atenção às Urgências que contem as Portarias 1863, 1864 e 2048. Em que a nº 1863 institui a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. A Portaria nº 1864 instituiu o componente pré-hospitalar móvel da Política nacional de atenção às Urgências (BRASIL, 2003).

E em 2011 a Portaria nº 1.600 instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, com o seguinte componente SAMU 192, dentre outros. Nesta portaria ressalta-se no Art. 13 - a fase da qualificação dos componentes da Rede de Atenção às Urgências será definida na portaria específica de cada um dos Componentes, onde constarão as responsabilidades que deverão ser cumpridas e as ações que serão desenvolvidas; e a fase da certificação que será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, após a etapa de qualificação, com avaliação periódica (BRASIL, 2011).

Já em relação ao publico que necessita do serviço do APH o estudo de Pereira e Lima (2008), com vitimas de acidente de transito por meio da observação e entrevista aos profissionais de todas as áreas envolvidos na assistência do SAMU discutiu a organização do serviço, o atendimento as vitimas, o trabalho com a equipe do APH e de outras áreas. E concluiu configurando a presença do profissional enfermeiro em todos os tipos de ocorrência tanto nas situações em que assume a direção (SBV) quanto no suporte avançado.

Um estudo de Porto et al, (2015) fez uma comparação das características epidemiológicas de pacientes oriundos do transporte pré-hospitalar especializado e do transporte pré-hospitalar não especializado (informal). E finalizou descrevendo em ordem de importância: promover a integração entre o sistema médico de emergência pré-hospitalar e o hospitalar; preparar o hospital para atender aos casos de emergência mais comuns. E usa o trabalho como uma linha de base para avaliar a tendência do hospital nos próximos anos em relação ao atendimento ao trauma.

Sobre a importância da presença do enfermeiro a vitimas de traumatismo crânio-encefálico (TCE), que é uma condição que possibilita a realização do

procedimento de intubação traqueal. Um estudo de Cunha, Araujo e Vieira (2014), buscou analisar as características da atuação do enfermeiro uma vez que, um diagnóstico precoce por meio do reconhecimento dos sinais e sintomas contribuiria para a redução do agravamento de lesões já existentes, prevenção de sequelas secundárias e consequentemente redução da morbimortalidade e maior qualidade de vida dos sobreviventes.

Ainda sobre o quadro de TCE um estudo abordou sua fisiopatologia demonstrando os benefícios da atuação do enfermeiro às vítimas desta patologia. Os resultados do estudo revelou que o exercício efetivo liderado pelo enfermeiro é essencial para conduzir à equipe de enfermagem em locais onde a tomada de decisão deve ser rápida e o atendimento sincronizado, requerendo destes profissionais, conhecimento científico e competência clínica. E para que isso ocorra faz-se necessário que os mesmos estejam constantemente atualizados e capacitados (CUNHA, ARAUJO, VIEIRA, 2014).

Direcionando a busca para o procedimento de intubação foram encontrados dois estudos do mesmo autor, o primeiro sobre a intubação traqueal e a técnica da sequência rápida em que o autor descreve a evolução do procedimento e equipamentos para a realização da intubação e que o êxito do procedimento depende do adequado preparo do ambiente, do paciente e da equipe médica. Lembrando que os métodos devem ser adaptados a cada tipo de paciente, e que o profissional mais experiente deve estar sempre no comando da situação utilizando-se das técnicas que possui maior habilidade, visando assim o sucesso do procedimento (TALLO et al, 2011).

E o segundo estudo relata a ventilação mecânica invasiva (VMI) na sala de emergência e conclui que o manuseio da VMI depende das diferentes situações clínicas que se apresentam na sala de emergência. E que o médico emergencista deve traçar estratégias para a configuração inicial e alterações posteriores baseada nas complicações inerentes da ventilação e do próprio paciente (TALLO, VENDRAME, LOPES, LOPES, 2013).

Diz ainda que a intubação consiste na colocação e fixação de um tubo dentro da traqueia do paciente para que a máquina de respiração seja conectada. E a VM

sendo uma máquina que substitui, total ou parcialmente, a atividade ventilatória do paciente, com o objetivo de restabelecer o balanço entre a oferta e a demanda de oxigênio e atenuar a carga de trabalho respiratório de pacientes com insuficiência respiratória (TALLO et al, 2011).

O protocolo para intubação de sequencia rápida (ISR) deve ser realizada para todos os pacientes com risco de aspiração pulmonar de conteúdo gástrico, descrita pelo livro PHTLS diz que deve-se na seguinte ordem: preparar o equipamento; assegurar a permeabilidade dos acessos venosos, garantindo pelo menos um (preferencialmente dois) acesso venoso ativo; pré-oxigenar o paciente (máscara); instalar monitor cardíaco e oxímetro de pulso; administrar um sedativo, caso necessário. Com isso introduzir o tubo traqueal, se as tentativas iniciais forem mal sucedidas, as novas tentativas devem ser precedidas por pré-oxigenação, e por fim confirmar a localização do tubo (TALLO et al, 2011).

Em relação ao profissional enfermeiro, um estudo trata da autonomia do enfermeiro no APH, e avaliou por meio de um questionário, composto por questões objetivas, o grau de autonomia no exercício da profissão, com ênfase nas relações enfermeiro-paciente, com o intuito de minimizar possíveis sequelas ou evitar risco de morte em um atendimento emergencial, na ausência ou impossibilidade de auxílio médico (JUNYENT et al 2014).

Os resultados obtidos foram confrontados com as legislações nacionalmente em vigor. E constatou que as atribuições cabíveis ao enfermeiro são parecidas, e se evidencia que a autonomia que lhes cabe em detrimento à legislação francesa é maior quando comparada com a realidade brasileira, onde regem os mesmos princípios éticos. Dessa forma, segundo a autonomia do enfermeiro atuante no SAMU é diferenciada por conta de protocolos e legislação específica (JUNYENT et al, 2014).

Existe uma grande preocupação dos enfermeiros quanto aos cuidados prestados às vítimas a fim de minimizar sequelas e evitar risco de morte ao socorrido, quanto à busca do conhecimento técnico e científico para a execução de procedimentos ou uso e administração de fármacos; porém ainda existem dúvidas e medo do uso destes em situação de emergência (JUNYENT et al, 2014).

No Brasil, a diversidade de leis, códigos e protocolos específicos acabam por gerar essas dúvidas, mesmo que o profissional possua o devido conhecimento técnico e científico para esse fim, o que pode comprometer a qualidade do atendimento às vítimas (JUNYENT et al, 2014).

Sobre os cuidados para a manutenção da intubação, o enfermeiro deve ser capaz de prestar cuidados inerentes à monitorização dos parâmetros ventilatórios e dos alarmes, à mobilização, à remoção de secreções, ao aquecimento e à umidificação dos gases inalados, bem como ao controle das condições hemodinâmicas do paciente, visando a minimizar os efeitos adversos. Para uma prestação de cuidado de qualidade é necessário que os enfermeiros tenham uma ampla compreensão dos princípios da VM, além de reconhecer a tolerância fisiológica específica de cada paciente (RODRIGUES et al, 2012).

Para a assistência ao procedimento e manutenção da intubação os protocolos são importantes. Por isso, embora alicerçados em referências científicas e tecnológicas, não devem ser tomados para além de sua real dimensão. Sua utilização, desprovida de avaliação, de acompanhamento gerencial sistemático e revisões científicas periódicas, constitui significativo risco de se produzir um processo de trabalho pobre e desestimulante, em que planejamento e avaliação não acontecem e em que, para gestores e trabalhadores, não há lugar para a renovação e a inovação (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009).

Ainda sobre a construção dos protocolos, clínicos ou organizacional, deve ser incorporados novos conceitos e definições sobre atenção à saúde, objetivando o alcance de resultados concretos que melhorem a qualidade de vida de cada usuário, numa prática que implica a cooperação entre os profissionais por meio do desenho, execução e monitorização de um plano terapêutico (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009).

E que as consultas públicas possibilitam a participação efetiva de entidades, de profissionais de saúde, de gestores do SUS e de usuários, numa ampla discussão de cada protocolo. Esse processo pode agregar valiosas contribuições e sugestões para o aprimoramento dos textos originais publicados (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009).

Os protocolos devem ainda acompanhar a evolução do conhecimento técnico e científico e ser continuamente atualizados. Fica, assim, o desafio para gestores e equipes de saúde, que deverão ser capazes de produzir, periodicamente, a atualização desses protocolos. Para tal, é necessário que haja o engajamento dos profissionais e a adequada estruturação e treinamento das equipes, imprescindíveis à produção de efeitos benéficos para a população (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009).

3. Metodologia

3.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo, prospectivo, de abordagem quantitativa.

3.2 Local

Realizado nas unidades SAMU em Maceió e Arapiraca, pois são as unidades de atendimento pré-hospitalar do estado de Alagoas.

3.3 População e amostra

A população foi de 69 enfermeiros locados das unidades do SAMU Arapiraca e Maceió. E a amostra foi de 24 enfermeiros assistenciais e distribuídos nos turnos da manhã, tarde e plantão noturno. A coleta de dados foi realizada no período de julho a agosto de 2017.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

O critério de inclusão foi ser enfermeiro da assistência atuante no serviço. Os critérios de exclusão foram o não comparecimento ao local da pesquisa, no caso de terem sido previamente acordado entre pesquisador e pesquisado, e afastamento das suas atividades por motivo de férias, licenças ou benefício.

3.5 Consentimento livre e esclarecido

Os indivíduos elegíveis para pesquisa foram convidados a participar pelo pesquisador. Neste momento, foram apresentadas informações sobre a pesquisa (objetivos, riscos, benefícios, e procedimentos aos quais serão submetidos). Confirmado o desejo de participar voluntariamente da pesquisa, foi entregue uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C), para leitura do conteúdo e esclarecimento de dúvidas. Só então, com a assinatura do termo formalizou-se a participação do indivíduo na pesquisa.

3.6 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu com a ida do pesquisador ao ambiente de trabalho dos profissionais enfermeiros nos municípios de Maceió e Arapiraca ambos no estado de Alagoas, com o instrumento de coleta (Apêndice A) para responderem de forma individualizada. Para tanto, foi realizado contato com as unidades, para identificação do número de enfermeiros assistenciais.

3.7 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados aplicado sob a forma de questionário semi-estruturado contendo 20 questões, que se subdividem entre questões de identificação da amostra e questões específicas que abordam os materiais utilizados no procedimento de intubação traqueal, técnicas de manuseio dos materiais, manuseio do paciente como o posicionamento e transporte do mesmo, e do registro de enfermagem. Os enfermeiros responderam de forma objetivas e subjetivas.

3.8 Variáveis

As variáveis foram coletadas pelo pesquisador principal durante o momento da entrevista de cada um dos participantes por meio de questionário semi-estruturado após a aprovação de participação no estudo com a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

A variável primária é sobre ações do enfermeiro na intubação traqueal de paciente em situação de emergência durante atendimento pré-hospitalar e da necessidade de elaborar um protocolo para tal procedimento, definida com as ações do enfermeiros vistas pelo próprio indivíduo enfermeiro na sua posição diante do procedimento de intubação em relação aos seus objetivos, instrumentos, padrões e formação acadêmica. As ações foram determinadas utilizando um questionário composto por 20 questões. O questionário foi aplicado, *in locu*, uma única vez, após o sujeito da pesquisa ter sido recrutado.

Formação – Representa o perfil do profissional enfermeiro que atua na assistência pré-hospitalar com a formação acadêmica detalhando a escala de estudo, identificando seu local de atuação e o tempo em que o mesmo está ativo em tal assistência. Esta variável foi avaliada de forma aberta, direcionada e espontânea mediante a resposta das seguintes perguntas (questões 1, 2 e 3 do questionário estruturado) “Nível de instrução”, “Enfermeiro Atuante no APH Móvel no Município?” e “Quanto tempo está na assistência do APH?”

Identificação do procedimento – corresponde à capacidade do profissional enfermeiro identificar no paciente a necessidade de aporte respiratório invasivo, por meio de avaliação clínica do paciente. Esta variável foi avaliada de forma aberta,

espontânea e de acordo com o embasamento clínico de sinais e sintomas do entrevistado mediante resposta as perguntas (questões 4 e 5 do questionário estruturado) “Sabe identificar a necessidade de intubação traqueal?” e “Em que tipos de ocorrência realiza-se a intubação?”

Protocolo – corresponde o instrumento de normatização com os critérios a serem cumpridos no detrimento de determinada atividade diante da competência dos cuidados de enfermagem, levando em consideração a opinião de cada profissional sobre a necessidade da implantação do instrumento. Esta variável foi avaliada de forma aberta, direcionada e de acordo com a visão do profissional da necessidade da existência do protocolo e seu conteúdo (questões 6, 7 e 8 do questionário estruturado) “Existe no serviço algum protocolo para a assistência a intubação?”, “Acha que deveria existir?” e “Se você fosse contribuir para o desenvolvimento de um protocolo para intubação traqueal, acredita que nele deve conter identificado as situações em que há necessidade de intubação?”

Materiais utilizados – Corresponde aos materiais que o enfermeiro reconhece como necessários para serem utilizados durante o procedimento de intubação ventilatória para que a técnica ocorra da forma mais segura e com o mínimo de danos para o paciente, além da ordem em que ela é apresentada. Esta variável foi avaliada de forma aberta, espontânea e de acordo com a memória do entrevistado, mediante a resposta da seguinte pergunta (questão 9 do questionário estruturado) “Quais os materiais utilizados? Deve vir a ordem do uso no protocolo?”

Cuff/manguito – corresponde a um material localizado ao redor do tubo endotraqueal que quando inflado com ar se molda a traqueia vedando o espaço entre a parede da traqueia e o tubo, tendo como função a manutenção da ventilação mecânica. Devendo ser essencial para a eficácia do cuff a regulação da pressão calibrada ao mesmo, assim deve ser levado em consideração a pressão e anatomia do paciente. esta variável foi avaliada de forma aberta, espontânea e de acordo com a prática do entrevistado, mediante a resposta da seguinte pergunta (questão 10 do questionário estruturado) “Como é realizado o teste do cuff em relação a pressão insuflada e em relação ao paciente, deve ter no protocolo este item?”

Acesso venoso – corresponde discriminação das situações em que o paciente necessitará do acesso venoso diante do estado clínico e da prescrição médica, e ainda a relevância deste item no protocolo. Esta variável foi avaliada de forma aberta, espontânea e de acordo com a visão crítica do entrevistado, mediante a resposta da seguinte pergunta (questão 11 do questionário estruturado) “Quando fazer o acesso venoso para intubação, deve vir discriminado no protocolo?”

Intubação – corresponde a sequência de ações de competência da enfermagem para a realização do procedimento de intubação diante da ordem de ações levando em consideração material, manuseio do paciente e equipamentos de proteção individual, auxílio médico e ainda se há necessidade deste item descritivo no protocolo. Esta variável foi avaliada de forma aberta e direcionada de acordo com a prática exercida pelo profissional na assistência, mediante a resposta da seguinte pergunta (questões 12 e 13 do questionário estruturado) “Enumere a sequência de etapas para prestar assistência na intubação”, “Dentro do protocolo acredita que este item precisa existir e como aparecer?” e “Enumere a ordem que ocorre o auxílio ao médico”

Serviço – corresponde ao SAMU como prestador do serviço de urgência que segue as diretrizes do Ministério da Saúde que prioriza os princípios do SUS, com o objetivo de garantir a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada, e com responsabilidade de capacitar seus funcionários graças a política de educação permanente. Esta variável foi avaliada de forma aberta, espontânea e de acordo com a visão crítica do entrevistado, mediante a resposta da seguinte pergunta (questão 14 do questionário estruturado) “O Serviço disponibiliza treinamento sobre a intubação?”

Posicionamento – corresponde a visão crítico-racional do enfermeiro diante do manuseio e da posição física do paciente, levando em consideração seu estado clínico e a necessidade da segurança e conforto para o transporte do mesmo, e ainda a relevância deste item no protocolo. Esta variável foi avaliada de forma aberta, espontânea e de acordo com a visão crítica do entrevistado, mediante a resposta da seguinte pergunta (questão 15 do questionário estruturado) “Sobre o posicionamento do paciente deve conter os tipos e situações em que devem ocorrer no protocolo? Quais situações precisariam estar presentes?”

Fixação – corresponde a fixação do tubo endotraqueal no paciente que visa a segurança, facilidade de manuseio e durabilidade da fixação com o intuito de evitar que ocorra complicações como a extubação acidental e as lesões de pele; e ainda a relevância deste item no protocolo. Esta variável foi avaliada de forma aberta, espontânea e de acordo com a visão crítica do entrevistado, mediante a resposta da seguinte pergunta (questão 16 do questionário estruturado) “Como se dá a fixação do tubo? A forma de fixar depende de que? Deve conter este item no protocolo?”

Registro – corresponde ao registro de enfermagem diante do cuidado prestado na assistência ao paciente, o registro é um documento válido garantindo ao paciente a continuidade de seu cuidado. E contempla informações subjetivas e objetivas do paciente, constitui-se em um dos mais importantes indicadores da qualidade prestada, afinal, informação não registrada é informação perdida. Esta variável foi avaliada de forma aberta, espontânea e de acordo com a visão crítica do entrevistado, mediante a resposta da seguinte pergunta (questões 17 e 18 do formulário estruturado) “É realizado o registro de enfermagem sobre a intubação?” e “Onde o registro de enfermagem é realizado?”

Transporte – corresponde ao transporte do paciente crítico e a necessidade de cuidados adicionais sendo este o transporte inter-hospitalar. O transporte do paciente crítico sempre envolve uma série de riscos ao paciente para a manutenção da estabilidade clínica do mesmo; e ainda a relevância deste item no protocolo. Esta variável foi avaliada de forma aberta, direcionada e de acordo com a visão crítica do entrevistado, mediante a resposta da seguinte pergunta (questão 19 do formulário estruturado) “No transporte do paciente quais cuidados de enfermagem”

Contribuição adicional – corresponde à contribuição do entrevistado com seu ponto de vista pessoal diante da construção do protocolo. Esta variável foi avaliada de forma aberta, espontânea e de acordo com a visão crítica do entrevistado, mediante a resposta da seguinte pergunta (questão 20 do questionário estruturado) “Há algo no questionário que acha importante acrescentar?”

3.9 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram tabulados em planilha Microsoft Excel® e analisados no pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Statistics®).

Para análise descritiva foi realizado frequência absoluta e relativa; e para a análise inferencial foram utilizados os testes estatísticos Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher. Além disto, foi utilizado como medida de associação o Odds ratio e intervalo de confiança. A significância estatística foi considerada quando $p \leq 0,005$.

4. Ética da pesquisa

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas com número de identificação CAAE – 64032616.9.0000.5013 (Anexo III). Os participantes aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

5. Resultados

Foram entrevistados 24 enfermeiros das unidades SAMU, sendo 11 enfermeiros da unidade Arapiraca e 13 enfermeiros da unidade Maceió que responderam a um questionário com informações baseadas nos dados de formação profissional, identificação das situações para realização do procedimento e itens que constariam em protocolo. A partir das respostas foi traçado um perfil das participantes conforme o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Tabela 1 – Associação entre a capacidade de identificar a necessidade de intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

		Capaz de identificar a necessidade de intubação traqueal				p valor	OR	IC95%
		Sim		Não				
		N	%	N	%			
Nível de instrução								
	Graduação	3	12,5	0	0	0,804**	-	-
	Pós-graduação lato sensu	18	75	2	8,3			
	Mestrado	1	4,2	0	0			
Município de atuação								
	Arapiraca	9	37,5	2	8,3	0,199*	0,818	0,619-1,081
	Maceió	13	54,2	0	0			
		N	Media (±dp)		EPM	Valor de p	mínimo	máximo
Tempo de assistência								
	Sim	22	89,5455(±50,44632		10,75519	0,652#	1,00	162,00
	Não	2	72,0000(±67,88225		48,00000			

*Valor de p realizado teste de fisher.

** Valor de p realizado teste de person.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

O nível de instrução não interfere na capacidade de identificar a necessidade de intubação traqueal, pois o valor de p é 0,804. Em que se sobressai 75% dos enfermeiros detêm pós-graduação lato sensu. Da mesma forma quanto o enfermeiro atuante no município de Arapiraca ou Maceió esta condição não interfere na capacidade de identificação da necessidade de intubação traqueal, pois o valor de p é 0,199.

Apesar dos enfermeiros atuantes de Maceió descreveram possuir numericamente maior capacidade em comparação aos enfermeiros de Arapiraca. E

em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,652.

Sobre os tipos de ocorrências os entrevistados descreveram quatro tipos de situações apresentadas pelos pacientes ou vítimas em que há possibilidade de realizar o procedimento em questão: trauma, Glasgow menor ou igual a oito, qualquer evento Clínico de emergencia e Gaspig.

Tabela 2 – Descrição dos tipos de ocorrências citados pelos enfermeiros.

Tipos de ocorrências	Nº de vezes citados
Trauma	17
Glasgow menor igual a oito	14
Clinica	14
Gaspig	6

Tabela 3 – Associação entre a identificação do trauma como ocorrência para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Trauma como ocorrência para a intubação traqueal										
		Sim		Não		Não respondeu		p valor	OR	IC95%
		N	%	N	%	N	%			
Nível de instrução										
Graduação		2	8,3	0	0	1	4,2	0,088**	-	-
Pós-graduação lato sensu		15	62,5	5	20,8	0	0			
Mestrado		1	4,2	0	0	0	0			
Município de atuação										
Arapiraca		9	37,5	2	8,3	0	0	0,594**		
Maceió		9	37,5	3	12,5	1	4,2			

	N	Media (±dp)	EPM	Valor de p	mínimo	Máximo	
Tempo de assistência							
Sim	18	91,8333(±52,23505)	12,31192	0,304 [#]	1,00	162,00	
Não	5	88,4000(±42,43583)	18,97788		36,00	132,00	

** Valor de p realizado teste de person.

[#] Valor de p realizado Teste de Kruskal- Wallis de Amostras Independentes.

O trauma foi citado pelos enfermeiros como uma das situações de necessidade de intubação traqueal. E o nível de instrução não interfere na escolha de trauma como situação, pois o valor de p é 0,088. Da mesma forma não houve interferência na escolha de trauma como situação de necessidade de intubação

traqueal quanto o município de atuação dos enfermeiros, pois o valor de p é 0,594. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,304.

Tabela 4 – Associação entre a identificação da Escala de Glasgow menor/igual a oito como ocorrência para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

		Glasgow menor/igual a oito como ocorrência para a intubação traqueal						p valor	OR	IC95%
		Sim		Não		Não respondeu				
		N	%	N	%	N	%			
Nível de instrução										
	Graduação	2	8,3	0	0	1	4,2	0,043**	-	-
	Pós-graduação lato sensu	12	50	8	33,3	0	0			
	Mestrado	0	0	1	4,2	0	0			
Município de atuação										
	Arapiraca	7	29,2	4	16,7	0	0	0,622**		
	Maceió	7	29,2	5	20,8	1	4,2			

	N	Média (±dp)	EPM	Valor de p	mínimo	Máximo
Tempo de assistência						
Sim	14	94,2857 (±47,54824)	12,70780	0,300 [#]	20,00	156,00
Não	9	86,1111 (±54,63159)	18,21053		1,00	162,00

** Valor de p realizado teste de person.

[#] Valor de p realizado Teste de Kruskal- Wallis de Amostras Independentes.

Outra situação citada pelos enfermeiros como necessária à intervenção de intubação traqueal é diante do uso da Escala de Glasgow igual/inferior a oito. E o nível de instrução não interfere na escolha de trauma como situação, pois o valor de p é 0,043. Da mesma forma não houve interferência na escolha de trauma como situação de necessidade de intubação traqueal quanto o município de atuação dos enfermeiros, pois o valor de p é 0,622. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,300.

Tabela 5 – Associação entre a identificação da clinica como ocorrência para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Clinica como ocorrência para a intubação traqueal										p valor	OR	IC95%
Sim		Não		Não respondeu								
N	%	N	%	N	%							

Nível de instrução									
Graduação	2	8,3	0	0	1	4,2			
Pós-graduação lato sensu	12	50	8	33,3	0	0	0,065**	-	-
Mestrado	1	4,2	0	0	0	0			
Município de atuação									
Arapiraca	8	33,3	3	12,5	0	0	0,494**		
Maceió	7	29,7	5	20,8	1	4,2			
	N	Media ($\pm dp$)		EPM	Valor de p	mínimo	Máximo		
Tempo de assistência									
Sim	15	97,6000($\pm 50,92403$)		13,14853		20,00	162,00		
Não	8	78,8750($\pm 47,0549$)		16,63627	0,220 [#]	1,00	144,00		

** Valor de p realizado teste de person.

Valor de p realizado Teste de Kruskal- Wallis de Amostras Independentes.

A situação citada como Clínica, podendo ser obstétrica ou neonatal, também foi incluída pelos enfermeiros como necessária à intervenção de intubação traqueal. E o nível de instrução não interfere na escolha de trauma como situação, pois o valor de p é 0,065; como também não houve interferência em relação ao município de atuação com valor de p 0,494. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,220.

Tabela 6 – Associação entre a identificação de Gaspig como ocorrência para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Gaspig como ocorrência para a intubação traqueal									
	Sim		Não		Não respondeu		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%	N	%			
Nível de instrução									
Graduação	0	0	2	8,3	1	4,2			
Pós-graduação lato sensu	7	29,2	13	54,2	0	0	0,073**	-	-
Mestrado	0	0	1	4,2	0	0			
Município de atuação									
Arapiraca	5	20,8	6	25	0	0			
Maceió	2	8,3	10	41,7	1	4,2	0,208**		
	N	Media ($\pm dp$)		EPM	Valor de p	mínimo	Máximo		
Tempo de assistência									
Sim	7	115,4286($\pm 32,83726$)		12,41132		72,00	156,00		
Não	16	80,4375($\pm 52,40988$)		13,10247	0,113 [#]	1,00	162,00		

** Valor de p realizado teste de person.

Valor de p realizado Teste de Kruskal- Wallis de Amostras Independentes.

A situação de Gasping foi citada pelos enfermeiros como também uma situação de necessidade para intubação traqueal e não houve interferência por nível de instrução para identificação de tal situação, pois o valor de p é 0,073. Em relação ao município de atuação também não houve interferência, pois o valor de p é 0,208. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,113.

Tabela 7 – Associação entre o serviço possuir um protocolo para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Protocolo do serviço para intubação traqueal								
		Sim		Não		p valor	OR	IC95%
		N	%	N	%			
Nível de instrução								
Graduação		1	4,2	2	8,3	0,470**	-	-
Pós-graduação		8	33,3	12	50			
lato sensu								
Mestrado		1	4,2	0	0			
Município de atuação								
Arapiraca		4	16,7	7	29,2	0,473*	0,667	0,129-3,446
Maceió		6	25	7	29,2			

	N	Média (±dp)	EPM	Valor de p	mínimo	máximo
Tempo de assistência						
Sim	10	110,4000(±37,86291	11,97330	0,074#	60,00	156,00
Não	14	72.1429(± 53.47445)	14.29165		1.00	162.00

*Valor de p realizado teste de fisher.

** Valor de p realizado teste de person.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

O nível de instrução não interfere no conhecimento da existência de um protocolo para intubação traqueal do serviço, valor de p é 0,470. A maioria dos enfermeiros de 50% nega a existência de um protocolo. Igualmente o município de atuação não interfere com o valor de p 0,473. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,074.

De todos os entrevistados dezoito responderam sobre a criação do serviço de um protocolo para intubação traqueal e a resposta dos dezoito foi afirmativa para construção do protocolo.

Tabela 8 – Associação entre a inclusão das situações para intubação traqueal no protocolo e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Protocolo: situações/necessidades para intubação traqueal							
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	3	13	0	0	0,695**	-	-
Pós-graduação	16	69,6	3	13			
lato sensu							
Mestrado	1	4,3	0	0			
Município de atuação							
Arapiraca	9	39,1	2	8,7	0,466*	0,409	0,032-5,276
Maceió	11	47,8	1	4,3			
	N	Media (±dp)	EPM	Valor de p	mínimo	máximo	
Tempo de assistência							
Sim	20	82,3000 (±47,39765)	10,59844	0,457#	1,00	162,00	
Não	3	104,0000(± 70,31358)	40,59557		24,00	156,00	

*Valor de p realizado teste de fisher.

** Valor de p realizado teste de person.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

O nível de instrução não altera a condição do enfermeiro de identificar a necessidade de inclusão das situações em que se faz necessário a intubação traqueal no protocolo, pois o valor de p é 0,695. Sendo a maioria de dezoito enfermeiros afirmam a relevância das situações estarem presentes no protocolo. Em relação ao município de atuação também não houve alteração, pois o valor de p é 0,466. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,457.

Sobre os materiais necessários para a realização do procedimento os entrevistados descreveram dezesseis matérias: Laringoscópio, Fio guia, Tubo, Seringa, Cadarço ou esparadrapo, Medicação de sedação, Ambu, Material de acesso venoso, Laminas, Solução fisiológica, Sonda de aspiração, Luvas, Estetoscópio, Cardioversor, Oxímetro, Ventilador mecânico/oxigênio.

Tabela 9 – Relação dos materiais usados para a realização do procedimento citados pelos enfermeiros.

Materiais	Nº de vezes que foram citados
Laringoscópio	19
Fio guia	12
Tubo	22
Seringa	20
Cadarço ou esparadrapo	20
Medicação de sedação	11
Ventilador mecânico/Ambu	16

Material de acesso venoso	2
Laminas	8
Solução fisiológica	1
Sonda de aspiração	3
Luvas	2
Estetoscópio	4
Cardioversor	2
Oxímetro	2
Torpedo de oxigênio	13

Tabela 10 – Associação entre o laringoscópio como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Laringoscópio: material para realizar a intubação traqueal							
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	3	14,3	0	0	0,662**	-	-
Pós-graduação	14	66,7	3	14,3			
lato sensu							
Mestrado	1	4,8	0	0			
Município de atuação							
Arapiraca	7	33,3	2	9,5	0,388*	0,318	0,024-4,202
Maceió	11	52,4	1	4,8			
	N	Media (±dp)	EPM	Valor de p	mínimo	Máximo	
Tempo de assistência							
Sim	18	82,0556(± 48,30841)	11,38640	0,307#	19,00	162,00	
Não	3	116,0000(±30,19934)	17,43560		84,00	156,00	

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Nos materiais, foi citado pelos enfermeiros, para realizar a intubação traqueal o laringoscópio e não houve alteração em relação ao nível de instrução, pois o valor de p é 0,662. Igualmente ocorre no município de atuação com o valor de p 0,388. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,307.

Tabela 11 – Associação entre o fio guia como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Fio guia: material para realizar a intubação traqueal							
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	2	9,5	1	4,8			

Pós-graduação lato sensu	9	42,9	8	38,1	0,612**	-	-
Mestrado	1	4,8	0	0			
Município de atuação							
Arapiraca	5	23,8	4	19	0,623*	0,893	0,156-5,113
Maceió	7	33,3	5	23,8			
	N	Media (±dp)	EPM	Valor de p	mínimo	Máximo	
Tempo de assistência							
Sim	12	78,0833(± 49,08704)	14,17021	0,345#	19,00	162,00	
Não	9	98,6667(± 44,40721)	14,80240		24,00	156,00	

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Nos materiais necessários para realização da intubação traqueal, os enfermeiros citaram, o fio guia e não houve alteração em relação ao nível de instrução, pois o valor de p é 0,612. Igualmente ocorre no município de atuação com o valor de p 0,623. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,345.

Nos materiais necessários para realização da intubação traqueal, os enfermeiros citaram, também o tubo em que a maioria de 22 dos entrevistados citaram o material e não houve alteração em relação ao nível de instrução e nem em relação ao município de atuação.

Tabela 12 – Associação entre a seringa como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Seringa: material para realizar a intubação traqueal							
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	3	14,3	0	0	0,006**	-	-
Pós-graduação lato sensu	16	76,2	1	4,8			
Mestrado	0	0	1	4,8			
Município de atuação							
Arapiraca	9	42,9	0	0	0,314*	1,200	0,932-1,546
Maceió	10	47,6	2	9,5			
	N	Media (±dp)	EPM	Valor de p	mínimo	Máximo	
Tempo de assistência							
Sim	19	83,4211(±47,14860)	10,93396	0,286#	19,00	162,00	
Não	2	120,0000(± 33,94113)	24,00000		96,00	144,00	

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Nos materiais necessários para realização da intubação traqueal, os enfermeiros citaram, a seringa e não houve alteração em relação ao nível de instrução, pois o valor de p é 0,006. Igualmente ocorre no município de atuação com o valor de p 0,314. Em que a maioria de 19 enfermeiros citaram este material como necessário para a realização do procedimento de intubação traqueal. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,286.

Tabela 13 – Associação entre o cadarço ou esparadrapo como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Cadarço ou esparadrapo: material para realizar a intubação traqueal								
		Sim		Não		p valor	OR	IC95%
		N	%	N	%			
Nível de instrução								
Graduação		3	14,3	0	0	0,006**	-	-
Pós-graduação		16	76,2	1	4,8			
lato sensu								
Mestrado		0	0	1	4,8			
Município de atuação								
Arapiraca		9	42,9	0	0	0,314*	1,200	0,395-0,876
Maceió		10	47,6	2	9,5			
		N	Media (±dp)		EPM	Valor de p	mínimo	Máximo
Tempo de assistência								
Sim		19	89,1053(± 48,12818)		11,04136	0,685#	19,00	162,00
Não		2	66.0000 (±42.42641)		30.00000		36.00	96.00

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Nos materiais necessários para realização da intubação traqueal, os enfermeiros citaram, o cadarço ou esparadrapo e não houve alteração em relação ao nível de instrução, pois o valor de p é 0,006. Igualmente ocorre no município de atuação com o valor de p 0,314. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,685.

Tabela 14 – Associação entre o material de sedação como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Medicação de sedação: material para realizar a intubação traqueal	
Sim	Não

	N	%	N	%	p valor	OR	IC95%
Nível de instrução							
Graduação	1	4,8	2	9,5			
Pós-graduação	10	47,6	7	33,3			
lato sensu					0,403**	-	-
Mestrado	0	0	1	4,8			
Município de atuação							
Arapiraca	6	28,6	3	14,3			
Maceió	5	23,8	7	33,3	0,245*	2,800	0,463-16,929
	N	Media ($\pm$ dp)		EPM	Valor de p	mínimo	máximo
Tempo de assistência							
Sim	11	86,2727 ($\pm$ 50,08411)		15,10093		19,00	156,00
Não	10	87,6000 ($\pm$ 46,38774)		14,66909	1,000#	20,00	162,00

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Nos materiais necessários para realização da intubação traqueal, os enfermeiros citaram, a medicação de sedação e não houve alteração em relação ao nível de instrução, pois o valor de p é 0,403. Igualmente ocorre no município de atuação com o valor de p 0,245. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 1,000.

Tabela 15 – Associação entre o ventilador mecânico/ambu como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Ventilador mecânico/Ambu: material para realizar a intubação traqueal							
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	2	9,5	1	4,8			
Pós-graduação	13	61,9	4	19			
lato sensu					0,253**	-	-
Mestrado	0	0	1	4,8			
Município de atuação							
Arapiraca	8	38,1	1	4,8			
Maceió	7	33,3	5	23,8	0,148*	5,714	0,532-61,410
	N	Media ($\pm$ dp)		EPM	Valor de p	mínimo	Máximo
Tempo de assistência							
Sim	15	93,0000 ($\pm$ 49,77234)		12,85116		19,00	162,00
Não	6	71,6667 ($\pm$ 39,56598)		16,15274	0,424#	24,00	130,00

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Nos materiais necessários para realização da intubação traqueal, os enfermeiros citaram, o Ambu e não houve alteração em relação ao nível de instrução, pois o valor de p é 0,253. Igualmente ocorre no município de atuação com o valor de p 0,148. Em que a maioria de 15 enfermeiros citaram este material como necessário para a realização do procedimento. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,424.

Tabela 16 – Associação entre o material de acesso venoso como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Material de acesso venoso: material para realizar a intubação traqueal							
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	1	4,8	2	9,5	0,310**	-	-
Pós-graduação lato sensu	1	4,8	16	76,2			
Mestrado	0	0	1	4,8			
Município de atuação							
Arapiraca	0	0	9	42,9	0,314*	1,200	0,932-1,546
Maceió	2	9,5	10	47,6			
	N	Media (±dp)		EPM	Valor de p	mínimo	Máximo
Tempo de assistência							
Sim	2	81,5000 (± 88,38835)		62,50000	0,771#	19,00	144,00
Não	19	87,4737 (± 45,08186)		10,34249		20,00	162,00

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Nos materiais necessários para realização da intubação traqueal, os enfermeiros citaram, o material para acesso venoso e não houve alteração em relação ao nível de instrução, pois o valor de p é 0,310. Igualmente ocorre no município de atuação com o valor de p 0,314. Em que a maioria de 19 enfermeiros não citaram este material como necessário para a realização do procedimento. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,771.

Tabela 17 – Associação entre as lâminas como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Lâminas: material para realizar a intubação traqueal

	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	1	5	1	5	0,318**	-	-
Pós-graduação lato sensu	5	25	12	60			
Mestrado	1	5	0	0			
Município de atuação							
Arapiraca	3	15	6	30	0,630*	0,875	0,137-5,576
Maceió	4	20	7	35			
	N	Media ($\pm$ dp)		EPM	Valor de p	mínimo	máximo

Tempo de assistência							
Sim	7	101,4286 ($\pm$ 48,72664)		18,41694	0,438 [#]	20,00	162,00
Não	13	84,3077 ($\pm$ 44,75747)		12,41349		24,00	156,00

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

[#] Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Nos materiais necessários para realização da intubação traqueal, os enfermeiros citaram, as laminas para acesso venoso e não houve alteração em relação ao nível de instrução, pois o valor de p é 0,318. Igualmente ocorre no município de atuação com o valor de p 0,630. Em que apenas 7 enfermeiros citaram este material como necessário para a realização do procedimento. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,438.

Tabela 18 – Associação entre a solução fisiológica como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

		Solução fisiológica: material para realizar a intubação traqueal						
		Sim		Não		p valor	OR	IC95%
		N	%	N	%			
Nível de instrução								
	Graduação	0	0	3	15	0,877**	-	-
	Pós-graduação lato sensu	1	5	15	75			
	Mestrado	0	0	1	5			
Município de atuação								
	Arapiraca	0	0	8	40	0,600*	1,091	0,920-1,294
	Maceió	1	5	11	55			
		N	Media (±dp)		EPM	Valor de p	mínimo	Máximo
Tempo de assistência								
Sim		1	156,0000		-	0,200#	156,00	156,00
Não		19	83.1053(+46.78663)		10.73359		19.00	162.00

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

[#] Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Nos materiais necessários para realização da intubação traqueal, os enfermeiros citaram, a solução fisiológica e não houve alteração em relação ao nível de instrução, pois o valor de p é 0,877. Igualmente ocorre no município de atuação com o valor de p 0,600. Em que 19 enfermeiros não citaram este material como necessário para a realização do procedimento. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,200.

Tabela 19 – Associação entre a sonda de aspiração como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Sonda de aspiração: material para realizar a intubação traqueal							
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	0	0	3	14,3	0,662**	-	-
Pós-graduação lato sensu	3	14,3	12	66,7			
Mestrado	0	0	1	4,8			
Município de atuação							
Arapiraca	2	9,5	7	33,3	0,388*	3,143	0,238-41,507
Maceió	1	4,8	11	52,4			
	N	Media (±dp)		EPM	Valor de p	mínimo	Máximo
Tempo de assistência							
Sim	3	106,0000 (±44,22669)		25,53429	0,471#	72,00	156,00
Não	18	83,7222 (±48,06345)		11,32866		19,00	162,00

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Nos materiais necessários para realização da intubação traqueal, os enfermeiros citaram, a sonda de aspiração e não houve alteração em relação ao nível de instrução, pois o valor de p é 0,662. Igualmente ocorre no município de atuação com o valor de p 0,388. Em que 18 enfermeiros não citaram este material como necessário para a realização do procedimento. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,471.

Tabela 20 – Associação entre a luva como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Luva: material para realizar a intubação traqueal

	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	1	5,3	2	10,5	0,366**	-	-
Pós-graduação lato sensu	1	5,3	14	73,7			
Mestrado	0	0	1	5,3			
Município de atuação							
Arapiraca	1	5,3	6	31,6	0,614*	1,833	0,096-34,849
Maceió	1	5,3	11	57,9			
	N	Media (±dp)		EPM	Valor de p	mínimo	máximo
Tempo de assistência							
Sim	2	75,0000(± 77,78175)		55,00000	0,655 [#]	20,00	130,00
Não	17	89,0000(±48,61841)		11,79170		19,00	162,00

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

[#] Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Nos materiais necessários para realização da intubação traqueal, os enfermeiros citaram, a sonda de aspiração e não houve alteração em relação ao nível de instrução, pois o valor de p é 0,366. Igualmente ocorre no município de atuação com o valor de p 0,614. Em que apenas 2 enfermeiros citaram este material como necessário para a realização do procedimento. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,655.

Tabela 21 – Associação entre o estetoscópio como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Estetoscópio: material para realizar a intubação traqueal							
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	1	4,8	2	9,5	0,721**	-	-
Pós-graduação lato sensu	3	14,3	14	66,7			
Mestrado	0	0	1	4,8			
Município de atuação							
Arapiraca	2	9,5	7	33,3	0,586*	1,429	0,161-12,701
Maceió	2	9,5	10	47,6			
	N	Media (±dp)		EPM	Valor de p	mínimo	máximo
Tempo de assistência							
Sim	4	81,5000(±51,15662)		25,57831	0,829 [#]	20,00	144,00
Não	17	88,1765(±47,73918)		11,57845		19,00	162,00

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

[#] Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Ainda no item de materiais necessários para realização da intubação traqueal, os enfermeiros citaram, o estetoscópio e não houve alteração em relação ao nível de instrução, pois o valor de p é 0,721. Igualmente ocorre no município de atuação com o valor de p 0,586. Em que apenas 4 enfermeiros citaram este material como necessário para a realização do procedimento. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,829.

Tabela 22 – Associação entre o cardioversor como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Cardioversor: material para realizar a intubação traqueal							
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	0	0	3	14,3	0,771**	-	-
Pós-graduação	2	9,5	15	71,4			
lato sensu							
Mestrado	0	0	1	4,8			
Município de atuação							
Arapiraca	2	9,5	7	33,3	0,171*	0,778	0,549-1,103
Maceió	0	0	12	57,1			

	N	Media (±dp)	EPM	Valor de p	mínimo	máximo
Tempo de assistência						
Sim	2	81,0000(±12,72792)	9,00000	1,000#	72,00	90,00
Não	19	87,5263(± 49,56519)	11,37103		19,00	162,00

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Ainda no item de materiais necessários para realização da intubação traqueal, os enfermeiros citaram, o cardioversor e não houve alteração em relação ao nível de instrução, pois o valor de p é 0,771. Igualmente ocorre no município de atuação com o valor de p 0,171. Apesar de 2 enfermeiros atuantes de Arapiraca descreveram tal material em comparação com nenhum enfermeiro de Maceió. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 1,000.

Tabela 23 – Associação entre o oxímetro como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Oxímetro: material para realizar a intubação traqueal

	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	0	0	3	14,3	0,771**	-	-
Pós-graduação lato sensu	2	9,5	15	71,4			
Mestrado	0	0	1	4,8			
Município de atuação							
Arapiraca	2	9,5	7	33,3	0,171*	0,778	0,549-1,103
Maceió	0	0	12	57,1			
	N	Media (±dp)		EPM	Valor de p	mínimo	máximo

Tempo de assistência							
Sim	2	81,0000(±12,72792)		9,00000	1,000 [#]	72,00	90,00
Não	19	87,5263(±49,56519)		11,37103		19,00	162,00

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

[#] Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Ainda em materiais necessários para realização da intubação traqueal, os enfermeiros citaram, o oxímetro e não houve alteração em relação ao nível de instrução, pois o valor de p é 0,771. Igualmente ocorre no município de atuação com o valor de p 0,171. Apesar de 7 enfermeiros atuantes de Arapiraca não descreveram tal material em comparação com 12 enfermeiro de Maceió. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 1,000.

Tabela 24 – Associação entre o torpedo de oxigênio como material para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Torpedo de oxigênio: material para realizar a intubação traqueal										
		Sim		Não		Não respondeu		p valor	OR	IC95%
		N	%	N	%	N	%			
Nível de instrução										
	Graduação	1	4,2	1	4,2	1	4,2	0,580**	-	-
	Pós-graduação lato sensu	11	45,8	6	25	3	12,5			
	Mestrado	0	0	1	4,2	0	0			
Município de atuação										
	Arapiraca	6	25	3	12,5	2	8,3	0,845**		
	Maceió	6	25	5	20,8	2	8,3			

	N	Media (±dp)	EPM	Valor de p	mínimo	máximo
Tempo de assistência						
Sim	12	91,6667(± 47,18115)	13,62002	0,882 [#]	20,00	162,00
Não	8	88,2500(± 46,40736)	16,40748		24,00	156,00
Não respondeu	4	77,00000(±78,32837)	39,16418		1,00	156,00

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste de Kruskal- Wallis de Amostras Independentes.

O ultimo item de materiais necessários para realização da intubação traqueal, os enfermeiros, citado foi o ventilador mecânico ou oxigênio e não houve alteração em relação ao nível de instrução, pois o valor de p é 0,580. Igualmente ocorre no município de atuação com o valor de p 0,845. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,882.

Tabela 25 – Associação entre a realização do teste do cuff para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Realizar teste do cuff para intubação traqueal							
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	3	13	0	0	0,347**	-	-
Pós-graduação lato sensu	12	52,2	7	30,4			
Mestrado	1	4,3	0	0			
Município de atuação							
Arapiraca	6	26,1	5	21,7	0,148*	0,240	0,035-1,649
Maceió	10	43,5	2	8,7			
	N	Media (±dp)		EPM	Valor de p	mínimo	máximo
Tempo de assistência							
Sim	16	77,8750(± 50,60023)		12,65006	0,308#	1,00	156,00
Não	7	101,7143(± 45,87561)		17,33935		24,00	162,00

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Quanto a realização do teste do cuff o nível de instrução não interfere na realização do teste, pois o valor de p é 0,347. Em que se realça que 52,2% dos enfermeiros detentores de pós-graduação lato sensu realizarem o teste. Da mesma forma quanto o enfermeiro atuante no município de Arapiraca ou Maceió esta condição não interfere na realização do teste, pois o valor de p é 0,148.

Apesar da quantidade de enfermeiros atuantes de Maceió realizarem mais o teste do cuff em comparação aos enfermeiros de Arapiraca. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valo de p é 0,308.

Tabela 26 – Associação entre o momento em que se deve realizar o acesso venoso para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Quando realizar o acesso venoso para intubação traqueal							
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	2	15,4	0	0	0,846*	1,100	0,913-1,326
Pós-graduação lato sensu	10	76,9	1	7,7			
Mestrado	0	0	0	0			
Município de atuação							
Arapiraca	4	30,8	0	0	0,692*	1,125	0,893-1,417
Maceió	8	61,5	1	7,7			
	N	Media (±dp)		EPM	Valor de p	mínimo	máximo
Tempo de assistência							
Sim	12	98,6667(±58,76043)		16,96267	0,769#	1,00	162,00
Não	1	84,0000		-		84,00	84,00

*Valor de p realizado teste de fisher.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Sobre quando o acesso venoso deve ocorrer deve ocorrer o nível de instrução não interfere na capacidade de identificação da fase de realização do acesso venoso, pois o valor de p é 0,846. Em que 76,9% dos enfermeiros detentores de pós-graduação lato sensu responderam o momento para ocorrer o acesso venoso. Assim também não interfere na condição de identificar quando deve ocorrer o acesso venoso quanto o enfermeiro atuante no município de Arapiraca ou Maceió, pois o valor de p é 0,692. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,769.

Tabela 27 – Associação entre o momento em que se deve realizar o acesso venoso para intubação traqueal incluído no protocolo e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Quando realizar o acesso venoso para intubação traqueal deve estar no protocolo							
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	1	5,9	0	0	0,784**	-	-
Pós-graduação lato sensu	12	70,6	3	17,6			
Mestrado	1	5,9	0	0			
Município de atuação							

Arapiraca	7	41,2	1	5,9				
Maceió	7	41,2	2	11,8	0,547*	2,000	0,146-27,447	
	N	Media ($\pm$ dp)	EPM	Valor de p	mínimo	máximo		
Tempo de assistência								
Sim	14	111,1429($\pm$ 42,53299)	11,36742	0,156#	20,00	162,00		
Não	3	63,3333($\pm$ 58,04596)	33,51285		24,00	130,00		

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Ainda sobre quando o acesso venoso deve ocorrer e se deve estar no protocolo o nível de instrução não interfere na inclusão de tal item no protocolo, pois o valor de p é 0,784. Assim também não interfere na inclusão do quando deve ocorrer o acesso venoso no protocolo os enfermeiros atuantes nos municípios de Arapiraca ou Maceió, pois o valor de p é 0,547. Em que a maioria dos enfermeiros afirma que inclusão do item deve constar no protocolo. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,156.

Tabela 28 – Associação entre a existência de treinamento no serviço para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Existe treinamento no serviço para intubação traqueal								
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%	
	N	%	N	%				
Nível de instrução								
Graduação	2	8,3	1	4,2	0,757**	-	-	
Pós-graduação lato sensu	16	66,7	4	16,7				
Mestrado	1	4,2	0	0				
Município de atuação								
Arapiraca	9	37,5	2	8,3	0,585*	1,350	0,182-10,006	
Maceió	10	41,7	3	12,5				
	N	Media ($\pm$ dp)	EPM	Valor de p	mínimo	Máximo		
Tempo de assistência								
Sim	19	95,1053($\pm$ 48,51448)	11,12999	0,208#	1,00	162,00		
Não	5	61,4000($\pm$ 54,20148)	24,23964		19,00	132,00		

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Sobre existência de treinamento no serviço para o procedimento de intubação traqueal o nível de instrução não interfere, pois o valor de p é 0,757. Em que 19 enfermeiros afirmam que o serviço oferta o treinamento. O município de atuação também não interfere na condição de treinamento no serviço, pois o valor de p é

0,585. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as médias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,208.

Sobre as posições do paciente para a realização do procedimento os entrevistados descreveram quatro posições: Decúbito dorsal, Sentado, Da vitima, olfativa.

Tabela 29 – Descrição das posições do paciente para realização do procedimento citados pelos enfermeiros.

Posições do paciente	Nº de vezes que foram citados
Decúbito dorsal	4
Sentado	3
Da vitima	10
Olfativa	2

Tabela 30 – Associação entre a posição de decúbito dorsal do paciente para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Decúbito dorsal: posição do paciente para intubação traqueal										
		Sim		Não		Não respondeu		p valor	OR	IC95%
		N	%	N	%	N	%			
Nível de instrução										
	Graduação	0	0	1	10	0	0	0,274**		
	Pós-graduação lato sensu	4	40	2	20	3	30			
	Mestrado	0	0	0	0	0	0			
Município de atuação										
	Arapiraca	3	30	1	10	3	30	0,197**		
	Maceió	1	10	2	20	0	0			
		N	Media (±dp)			EPM	Valor de p	mínimo	máximo	
Tempo de assistência										
	Sim	4	106,5000(± 48,51448)			18,06239	0,788#	72,00	156,00	
	Não	3	111,3333(± 54,20148)			25,98290		60,00	144,00	
	Não respondeu	3	92,0000(± 36,66061)			21,16601		60,00	132,00	

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste de Kruskal- Wallis de Amostras Independentes.

No item posicionamento do paciente para realizar a intubação traqueal, o de decúbito dorsal citada pelos enfermeiros o nível de instrução não interfere na escolha de tal posição, pois o valor de p é 0,274. Em que a diferença numérica para os enfermeiros que citaram e os que não citaram é pequena. O município de atuação também não interfere na escolha da posição de decúbito dorsal, pois o valor

de p é 0,197. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,788.

Tabela 31 – Associação entre a posição de sentado do paciente para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Sentado: posição do paciente para intubação traqueal							
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	0	0	1	14,3	0,571*	2,000	0,899-4,452
Pós-graduação lato sensu	3	42,9	3	42,9			
Mestrado	0	0	0	0			
Município de atuação							
Arapiraca	2	28,6	2	28,6	0,629*	2,000	0,090-44,350
Maceió	1	14,3	2	28,6			
	N	Media ($\pm$ dp)		EPM	Valor de p	mínimo	máximo
Tempo de assistência							
Sim	3	118,0000($\pm$ 34,11744)		19,69772	0,629#	90,00	156,00
Não	4	101,5000($\pm$ 41,67733)		20,83867		60,00	144,00

*Valor de p realizado teste de fisher.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Em relação ao posicionamento do paciente para realizar a intubação traqueal, o sentado citado pelos enfermeiros o nível de instrução não interfere na escolha de tal posição, pois o valor de p é 0,571. Em que poucos enfermeiros que citaram essa posição. O município de atuação também não interfere na escolha da posição sentada, pois o valor de p é 0,629. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,629.

Tabela 32 – Associação entre a posição em que a vitima se encontra para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Da vitima: posição do paciente para intubação traqueal							
	Sim		Não		Não respondeu		p valor
	N	%	N	%	N	%	
Nível de instrução							
Graduação	1	7,7	0	0	0	0	0,850**
Pós-graduação lato sensu	9	69,2	1	7,7	2	15,4	
Município de atuação							
Arapiraca	5	38,5	1	7,7	2	15,4	0,296**
Maceió	5	38,5	0	0	0	0	

	N	Media ($\pm$ dp)	EPM	Valor de p	mínimo	Máximo
Tempo de assistência						
Sim	10	106,6000($\pm$ 51,57131)	16,30828	0,542 [#]	24,00	156,00
Não	1	72,0000	-		72,00	72,00
Não respondeu	2	72,0000($\pm$ 16,97056)	12,00000		60,00	84,00

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste de Kruskal- Wallis de Amostras Independentes.

Ainda sobre o posicionamento do paciente para realizar a intubação traqueal, ainda foi citada pelos enfermeiros a posição em que a vítima se encontra no momento da ocorrência o nível de instrução não interfere na escolha de tal posição, pois o valor de p é 0,850. Sendo esta posição a mais citada dentre todas as outras. O município de atuação também não interfere na escolha da posição sentada, pois o valor de p é 0,296. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,542.

Tabela 33 – Associação entre a posição olfativa do paciente para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Olfativa: posição do paciente para intubação traqueal										
		Sim		Não		Não respondeu		p valor	OR	IC95%
		N	%	N	%	N	%			
Nível de instrução										
	Graduação	0	0	1	4,2	2	8,3	0,938*	-	-
	Pós-graduação lato sensu	1	4,2	7	29,2	12	50			
	Mestrado	0	0	0	0	1	4,2			
Município de atuação										
	Arapiraca	1	4,2	3	12,5	7	29,2	0,494**	-	-
	Maceió	0	0	5	20,8	8	33,3			
		N	Media (±dp)			EPM	Valor de p	mínimo	máximo	
Tempo de assistência										
Sim		1	72,0000			-	0,498 [#]	72,00	72,00	
Não		8	105,5000(± 45,18849)			15,97655		24,00	156,00	
Não respondeu		15	79,8667(±53,86606)			13,90816		1,00	162,00	

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste de Kruskal- Wallis de Amostras Independentes.

No posicionamento do paciente para realizar a intubação traqueal, ainda foi citada pelos enfermeiros a posição olfativa e o nível de instrução não interfere na escolha de tal posição, pois o valor de p é 0,938. Sendo esta posição a menos citada dentre todas as outras. O município de atuação também não interfere na escolha da posição sentada, pois o valor de p é 0,494. E em relação ao tempo de

assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,498.

Em relação a fixação do tubo de todos os entrevistados apenas 6 responderam e todas as respostas foram sobre as orelhas.

Sobre a realização do registro de enfermagem para intubação traqueal, a totalidade de enfermeiros entrevistados afirmam que realizam o registro e o nível de instrução não interfere na realização do registro. O município de atuação também não interfere na realização do registro de enfermagem.

Tabela 34 – Associação entre onde é realizado o registro de enfermagem para intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Onde é realizado o registro de enfermagem para intubação traqueal							
	Evolução		Relatorio		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	1	4,2	2	8,3	0,350**	-	-
Pós-graduação lato sensu	6	25	14	58,3			
Mestrado	1	4,2	0	0			
Município de atuação							
Arapiraca	4	16,7	7	29,2	0,556*	1,286	0,234-7,051
Maceió	4	16,7	9	37,5			
	N	Media ($\pm$ dp)		EPM	Valor de p	mínimo	Máximo
Tempo de assistência							
Sim	8	73,0000($\pm$ 48,31149)		17,08069	0,264 [#]	1,00	144,00
Não	16	95,6250($\pm$ 51,34572)		12,83643		20,00	162,00

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

[#] Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Ainda sobre o registro com foco onde é realizado, duas opções foram citadas pelos enfermeiros entrevistados e o nível de instrução não interfere no documento em que é realizado o registro de enfermagem, pois o valor de p é 0,350. O município de atuação também não interfere no documento em que é realizado o registro de enfermagem, pois o valor de p é 0,556. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,264.

Tabela 35 – Associação entre os cuidados de enfermagem como a realização de ausculta pulmonar no transporte do paciente com intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Transporte do paciente: realizar ausculta pulmonar							
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	1	4,2	2	8,3	0,418**		
Pós-graduação lato sensu	13	54,2	7	29,2			
Mestrado	1	4,2	0	0			
Município de atuação							
Arapiraca	7	29,2	4	16,7	0,625*	1,094	0,208-5,756
Maceió	8	33,3	5	20,8			
	N	Media ($\pm dp$)		EPM	Valor de p	mínimo	Máximo
Tempo de assistência							
Sim	15	105,9333($\pm 48,28556$)		12,46728	0,025#	1,00	162,00
Não	9	58,3333($\pm 40,66325$)		13,55442		19,00	144,00

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

No transporte do paciente após a realização da intubação traqueal, a opção de cuidado de enfermagem de realizar ausculta pulmonar o nível de instrução não interfere na escolha de tal cuidado de enfermagem, pois o valor de p é 0,418. Ressalva que os enfermeiros detentores de pós-graduação lato sensu realizam em maior numero tal cuidado com 54,2%.

O município de atuação também não interfere na escolha de tal cuidado de enfermagem, pois o valor de p é 0,625. Mas em relação ao tempo de atuação existe uma diferença estatística significativa entre os grupos, pois o valor de p é 0,025.

Tabela 36 – Associação entre os cuidados de enfermagem como identificar posicionamento do tubo no transporte do paciente com intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Transporte do paciente: identificar posicionamento do tubo					
	Sim		Não		p valor
	N	%	N	%	
Nível de instrução					
Graduação	1	4,2	2	8,3	0,106**
Pós-graduação lato sensu	17	70,8	3	12,5	
Mestrado	1	4,2	0	0	
Município de atuação					

Arapiraca	9	37,5	2	8,3			
Maceió	10	41,7	3	12,5	0,585*	1,350	0,182-10,006
	N	Media (±dp)	EPM	Valor de p	mínimo	Máximo	
Tempo de assistência							
Sim	19	94,7895(±51,13661)	11,73154		1,00	162,00	
Não	5	62,6000(±43,13699)	19,29145	0,183 [#]	19,00	120,00	

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

[#] Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

No transporte do paciente após a realização da intubação traqueal, a opção de cuidado de enfermagem de identificar posicionamento do tubo o nível de instrução não interfere na escolha de tal cuidado de enfermagem, pois o valor de p é 0,106. Ressalva que os enfermeiros detentores de pós-graduação lato sensu realizam em maior numero tal cuidado com 70,8%. O município de atuação também não interfere na escolha de tal cuidado de enfermagem, pois o valor de p é 0,585. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,183.

Tabela 37 – Associação entre os cuidados de enfermagem como manter pressão do cuff durante o transporte do paciente com intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Transporte do paciente: manter pressão do cuff							
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	2	8,3	1	4,2			
Pós-graduação lato sensu	12	50	8	33,3			
Mestrado	1	4,2	0	0	0,713*	-	-
Município de atuação							
Arapiraca	4	16,7	7	29,2			
Maceió	11	45,8	2	8,3	0,021*	0,104	0,015-0,726
	N	Media (±dp)	EPM	Valor de p	mínimo	Máximo	
Tempo de assistência							
Sim	15	98,1333(± 57,61804)	14,87691		1,00	162,00	
Não	9	71,3333(±31,81195)	10,60398	0,194 [#]	24,00	120,00	

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

[#] Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

No transporte do paciente após a realização da intubação traqueal, a opção de cuidado de enfermagem de manter pressão do cuff o nível de instrução não interfere na escolha de tal cuidado de enfermagem, pois o valor de p é 0,713.

Ressalva que os enfermeiros detentores de pós-graduação lato sensu realizam em maior numero tal cuidado com 50%. O município de atuação também não interfere na escolha de tal cuidado de enfermagem, pois o valor de p é 0,021. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,194.

Tabela 38 – Associação entre os cuidados de enfermagem como hiperoxigenar durante o transporte do paciente com intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Transporte do paciente: hiperoxigenar							
	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	0	0	3	12,5			
Pós-graduação lato sensu	10	41,7	1	41,7			
Mestrado	0	0	0		0,180**	-	-
Município de atuação							
Arapiraca	6	25	5	20,8			
Maceió	4	16,7	9	37,5	0,223*	2,700	0,507-14,372
	N	Media (±dp)	EPM	Valor de p	mínimo	Máximo	
Tempo de assistencia							
Sim	10	105,5000(± 48,81541)	15,43679			1,00	162,00
Não	14	75,6429(±49,58847)	13,25308	0,172#		19,00	156,00

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

Ainda sobre o transporte do paciente após a realização da intubação traqueal, a opção de cuidado de enfermagem de hiperoxigenar o nível de instrução não interfere na escolha de tal cuidado de enfermagem, pois o valor de p é 0,180. A maioria dos enfermeiros optam por não realizar tal cuidado. O município de atuação também não interfere na escolha de tal cuidado de enfermagem, pois o valor de p é 0,223. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,172.

Tabela 39 – Associação entre os cuidados de enfermagem como inspecionar e promover limpeza durante o transporte do paciente com intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Transporte do paciente: inspecionar e promover limpeza

	Sim		Não		p valor	OR	IC95%
	N	%	N	%			
Nível de instrução							
Graduação	1	4,2	2	8,3	0,281**	-	-
Pós-graduação lato sensu	13	54,2	7	29,2			
Mestrado	0	0	1	4,2			
Município de atuação							
Arapiraca	7	29,2	3	16,7	0,473*	1,500	0,290-7,753
Maceió	7	29,2	6	25			
	N	Media (±dp)	EPM	Valor de p	mínimo	máximo	

Tempo de assistência

Sim	14	94,3571(±55,17191)	14,74531	0,472 [#]	1,00	162,00
Não	10	79,3000(±44,37229)	14,03175		19,00	156,00

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

[#] Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

No transporte do paciente após a realização da intubação traqueal, a opção de cuidado de enfermagem de inspecionar e promover limpeza o nível de instrução não interfere na escolha de tal cuidado de enfermagem, pois o valor de p é 0,281. Ressalva que os enfermeiros detentores de pós-graduação lato sensu realizam em maior numero tal cuidado com 54,2%. O município de atuação também não interfere na escolha de tal cuidado de enfermagem, pois o valor de p é 0,473. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,472.

Tabela 40 – Associação entre os cuidados de enfermagem como outros dados não descritos durante o transporte do paciente com intubação traqueal e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Transporte do paciente: outros dados não descritos

		Sim		Não		p valor	OR	IC95%
		N	%	N	%			
Nível de instrução								
	Graduação	0	0	3	13,6	0,680**	-	-
	Pós-graduação lato sensu	3	13,6	15	68,2			
	Mestrado	0	0	1	4,5			
Município de atuação								
	Arapiraca	3	13,6	7	31,8	0,078*	0,700	0,467-1,050
	Maceió	0	0	12	54,5			
		N	Media (±dp)	EPM	Valor de p	mínimo	máximo	
Tempo de assistência								
	Sim	3	132,0000(± 24,00000)	13,85641	0,160#	108,00	156,00	
	Não	19	82.8421(+52.88800)	12.13334		1,00	162,00	

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes.

No transporte do paciente após a realização da intubação traqueal, a opção de cuidado de enfermagem de inspecionar e promover limpeza o nível de instrução não interfere na escolha de tal cuidado de enfermagem, pois o valor de p é 0,680. O município de atuação também não interfere na escolha de tal cuidado de enfermagem, pois o valor de p é 0,078. Tal opção foi a menos contemplada. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,160.

Tabela 41 – Associação entre os cuidados de enfermagem no transporte do paciente com intubação traqueal incluídos no protocolo e o nível de instrução, município de atuação e tempo de assistência.

Os itens sobre o transporte do paciente devem constar no protocolo										
		Sim		Não		Não respondeu		p valor	OR	IC95%
		N	%	N	%	N	%			
Nível de instrução										
Graduação		1	4,2	0	0	2	8,3			
Pós-graduação lato sensu		14	58,3	2	8,3	4	16,7			
Mestrado		1	4,2	0	0	0	0	0,458*	-	-
Município de atuação										
Arapiraca		8	33,3	2	8,3	1	4,2			
Maceió		8	33,3	0	0	5	20,8	0,104*	-	-
		N	Media (±dp)		EPM		Valor de p	mínimo	máximo	
Tempo de assistência										
Sim		16	80,0625(±51,19957)		12,79989			1,00	162,00	
Não		2	101,0000(±41,01219)		29,00000		0,661#	72,00	130,00	
Não respondeu		6	105,1667(±53,84577)		21,98244			19,00	156,00	

*Valor de p realizado teste de fisher.

**Valor de p realizado teste de Pearson.

Valor de p realizado Teste de Kruskal- Wallis de Amostras Independentes.

Em relação a inclusão dos cuidados de enfermagem no protocolo para intubação traqueal o nível de instrução não interfere, pois o valor é 0,458. Da mesma forma o município de atuação não interfere na escolha da inclusão dos cuidados de enfermagem no protocolo, pois o valor é 0,104. Com a afirmação da inclusão dos cuidados por 16 enfermeiros no protocolo. E em relação ao tempo de assistência há diferença numérica entre as medias, mas não houve diferença estatística visto que o valor de p é 0,661.

6. Discussão

Em relação ao nível de escolaridade a maioria possui pós-graduação lato sensu, isso se deve há um crescimento significativo do sistema de pós-graduação brasileiro, no aumento do número de cursos e programas e de recursos humanos capacitados, gerando novos conhecimentos que são difundidos por meio da publicação de artigos em periódicos nacionais e internacionais. Esse processo teve impacto direto na projeção da área em nível internacional, uma vez que a Enfermagem brasileira ocupava o 17º lugar no ranking da base Scopus/SCImago em 2005 e ascendeu para o 6º lugar em 2009, mantendo-se nessa posição até 2012 (SCOCHI et al, 2014).

No que se refere a identificação da necessidade de intubação traqueal 19 enfermeiros responderam que são capazes de identificar no paciente atendido tal necessidade. Para a equipe do APH o domínio de técnicas para assistir pacientes vitima de trauma é essencial, tais como a desobstrução de vias aéreas. Sendo essencial para o serviço profissionais capazes de avaliar continuamente os pacientes e fazer adaptações inescusáveis (PEREIRA, LIMA, 2009).

A intubação traqueal é o método preferido para controle das vias aéreas por permitir a ventilação por oxigênio a 100%, que elimina a necessidade de manter a máscara perfeitamente ajustada à face, diminui significativamente o risco de aspiração, facilita a aspiração profunda da traqueia, previne a insuflação gástrica e permite uma via adicional de administração de medicamentos (SCHWEITZER et al, 2017).

Em que há descrição dos tipos de ocorrência em que se faz presente o procedimento de intubação, a mais citada foi o de trauma seguido do rebaixamento do nível de consciência para Escala de Coma de Glasgow (ECG) ≥ 8 , independente de causa clinica ou traumática, este último empatou em número de citações com causa clinica.

A ECG define o nível de consciência por meio da observação do comportamento, baseando-se em um valor numérico. É o sistema de pontuação mais utilizado internacionalmente e foi desenvolvida para padronizar a avaliação da

evolução clínica de pacientes graves e a comunicação entre os membros das equipes de saúde (OLIVEIRA, BEZERRA, PEREIRA, 2014).

Em relação à existência de um protocolo seguido para a realização do procedimento de intubação a maioria dos enfermeiros entrevistados relataram que o serviço não disponibiliza, mas 7 enfermeiros que afirmam seguir um protocolo alegam ser o do PHTLS. O *Prehospital Trauma Life Support* (PHTLS) é um programa de formação de técnicos de saúde que atuam ao nível Pré-hospitalar, desenvolvido pela *National Association of Emergency Medical Technicians* (NAEMT) em parceria com o Comité do Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões (ACS/COT).

O PHTLS desenvolve e divulga material e informação científica, assim como promove a excelência na prestação de cuidados à vítima de trauma. Diante da necessidade do tipo de serviço prestado pelo SAMU os enfermeiros relatam importante construir um protocolo para a realização do procedimento.

Sobre os materiais os enfermeiros entrevistados citaram 16 materiais, dentre estes 8 foram citados por mais de uma dezena dos entrevistados Segundo o PHTLS (2007) os materiais necessários para intubação traqueal são: laringoscópio com laminas retas e curvas de tamanho pediátrico e adulto, tubos endotraqueais de tamanho pediátrico e adulto, equipamentos de aspiração, fio-guia, pilha e lâmpadas reservas, seringa de 10ml, lubrificante hidrossolúvel, estetoscópio, pinça de Magil, dispositivo para fixar tubo.

Já no protocolo de Intubação em Sequência Rápida em Pediatria apresenta a seguinte lista de materiais: monitor cardíaco conectado; manguito para medição de PA; linha para infusão endovenosa estabelecida; fonte de oxigênio disponível; oxímetro de pulso conectado; dispositivo bolsa-máscara disponível; tubos endotraqueais de tamanhos adequados com e sem balonete; guia para tubo; fixação para o tubo preparada; lâmina de laringoscópio de vários tamanhos; cabo de laringoscópio com lâmpada funcionante; cabo e lâmina de laringoscópio reserva; pinça de vias aéreas; cateter de aspiração conectado a aspirador portátil ou de parede, testado (AFONSECA, CARVALHO, 2009).

Segue ainda com seringa de 5 e 10 ml para testar o balonete do tubo e insuflá-lo após a intubação; dispositivos para imobilizar as mãos do paciente, se ele estiver acordado; coxim para colocar sob os ombros ou sob a cabeça, conforme a idade; capnógrafo, se disponível; material para acesso alternativo à via aérea em caso de falha na intubação (máscara laríngea e cricotireoidotomia); Medicamentos disponíveis (AFONSECA, CARVALHO, 2009).

Em relação ao teste do cuff 16 dos enfermeiros relataram realizar o teste com seringa porque o serviço não possui cuffômetro. O cuffômetro é um indicador de pressão que dispensa uso de seringa e outros instrumentos. E o cuff é um balonete na porção distal do tubo endotraqueal que tem a função de otimizar a ventilação mecânica, impedindo o escape aéreo, e a regurgitação gástrica para os pulmões, através de uma pressão exercida na traqueia do paciente (SANTOS et al, 2014).

Recomenda-se que as pressões intra-cuff fiquem entre 20 a 34cmH₂O ou 15 a 25mmHg (1mmHg=1,36cmH₂O). Deve-se realizar a monitorização e avaliação a cada 8hs com auxílio do cuffômetro, para gerar uma pressão de "selo" justatraqueal, isoladamente ou associado ao método auscultatório da traqueia (SANTOS et al, 2014).

Como uma das ações de enfermagem perante o procedimento foi abordado a questão do acesso venoso onde 12 dos entrevistados relatou que realizam o acesso venoso antes da intubação, mas ressaltam que em algumas ocorrências realiza-se somente a intubação sem a sedação. O acesso vascular é essencial na administração de soluções e drogas durante o suporte avançado de vida, no entanto pode ser difícil obtê-lo no paciente grave. De preferencia em casos de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e o tratamento do choque, o acesso de escolha é a veia periférica (CARLOTTI, 2012).

O treinamento prático é tão importante quanto à fundamentação teórica para que aja domínio da técnica e equipamentos, pois quando os socorristas não estão suficientemente capacitados o atendimento é prejudicado (PEREIRA, LIMA, 2009). Sendo revelado por 19 enfermeiros entrevistados que afirmam participar do treinamento oferecido pelo serviço. A educação continuada em estimular o funcionário a ter uma consciência crítica, onde questiona interagindo com as

mudanças atuais, estimula nos demais colegas a procurar pelo aprimoramento e atualização de conhecimentos técnico-científicos (FLORES, ILHA, 2001).

Diante do questionamento do posicionamento do paciente para realizar a intubação traqueal os entrevistados citaram 4 posições, mas a mais citada foi a posição em que a vítima se encontra no momento do atendimento. As posições adequadas seguem a técnica descrita por Magill (SILVA, WATANABE 2014). Para TALLO et al (2011), deve-se posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal com 30º de inclinação no dorso.

Após a conclusão da intubação traqueal foi questionado sobre a fixação do tubo, apenas 6 entrevistados responderam e a resposta foi sobre as orelhas. A forma da realização da fixação é importante para diminuir o risco de extubação que provoca o aumento do risco de morbimortalidade e do tempo de permanência hospitalar (LIMA, 2016).

Sendo um método tradicional para fixar os tubos através dos cadarços; nesse caso o risco para escaras em lobos de orelha aumenta, por isso, torna-se necessário protegê-la ou evitar seu contato com o cadarço, já o uso de fitas adesivas para fixação do tubo causa dificuldade em relação à higiene oral. O reposicionamento do tubo como rotina pode prevenir lesões por pressão nos lábios. O tipo de produto utilizado na fixação do tubo traqueal e o tempo de permanência são elementos imprescindíveis para a melhoria da qualidade da assistência (LIMA et al, 2016).

Uma vez que a extubação acidental e as lesões de pele são complicações oriundas destes fatores; sendo a intubação orotraqueal a via com maior propensão à extubação acidental. A segunda complicação é de lesões de pele e/ou lábio, decorrentes do modo de fixação do tubo, tipo de material utilizado (esparadrapos) e à falta de mobilização da cânula em intervalos de tempos regulares (LIMA et al, 2016).

Sobre o registro de enfermagem a totalidade de enfermeiros relatam fazer o registro, apenas não houve consenso em que documento ou impresso é realizado o registro, mas a maioria de 16 enfermeiros realizam o registro no relatório. Os registros de enfermagem contribuem para o desenvolvimento do processo de enfermagem (PE) do qual impõe a sistematização da assistência de enfermagem

(SAE). COFEN 429/ 2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da Enfermagem, independentemente do meio de suporte — tradicional ou eletrônico (COFEN).

No atendimento pré-hospitalar o tipo de transporte utilizado deve ser considerado para a prestação dos cuidados durante o traslado do paciente. Os helicópteros são considerados transportes do Tipo E (aeronaves de asa rotativa utilizadas para transportes inter-hospitalares de pacientes e para ações de resgate, dotadas de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil). E esse transporte requer da equipe um entendimento da fisiologia de voo e das alterações que podem ocorrer ao paciente. Por isso, devem-se adaptar as intervenções de enfermagem às condições impostas pelo ambiente aeroespacial (SCHWEITZER et al, 2017).

Em relação à minimização dos riscos e das possibilidades de eventos adversos, cabe destacar o respaldo da Resolução da Diretoria Colegiada (RCD) nº 7, que preconiza o acompanhamento contínuo, de pelo menos um enfermeiro e um médico durante o transporte intra-hospitalar de pacientes críticos, bem como a disponibilidade do prontuário do paciente durante esse procedimento.

Os cuidados de enfermagem mais citados durante o transporte do paciente entubado pelos entrevistados foram a identificação do posicionamento do tubo em relação a comissura labial e a manutenção da pressão. Em que LIMA (2016) fala que no III Consenso Brasileiro de Ventilação mecânica menciona a fixação do tubo com um dos cuidados com as vias aéreas artificiais, destacando a adequada fixação e a avaliação da posição do tubo como aspectos importantes.

No entanto houve uma diferença estatística em relação ao tempo de atuação do enfermeiro diante do cuidado de enfermagem no transporte do paciente sobre a realização da ausculta pulmonar. Isto pode ser justificado pela SAE que dentre outras etapas, esta o exame físico. E o exame físico é um instrumento de grande valia para a assistência, uma vez que permite ao enfermeiro realizar o diagnóstico e planejar as ações de enfermagem, acompanhar e avaliar a evolução do paciente (SANTOS, VELGA, ANDRADE, 2011).

Em relação à construção do protocolo a maioria dos entrevistados citou que itens como as situações/ocorrências que necessitam do procedimento de intubação traqueal, do quando realizar o acesso venoso e do transporte do paciente intubado. Devem constar no protocolo.

7. Conclusão

O estudo permitiu identificar que os enfermeiros compreendem que a exposição das necessidades e experiências da enfermagem vivida na particularidade do tipo de atendimento prestado facilita a construção do protocolo. Sendo reafirmada na prática a necessidade de um protocolo construído com o perfil do serviço.

Tendo a enfermagem um papel fundamental no gerenciamento de risco, pelo duradouro tempo com o paciente, assim pode o enfermeiro reconhecer potenciais riscos e realizar medidas preventivas para que não se tornem eventos adversos. Sendo assim esta categoria indispensável para atuar na assistência á pacientes em atendimento pré-hospitalar.

Pode-se identificar ainda que as potencialidades do profissional enfermeiro com sua busca pelo crescimento de conhecimento o faz procurar aperfeiçoamento acadêmico valorizando-o como parte integrante da equipe. E também permite ampliar a visão critica e racional diante da assistência prestada ao paciente em ambiente não hospitalar.

A construção do protocolo promoverá uma comunicação efetiva entre a equipe de assistência e a gerencia, diminuindo os prejuízos financeiros do SUS e também melhorando a assistência prestada à comunidade. Além de valorizar o profissional enfermeiro como participante da otimização do serviço.

No entanto como limitação do estudo houve a resistência dos enfermeiros em aderir a pesquisa, o cansaço graças a atendimentos longos à espera da devolução da maca em Hospitais e ainda as trocas de plantão de véspera.

Assim as práticas do enfermeiro na assistência ao paciente durante a intubação traqueal no atendimento pré-hospitalar, foram descritas pelos mesmos em sequencia dos passos que envolvem o antes, durante e depois da realização do procedimento. E que os enfermeiros puderam acrescentar, de forma livre, seus pontos de vista diante de todas as etapas descritas.

E por fim, que o uso da SAE como modelo científico da enfermagem possibilitou a diferença estatística nos grupos pesquisados sobre o item transporte

do paciente na categoria da realização da ausculta pulmonar. Viabilizando assim a continuidade do seu uso para a futura construção de protocolo de intubação traqueal.

Referências

ADÃO, R. S.; SANTOS, M. R. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Mineira de Enfermagem**; v. 16.4. 2012. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/567>>. Acessado em: 08/05/2016.

AEHLERT, B. Emergências em Cardiologia, Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, 4 Ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2012.

AFFONSECA, C. A.; CARVALHO, L. F. A. Protocolo de Intubação em Sequência Rápida em Pediatria. 009. Última revisão em 18/12/2009.

ALMEIDA, A. B.; et al. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Rev Bras Enferm**. set-out, 2014.

ALMEIDA, P. M. V.; et al. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Escola Anna Nery** . Abr-Jun 2016.

ANVISA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária** 2017. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6b16dab3-6d0c-4399-9d84-141d2e81c809>>. Acesso em: 08/05/2016.

PHTLS. Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado. PHTLS/NAEMT. 7 Ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 737/GM 16 de maio de 2001**. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2076.pdf>>. Acesso em: 10/04/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em: 10/04/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1863, de 29/09/2003**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html> Acesso em: 10/04/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 07/07/2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html> Acesso em: 10/04/2003.

BITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enferm (online)**, Florianópolis, Out-Dez; 2006.

CARLOTTI, A. P. C. P. Acesso vascular. **Simpósio: emergências pediátricas**. Medicina (Ribeirão Preto); Capítulo V, 2012.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução **cofen-300/2005 – revogada pela resolução cofen nº 375/2011**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3002005-revogada-pela-resoluo-cofen-n-3752011_4335.html> Acesso em: 10/04/16.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução **cofen-429/2012**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html. Acesso em: 10/04/16.

CUNHA, A. N. C.; ARAÚJO, L. M.; VIEIRA, M. I. A. C. Atuação do enfermeiro a vítimas de traumatismo cranioencefálico: uma revisão. **REFACER**, 2014. Disponível em: <<http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/article/view/75/51>> Acesso em: 10/04/16.

FLORES, L. M. M.; ILHA, N. L. P. Educação continuada em enfermagem. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciên. Biol. e da Saúde, Santa Maria, v. 2, n. 1, pg.79-86, 2001.

JUNYENT, R. W. W.; et al. A autonomia do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar. **Science in Health**. maio-ago; 2014.

LIMA, J. A. C.; et al. As melhores condutas no atendimento pré - hospitalar frente à gestante com eclampsia. **Rev Cub Med Int Emerg**, 2014.

LIMA, D. M.; et al. Fixação de tubo orotraqueal: tecnologia diferenciada para segurança do paciente. **Rev enferm UFPE (online)**, Recife, maio, 2016.

MATSUMOTO, T.; CARVALHO, W.B. Intubação traqueal. **Jornal de Pediatria**. Rio Janeiro. V. 83, n.2, May. 2007.

MINAYO M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa. 7 Ed. São Paulo (SP): **Hucitec/Abrasco**; 2000.

MOTA, L. A. A.; CARVALHO, G. B.; BRITO, V. A. Complicações laringeas por intubação orotraqueal: revisão da literatura. **Int. Arch. Otorhinolaryngol**. v. 16 n. 2 São Paulo, Apr./June, 2012.

OLIVEIRA, M. I. V.; BEZERRA, M. G. A.; PEREIRA, V. R. Cateterização venosa: assistência de enfermagem-uti pediátrica. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, pg. 90-97, abr./jun, 2008.

PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D. S. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar a vítima de acidente de trânsito. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**; 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40361/43288>> Acesso em: 09/05/2016.

POLIT DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem métodos. 7 Ed. Porto Alegre (RS): **Artmed**; 2011.

PORTO, L. A. B.; et al. Epidemiologia dos pacientes tratados no Hospital Risoleta Tolentino Neves de acordo com o tipo de atendimento pré-hospitalar. **Rev Med Minas Gerais**; 2015.

ROCHA, E. G. A.; MORAIS, A. C.; BENEVIDES, T. O. Serviço de atendimento móvel de urgência (samu) no município de Juazeiro (BA): principais especialidades demandadas. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 36, n. 4, pg.1041-1052 out./dez, 2012.

RODRIGUES, Y. C. S. J.; et al. Ventilação mecânica: evidências para o cuidado de enfermagem. **Esc Anna Nery** (impr) out/dez; 2012.

RODRIGUES, D.; et al. Intubação Endotraqueal – Um Dilema na Assistência Pré-hospitalar. **Pensar Enfermagem**. v. 19, n. 1. 2015.

SANTOS, N.; VELGA, P.; ANDRADE, R.; Importância da anamnese e exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Ver Bras Enferm REBEn**. Brasília, abr, 2011.

SANTOS, F.; et al. Variações das pressões intra-cuff em pacientes entubados: contribuições da enfermagem na prevenção de complicações traqueais. **Rev enferm UFPE online**, Recife, abr, 2014.

SCHWEITZER, G.; et al. Intervenções de emergência realizadas nas vítimas de trauma de um serviço aeromédico. **Rev Bras Enferm (online)**. 2017.

SCOCHI, C. G. S; et al. Desafios e estratégias dos programas de pós-graduação em enfermagem para a difusão da produção científica em periódicos internacionais. **Esc anna nery**, Jan-mar, 2014.

SILVA, L. A. L.; WATANABE, S. S. Indução e intubação em sequência rápida. **Rev. Med. Res.**, v. 16, n. 2, pg.127-131, abr./jun, 2014.

SPINASSI, A. R. S. S.; et al. O papel do enfermeiro em um atendimento pré-hospitalar (aph) em acidentes motociclísticos. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 12, n. 28, pg. 126, jul./set. ISSN 2318-2083 (eletrônico), 2015.

TALLO, F. S.; et al. Intubação orotraqueal e a técnica da sequência rápida: uma revisão para o clínico. **Ver. Bras. Clin. Med. São Paulo**, mai-jun; 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n3/a1980.pdf>> Acesso em: 03/05/2016.

TALLO, F. S.; VENDRAME, L. S.; LOPES, R. D.; LOPES, A. C. Ventilação mecânica invasiva na sala de emergência: uma revisão para o clínico. **Rev Bras Clin Med. São Paulo**, jan-mar; 2013.

VELLOSO, I. S. C.; ALVES, M.; SENA, R. R. Atendimento móvel de urgência como política pública de saúde. Volume: 12.4, **Reme**, 2008.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: **Nescon/UFMG**, Coopmed, 2009

Apêndices

Apêndice A: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

- 1) Nível de instrução
☐ Graduado(a) em Enfermagem
☐ Pós-Graduado(a)
☐ Mestrado em _____
☐ Doutorado em _____
☐ Pós-Doutorado em _____

- 2) Enfermeiro Atual no APH Móvel no Município de:
☐ Arapiraca
☐ Maceió
- 3) Quanto tempo está na assistência do APH?

- 4) Sabe identificar a necessidade de intubação traqueal?
☐ sim
☐ não
- 5) Em que tipos de ocorrência realiza-se a intubação?

- 6) Existe no serviço algum protocolo para a assistência a intubação?
☐ sim
☐ não
- 7) Acha que deveria existir?
☐ sim
☐ não
- 8) Se você fosse contribuir para o desenvolvimento de um protocolo para intubação traqueal, acredita que nele deve conter identificado as situações em que há necessidade de intubação?

- 9) Quais os materiais utilizados? Deve vir a ordem do uso no protocolo?

- 10) Como é realizado o teste do cuff em relação a pressão insuflada e em relação ao paciente, deve ter no protocolo este item?

11) Quando fazer o acesso venoso para intubação, deve vir descrito no protocolo?

12) Enumere a sequência de etapas para prestar assistência na intubação

- ☐ separar material
- ☐ acesso venoso
- ☐ posicionar o paciente
- ☐ administrar medicação
- ☐ EPIs
- ☐ Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração e deixar disponível;
- ☐ Testar o cuff do tubo endotraqueal, quantos ml? _____
- ☐ Posicionar fio guia SN e lubrificar o TOT;
- ☐ Retirar próteses dentárias móveis e realizar aspiração de secreções da cavidade nasal e oral;
- ☐ Realizar oxigenação a 100% utilizando máscara com reservatório de oxigênio (ambu), antes da intubação
- ☐ outros _____

Dentro do protocolo acredita que este item precisa existir e como aparecer?

13) Enumere a ordem que ocorre o auxílio ao médico

- ☐ Retirar a guia SN;
- ☐ Inflar o balonete com pressão adequada;
- ☐ Aguardar confirmação da ausculta (posicionamento);
- ☐ Manter fixação adequada do tubo para prevenir movimentação ou saída acidental do mesmo;
- ☐ Identificar posicionamento do tubo em relação a comissura labial;
- ☐ Aspirar o tubo endotraqueal SN;
- ☐ Administrar oxigênio CPM;
- ☐ Registrar em prontuário sobre intercorrências e procedimento realizado;
- ☐ outros _____

Devem estar no protocolo?

- ☐ sim
- ☐ não

14) O serviço disponibiliza treinamento sobre a intubação?

- ☐ sim

- () não
- 15) Sobre o posicionamento do paciente deve conter os tipos e situações em que devem ocorrer no protocolo? Quais situações precisariam estar presentes?
- _____
- _____
- _____
- 16) Como se dá a fixação do tubo? A forma de fixar depende de que? Deve conter este item no protocolo?
- _____
- _____
- _____
- 17) É realizado o registro de enfermagem sobre a intubação?
- () sim
- () não
- 18) Onde o registro de enfermagem é realizado?
- _____
- _____
- _____
- 19) No transporte do paciente quais cuidados de enfermagem
- () Realizar ausculta pulmonar a intervalos regulares para possível identificação precoce da movimentação ou desconexão acidental do tubo;
- () Identificar posicionamento do tubo em relação a comissura labial;
- () Manter a pressão do cuff, em quantos mmHg? _____
- () Hiperoxigenar, durante as aspirações endotraqueais para prevenção de hipoxemia ou obstrução do tubo endotraqueal;
- () Inspeccionar e promover limpeza das narinas e cavidade oral permitindo higiene, conforto e identificação precoce de escarificações;
- () outros _____
- Devem estar no protocolo?
- () sim
- () não
- 20) Há algo no questionário que acha importante acrescentar?
- _____
- _____
- _____
- _____

Apêndice B

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DAS PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS

Nós, Regina Célia Sales Santos Veríssimo e Viviane Machado de Lima pesquisadoras responsáveis pelo projeto “Contribuições de enfermagem para a construção de um protocolo sobre as ações do enfermeiro na intubação ventilatória de paciente em situação de urgência durante atendimento pré-hospitalar”, declaramos estar cientes e que cumprimos os termos da Resolução 466 de 12/12/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e declaro:

1. Assumiremos o compromisso de zelar pela privacidade e sigilo das informações
2. Tornaremos os resultados desta pesquisa públicos sejam eles favoráveis ou não; e
3. Comunicaremos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) sobre qualquer alteração no projeto de pesquisa, nos relatórios **semestrais** ou por meio de comunicação protocolada, que me forem solicitadas.

Maceió, dia, mês e ano.

CPF: 025.083.344-13 e 058.364.894-08

Apêndice C

TERMO DE RESPONSABILIDADE DA ORIENTADORA

Eu, Regina Célia Sales Santos Veríssimo, orientadora da pesquisadora **Viviane Machado de Lima** do projeto “**Contribuições de enfermagem para a construção de um protocolo sobre as ações do enfermeiro na intubação ventilatória de paciente em situação de urgência durante atendimento pré-hospitalar**” declaro estar ciente e que cumprirei os termos da Resolução 466 de 12/12/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Maceió, _____.

CPF: 025.083.344-13

Apêndice D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

Eu,....., tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo, “Contribuições de enfermagem para a construção de um protocolo sobre as ações do enfermeiro na intubação ventilatória de paciente em situação de urgência durante atendimento pré-hospitalar”, que será realizado nas unidades SAMU, recebi da Sr(a) Acadêmica de Enfermagem UFAL Viviane Machado de Lima e da Sr(a) Profa. Dr^a Regina Célia Sales Santos Veríssimo, da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas – ESENFAR/UFAL, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

1) Que o estudo se destina a: Identificar as contribuições de enfermagem para a construção de um protocolo sobre as ações do enfermeiro na intubação ventilatória de paciente em situação de urgência durante atendimento pré-hospitalar.

2) Que a importância deste estudo é: ressaltar a atuação do enfermeiro enquanto agente promotor de ações de saúde no cenário pré-hospitalar assumindo um papel preponderante, já que a enfermagem, cujo campo de ação vem sendo ampliado dia após dia, historicamente tem desenvolvido ações de Promoção da Saúde, de prevenção de riscos, de educação e de reabilitação social. Além de agregar conhecimento novo a literatura referente à temática e fomentar a discussão acerca dos aspectos positivos e negativos da inserção da enfermagem no âmbito SAMU.

3) Que os resultados que se desejam alcançar são: Estabelecer um protocolo segundo as contribuições do enfermeiro na assistência de enfermagem na intubação.

4) Que este estudo começará em: Em Julho de 2016 e terminará em 2017 Sendo o período de coleta de dados previsto para os meses de janeiro a março de 2017, no entanto o início da coleta de dados se dará somente após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.

5) Que eu participarei do estudo da seguinte maneira: A pesquisadora responsável realizará uma entrevista com a utilização de um questionário semiestruturado.

6) Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: não a riscos nesta categoria.

7) Que os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos:

8) Que poderei contar com a assistência: ser atendido em qualquer incômodo que possa acontecer durante a entrevista, sendo responsável (is) por ela Dr^a Regina Célia Sales Santos Veríssimo e Viviane Machado de Lima.

9) Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação são: Contribuir para a construção dos dados a fim de que se possam ser alcançados os objetivos propostos pelo estudo.

10) Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;

11) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;

12) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;

13) Que eu não serei ressarcido por participar da pesquisa, uma vez que a minha participação não acarretará ônus, pois serei abordada na Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima durante o meu trabalho de parto. Porém serei indenizado por qualquer dano que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas foi-me garantida a existência de recursos.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Endereço dos responsáveis pela pesquisa

Nome: Regina Célia Sales Santos Veríssimo

Endereço: Rua Dr. Wenceslau Lindoso de Assis, nº 23, Jardim Petrópolis

Telefone: (82) 99908-1857 (TIM – whatsapp)

Nome: Viviane Machado de Lima

Endereço: Rua Antônio Procopio nº 504, pinheiro, Maceio-AL

Telefone: 82 99107-2577 (CLARO – whatapp)

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Avenida Lourival de Melo Mota, Cidade Universitária, Maceió.

Telefone: (82) 3241-1052

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio da Reitoria, 1º Andar, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, _____ de _____ de 2017.

Profª Draª Regina Célia Sales Santos Veríssimo

UFAL

(responsável pelo estudo)

(rubricar as demais folhas)

Acadêmica de enfermagem UFAL

Viviane Machado de Lima

(responsável pelo estudo)

(rubricar as demais folhas)

Assinatura ou impressão datiloscópica do(a)

voluntário(a) ou responsável legal

(rubricar as demais folhas)

Anexo D: Submissão de artigo.

#56571 SINOPSE

[RESUMO](#) [AVALIAÇÃO](#) [EDIÇÃO](#)

SUBMISSÃO

Autores	viviane machado de lima		
Título	A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE DURANTE A INTUBAÇÃO TRAQUEAL NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.		
Documento original	56571-220321-1-SM.DOCX	27-11-2017	
Docs. sup.	56571-220322-1-SP.PDF	27-11-2017	INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
Submetido por	viviane viviane machado de lima 		
Data de submissão	novembro 27, 2017 - 11:49		
Seção	Pesquisa (artigo original)		
Editor	Nenhum(a) designado(a)		

SITUAÇÃO

Situação	Aguardando designação
Iniciado	27-11-2017
Última alteração	27-11-2017

METADADOS DA SUBMISSÃO

[EDITAR METADADOS](#)

AUTORES

Nome	viviane machado de lima 
Instituição/Afiliação	—
País	—

País	—
POLÍTICA DE CONFLITO DE INTERESSES	—
Resumo da Biografia	—
Contato principal para correspondência.	

TÍTULO E RESUMO

Título	A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE DURANTE A INTUBAÇÃO TRAQUEAL NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.
Resumo	A prática do enfermeiro na assistência ao paciente durante a intubação traqueal no atendimento pré-hospitalar, realizado pelo serviço móvel de suporte avançado em que uma equipe multidisciplinar realiza assistência de alta complexidade. Objetivo: identificar a prática do enfermeiro na assistência ao paciente. Método: estudo descritivo quantitativo, amostra de 24 enfermeiros, coleta de dados por meio de um questionário semiestruturado com dados tabulados e analisados em pacote estatístico. Resultados: dos entrevistados 69,6% afirmam relevância na criação de protocolo, 75% alegam reconhecer a necessidade de intubação. Em que quatro situações passíveis da realização do procedimento foram citadas, sendo a mais citada trauma. No quesito transporte do paciente houve diferença estatística no item ausculta pulmonar. Conclusão: a identificação das práticas do enfermeiro, incluindo-o na otimização do serviço, possibilita a construção de protocolo que promoverá comunicação efetiva da equipe e consolida a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

INDEXAÇÃO

Área e sub-área do Conhecimento	—
Palavras-chave	—
Tipo, método ou ponto de vista	—
Idioma	pt