

Pneumonia associada à ventilação mecânica: discursos de profissionais acerca da prevenção

Ventilator-associated pneumonia: discourse of professionals about prevention

Neumonía asociada a la ventilación: el discurso de los profesionales sobre la prevención

Sabrina Guterres da Silva¹

Eliane Regina Pereira do Nascimento¹

Raquel Kuerten de Salles¹

1. Universidade Federal de Santa Catarina.
Florianópolis - SC, Brasil.

RESUMO

Objetivou-se identificar os cuidados que os profissionais de enfermagem e fisioterapia de uma Unidade de Terapia Intensiva conhecem e consideram importantes para prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV). **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa. Realizou-se entrevista semiestruturada de maio a setembro de 2011, com 25 profissionais de um hospital público de Santa Catarina. Para o tratamento dos dados utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). **Resultados:** Os relatos deram origem a quatro discursos relacionados à prevenção da PAV que tiveram como ideias centrais: higiene oral e das mãos; a prevenção da broncoaspiração; cuidados com a aspiração das secreções e circuito ventilatório, e avaliação diária da possibilidade de extubação. **Conclusão:** A análise dos DSC sugere que os profissionais têm bom conhecimento teórico acerca de medidas preventivas da PAV; contudo, revela o desafio para implementação de alguns cuidados na rotina assistencial.

Palavras-chave: Terapia intensiva; Pneumonia associada à ventilação mecânica; Infecção hospitalar; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to identify the care that nurses and physiotherapists know and consider important for Prevention of Ventilator-associated Pneumonia (VAP) in an intensive care unit. **Methods:** This is a descriptive research with qualitative nature. Semi structured interview was carried out from May to September 2011, with 25 professionals in a public hospital of Santa Catarina. For the treatment of data we used the Collective Subject Discourse (CSD). **Results:** The reports led to four discourses related to prevention of VAP which had as central ideas: oral and hands hygiene; prevention of the pulmonary aspiration; cares with the aspiration of secretions and ventilator circuit and daily assessment of the possibility of extubation. **Conclusion:** CSD analysis suggests that professionals have a good theoretical knowledge about preventive actions for VAP, however, reveals the challenge to implement some care in routine assistance.

Keywords: Intensive Care; Ventilator-Associated Pneumonia; Cross Infection; Nursing care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los cuidados que los profesionales de Enfermería y Fisioterapia de una unidad de cuidados intensivos tiene ciencia y consideraron importantes para la prevención de la Neumonía Asociada a la Ventilación (NAV). **Métodos:** Estudio descriptivo de naturaleza cualitativa. Se realizaron entrevistas semiestructuradas en el período de mayo a septiembre de 2011, con 25 profesionales de un hospital público de Santa Catarina. Para el tratamiento de los datos se utilizó el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). **Resultados:** Los informes condujeron a cuatro discursos relacionados con la prevención de la NAV, que tenían como ideas centrales: higiene bucal y de las manos; prevención de la broncoaspiración; cuidado con la aspiración de secreciones y circuito ventilatorio; y evaluación diaria de la posibilidad de extubación. **Conclusión:** El análisis DSC sugiere que los profesionales tienen conocimiento teórico suficiente acerca de las medidas preventivas para NAV, sin embargo, revela el desafío de implementar algún tipo de atención en el cuidado de rutina.

Palabras-clave: Cuidados Intensivos; Neumonía Asociada al Ventilador; Infección Hospitalaria; Cuidados de enfermería.

Autor correspondente:

Sabrina Guterres da Silva.

E-mail: sabrinaguterres@gmail.com

Recebido em 23/01/2013.

Reapresentado em 26/08/2013.

Aprovado em 17/10/2013.

DOI: 10.5935/1414-8145.20140042

INTRODUÇÃO

A intubação endotraqueal e a ventilação mecânica (VM) são medidas terapêuticas muito utilizadas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e podem salvar a vida de doentes críticos. Entretanto, essas intervenções também podem ser deletérias aos pacientes, sendo a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) uma das complicações mais comuns¹.

Um estudo realizado recentemente apontou a PAV como uma das infecções relacionada à assistência à saúde (IRAS) mais incidente nas Unidades de Terapia Intensiva, com taxas que podem variar de 9% a 67% de todos os pacientes submetidos à ventilação mecânica². Além de prolongar o tempo de VM e aumentar os dias de internação em UTI, a sua ocorrência implica custos ao tratamento que podem chegar a € 31.000 e mortalidade superior a 50% dos casos^{1,2}.

Diante desse panorama, é fundamental que ações de prevenção da PAV sejam prioritárias nas instituições de saúde, a fim de promover segurança aos pacientes que necessitam de assistência ventilatória invasiva durante sua internação em UTI.

Nesse ínterim, torna-se elementar a identificação dos principais fatores de risco para PAV, os quais são descritos na literatura como modificáveis e não modificáveis. Os fatores não modificáveis incluem idade, escore de gravidade, doenças neurológicas, traumas e cirurgias. Já os fatores modificáveis referem-se a intervenções que incluem vigilância microbiológica periódica, instituição de protocolos de prevenção, redução de prescrições inadequadas de antimicrobianos, entre outras³. Pondera-se então, que para prevenir a PAV, deve-se intervir nos fatores de risco modificáveis, a partir de condutas específicas e com eficácia comprovada.

Os profissionais de enfermagem, por manterem contato direto e ininterrupto com os pacientes, desempenham importante papel no desenvolvimento e aplicação de programas de prevenção de IRAS, incluindo a PAV. Outros profissionais da equipe, como os fisioterapeutas, também podem contribuir para prevenção desse evento adverso. Contudo, para que medidas eficazes sejam adotadas, é primordial que esses profissionais tenham conhecimentos específicos relacionados aos cuidados de prevenção.

A partir dessa assertiva, questionou-se: Quais cuidados de prevenção da PAV são conhecidos e relatados como importantes pelos profissionais de enfermagem e fisioterapia de uma UTI?

Para responder a esse questionamento traçou-se como objetivo deste estudo identificar os cuidados que profissionais de enfermagem e fisioterapia atuantes em uma UTI conhecem e consideram importantes para prevenir a PAV.

A identificação dos cuidados de prevenção da PAV relatados pelos profissionais de enfermagem e fisioterapia torna-se relevante, pois permite aferir tanto o conhecimento da equipe acerca da temática quanto a presença de possíveis lacunas, que poderão ser trabalhadas em espaços educativos, contribuindo assim para socialização e fortalecimento de ações de prevenção.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa, realizada com profissionais de enfermagem e fisioterapia atuantes na UTI geral de um hospital público de Santa Catarina que dispõe de 14 leitos para internação de adultos. O quadro de profissionais de enfermagem e fisioterapia desta unidade é composto por: 1 chefia de enfermagem, 17 enfermeiros assistenciais, 1 enfermeira residente (R2), 57 técnicos de enfermagem e 6 fisioterapeutas.

Participaram deste estudo 25 profissionais, dos quais 13 eram técnicos de enfermagem, 8 enfermeiros e 4 fisioterapeutas. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: ser profissional de enfermagem e fisioterapia com no mínimo seis meses de experiência em UTI.

Para determinar o número de participantes, utilizou-se o princípio de saturação de dados. O fechamento amostral por saturação de dados ocorre ao ponto em que novas informações não sejam mais observadas e se alcance a redundância⁴.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob Protocolo nº 1922/2011. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta das informações ocorreu no período de maio a setembro de 2011, por meio de entrevista semiestruturada, a partir da seguinte questão norteadora: Quais cuidados você conhece e considera importante para a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica?

As entrevistas foram realizadas individualmente, na sala de estudos da UTI, e gravadas em formato MP3, sendo posteriormente transcritas na íntegra. Visando preservar o anonimato dos participantes, adotou-se, para sua identificação, o uso da inicial "E" para enfermeiro, "T" para técnico de enfermagem e "F" para fisioterapeuta, atribuindo-se números de acordo com a sequência das entrevistas.

Para análise dos dados utilizou-se o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁵, o qual corresponde a um discurso síntese elaborado com recortes dos discursos individuais de sentido semelhante, utilizando-se a primeira pessoa do singular. Nesse método, quatro figuras metodológicas são propostas: as Expressões Chaves (ECHs), as Ideias Centrais (ICs), a Ancoragem (AC) e o DSC em si⁵.

As ECHs são trechos do discurso que devem ser destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria subjacente.

As ICs são nomes ou expressões linguísticas que revelam, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido(s) presentes em cada uma das respostas analisadas e de cada conjunto homogêneo de ECHs, que vai dar origem ao DSC.

As AC são afirmações genéricas usadas pelos depoentes para "enquadrar" situações particulares, professar teorias ou ideologias. Para que haja uma AC no depoimento, é preciso encontrar, em seu corpo, marcas discursivas explícitas dela.

O DSC é a agregação ou soma não matemática dos depoimentos, na qual cada uma das partes se reconheça como

constituente. É um discurso síntese composto pela "colagem" das ECHs que têm a mesma IC ou AC⁵.

O processo de organização dos dados de acordo com a metodologia do DSC deu-se em quatro momentos: inicialmente realizou-se a leitura cuidadosa da transcrição das entrevistas e agrupamento dos relatos a partir dos assuntos expressados pelos participantes; em seguida destacou-se em itálico as ECHs dos agrupamentos das respostas/discursos individuais relacionadas a cada assunto; no terceiro momento, as ECHs de assuntos semelhantes foram reunidas e identificou-se a IC extraída de cada conjunto das ECHs; o quarto e último momento consistiu da construção do DSC. Essa construção constituiu-se das ECHs de mesmo sentido, e cada DSC compreendeu uma IC.

Não utilizou-se a AC no presente estudo, pois essa figura metodológica não foi encontrada nos depoimentos dos profissionais.

RESULTADOS

Com relação às características dos participantes, observou-se predomínio do sexo feminino, pois, dos 25 profissionais, 19 eram mulheres. A idade dos trabalhadores e tempo de serviço em UTI tiveram uma média de 36 e 6,4 anos, respectivamente.

No que tange à formação acadêmica, dos 13 profissionais de nível médio, cinco eram graduados em enfermagem, três eram acadêmicos de enfermagem e dois eram alunos de mestrado. Dos oito enfermeiros, sete tinham pós-graduação *lato sensu* na área de terapia intensiva, dois dos quais cursavam pós-graduação *stricto sensu*. Com relação aos quatro fisioterapeutas, três eram mestres e especialistas em UTI e uma era doutoranda.

Observa-se um interesse pela qualificação profissional, sendo que a maioria busca aperfeiçoamento em cursos de graduação e pós-graduação. Cabe salientar que na própria instituição é oportunizado o ingresso no curso de mestrado profissional e incentivada a participação em outras modalidades de ensino.

Quanto aos depoimentos dos profissionais, esses foram organizados em quatro IC: higiene das mãos e oral na prevenção da PAV; prevenção da broncoaspiração; cuidados com a aspiração endotraqueal e circuito ventilatório e avaliação diária da possibilidade de extubação. A primeira IC foi identificada nas ECHs de 22 participantes, a segunda em 18, a terceira em 19 e a quarta em quatro discursos individuais. Cada IC resultou em um DSC conforme ilustrado a seguir:

IC1: Higiene das mãos e oral na prevenção da PAV

DSC1: A principal medida para evitar infecções é a lavagem das mãos. Esse é um cuidado básico, mas a gente vê com frequência pessoas manuseando os pacientes sem lavar as mãos. Tem gente que acha que o uso da luva substitui a lavagem das mãos. Mas não substitui! Isso é um fator gravíssimo, pois eu não sei o que eles estão trazendo nas mãos. Outro cuidado que também acho imprescindível é a higiene oral dos pacientes, pois uma boca suja pode evoluir para uma infecção. A higiene deve ser bem feita explorando toda a cavidade oral, língua e os dentes, para diminuir o risco de colonização

de bactérias. Tem se preconizado para profilaxia o gluconato de clorexidina 0,12% que a gente já usa no hospital. Outra questão é com relação ao cuff, quando se vai fazer a higiene oral, o ideal é aspirar a cavidade oral, verificar se o cuff está insuflado o suficiente para fazer a vedação, e depois fazer a higiene oral, sempre nessa ordem, para evitar migração de secreções contaminadas para o pulmão. Eu acho que essa relação entre a higiene oral e a pneumonia associada à ventilação mecânica deve ser bem esclarecida e treinada, pois esse cuidado é por vezes banalizado. Um monte de gente não sabe, acha que é só para limpar a boca. É claro que dá conforto para o paciente, mas, além disso, previne a pneumonia (E1, E2, E3, E4, E6, E7, E8, T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T9, T10, T11, T12, T13, F1, F2, F4).

IC2: A prevenção da broncoaspiração

DSC2: Grande parte de nossos pacientes recebem dieta por sonda, e correm risco de broncoaspirar conteúdo gástrico e desenvolver uma pneumonia. Por isso, é importante manter a cabeceira elevada entre 30°-45° se não houver contra-indicação, pois, além de prevenir a broncoaspiração esse cuidado, favorece a expansibilidade torácica, expansão alveolar e fortalecimento muscular. Faz a diferença uma cabeceira elevada! Mas a gente vê na nossa prática que não se tem esse cuidado, pois existe a justificativa de que o paciente escorrega na cama e é pesado para subir. Essa questão da cabeceira elevada deve ser melhor trabalhada. Em algumas ocasiões a gente vai ter que baixar a cabeceira para facilitar a mobilização do paciente, então nesses momentos eu acho que a dieta deveria ser pausada, pois o paciente pode acabar broncoaspirando. Devemos tomar cuidado também com as sondas nasoenterais, eu sei que tem alguma coisa relativa à sondagem nasal e aumento da sinusite e pneumonia. A gente poderia estudar se seria melhor passar sondas por via oral. Outra coisa muito importante é o controle efetivo da pressão do cuff. Se mantido em uma pressão adequada, o cuff faz uma barreira impedindo que secreções como saliva ou dieta desçam para o pulmão. Por isso tem que manter a pressão entre 20 a 30 cm H₂O, pois a pressão muito elevada pode lesionar a traqueia e muito baixa pode favorecer escape de ar (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8, T1, T5, T6, T7, T8, T12, T13, F1, F2, F3, F4).

IC3: Cuidados com a aspiração endotraqueal e circuito ventilatório

DSC3: A aspiração das vias aéreas superiores pelo tubo endotraqueal dos pacientes em VM é um cuidado muito importante, não a aspiração feita de rotina, e sim sempre que necessário, com ausculta prévia e evitando instilar soro fisiológico. Tem que ter todo cuidado para não fazer nenhuma contaminação nesse momento. A gente tem usado muito mais o sistema fechado de aspiração, mas li alguns estudos que não mostravam diferença em prevenir

a PAV em relação à aspiração aberta. A gente não troca o sistema fechado a cada 24h, mas é avaliado diariamente se não está sujo e se está aspirando adequadamente. O ideal seria usar o tubo com aspiração subglótica contínua, alguns trabalhos recomendam prevenção da PAV, mas ainda não dispomos desse dispositivo. Outra questão importante é com relação ao circuito do ventilador. Não é mais preconizada a troca de rotina como a gente fazia antigamente, agora é indicado só quando está sujo, falhando ou quando o paciente recebe alta. Mas tem que evitar condensação de água nas traqueias, pois se aquela água ficar ali vai fazer uma colonização que pode entrar para o paciente e ocasionar uma PAV (E1, E2, E4, E6, E7, E8, T1, T2, T3, T4, T5, T6, T9, T10, T12, T13, F1, F2, F3).

IC4: Avaliação diária da possibilidade de extubação

DSC4: Eu percebo que os nossos pacientes demoram muito para sair do tubo endotraqueal. Acho que deveríamos fazer um trabalho integrado para prever e antecipar a extubação e evitar a sedação desnecessária, pois quanto antes extubar o paciente menos risco ele terá de desenvolver uma pneumonia associada à ventilação mecânica. Outra questão que eu acho importante é a realização da traqueostomia precoce. Não sei se isso está descrito na literatura, mas acho que esse cuidado também ajuda a prevenir a PAV (E3, E6, T8, T11).

DISCUSSÃO

A higienização das mãos e da cavidade oral é mencionada no DSC1 como medida importante para prevenir a PAV. O cuidado relacionado à higienização das mãos é reconhecido mundialmente quando se trata de prevenção e controle de infecções. Contudo, colocar essa medida em prática consiste em uma tarefa difícil e complexa⁶.

Conforme a fala dos participantes, a prática da higienização das mãos é um cuidado por vezes negligenciado e subvalorizado por alguns profissionais, sendo tais atitudes "descuidadas" consideradas um fator gravíssimo no que concerne à assistência prestada.

Estudos sobre a temática revelam que realização correta da higienização das mãos continua aquém do esperado e sugerem treinamento dos profissionais de saúde, enfocando a importância e a necessidade da adesão a essa prática aparentemente simples, mas que requer mudanças de hábitos para garantia de sua efetividade⁷.

Outra questão levantada no DSC1 refere-se ao uso de luvas em detrimento da higiene das mãos. Em consonância com as recomendações descritas na literatura, os profissionais afirmam em seu discurso que o uso de luvas não substitui a higienização das mãos⁶. As luvas podem contribuir na prevenção da contaminação das mãos e ajudar a reduzir a transmissão de

patógenos. Entretanto, elas podem ter microfuros ou perder sua integridade sem que o profissional perceba, possibilitando a contaminação das mãos⁶.

No que tange a higiene bucal do paciente submetido à VM, sua importância é inquestionável para prevenção da PAV, pois a higienização oral precária ou ausente leva à formação de placa bacteriana e colonização por micro-organismos patogênicos^{8,9}. As evidências acerca desse cuidado mostram que o antisséptico mais indicado para prevenir PAV é o gluconato de clorexidina, devido ao seu grande potencial antibactericida, incluindo germes resistentes^{3,8,9}.

Ainda nesse discurso os profissionais sugerem que a cavidade oral seja aspirada, logo em seguida seja verificada a pressão do *cuff* e, após, realizada a higiene oral com gluconato de clorexidina 0,12%. Embora essa sequência de cuidados vise à prevenção da broncoaspiração, não há estudos que comprovem sua eficácia.

Independente da técnica adotada para higienização oral dos pacientes em VM, é imprescindível que a equipe esteja preparada para desempenhar esse cuidado. A implementação de um protocolo de higiene bucal associada a um programa de treinamento contínuo dos profissionais é determinante para redução das taxas de PAV, pois a falta de esclarecimento acerca da importância desse cuidado repercute em uma baixa adesão pela equipe de enfermagem⁹.

Essa questão é mencionada pelos profissionais quando estes sugerem que a equipe seja treinada e esclarecida acerca da importância da higiene oral como cuidado preventivo de PAV, referindo que muitos profissionais associam essa prática apenas ao conforto do paciente.

O DSC 2 revela cuidados relacionados à prevenção da broncoaspiração. Pacientes em terapia intensiva apresentam risco potencial para broncoaspiração de secreções, principalmente se expostos a manipulação de vias aéreas e/ou trato digestivo, incluindo o uso de tubos endotraqueais e sondas gastrointestinais³.

Recomendações para evitar essa complicação estão presentes neste discurso, o qual expõe diversos cuidados cujo objetivo é impedir que secreções contaminadas migrem para os pulmões de pacientes ventilados mecanicamente.

O primeiro aspecto levantado no DSC2 relaciona a administração de dieta por sonda como fator predisponente para a PAV, pelo risco de aspiração do conteúdo gástrico. Cuidados como observar a presença de distensão gástrica e verificar o posicionamento da sonda podem ser adotados para evitar a broncoaspiração^{3,10}.

Além disso, a elevação da cabeceira do leito a 30°-45°, como mencionado pelos participantes é um cuidado altamente recomendado, exceto nos casos em que há alguma contra-indicação^{3,8,10}. Essa medida, além de prevenir a broncoaspiração, contribui para uma melhoria no volume corrente ventilatório, e diminui os casos de atelectasia⁸. Contudo, os relatos dos participantes mostram que existem dificuldades para a manutenção da cabeceira elevada, sugerindo que a importância desse cuidado seja trabalhada com a equipe.

No que tange à sugestão feita pelos profissionais para pausa da dieta nos momentos de baixar a cabeceira, não se encontrou associação direta desse cuidado com a prevenção da PAV, muito embora haja uma forte relação entre a administração de dieta em posição supina (0°) e o risco de broncoaspiração^{3,10}.

Quanto à via de intubação traqueal e/ou sondagem gastrointestinal, em conformidade com o que foi relatado no discurso, estudos recomendam que a via oral seja preferida à nasal, pois a última favorece a ocorrência de sinusite, o que pode culminar com o aumento do risco de PAV³.

Outra questão relevante mencionada é a monitorização da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal. Estudos associam esse cuidado com a prevenção da PAV e recomendam manutenção de pressões entre 20 a 30 cm H₂O^{3,11}. Esses valores pressóricos promovem vedação da traqueia ao ponto de prevenir broncoaspirações e, ao mesmo tempo, evitam o comprometimento da perfusão traqueal. A hiperinsuflação do *cuff* acima de 30 cm H₂O pode ocasionar isquemia da mucosa, lesão de cartilagem, estenose e fístula traqueoesofágica^{11,12}.

No DSC 3 são relatados cuidados acerca da aspiração endotraqueal e circuito do ventilador e suas implicações para prevenção da PAV. A aspiração de secreções endotraqueais é um cuidado indispensável em pacientes em VM, pois a presença de uma via área artificial interfere no reflexo de tosse, o que culmina com um acúmulo de secreções que pode prejudicar a ventilação¹³.

Entretanto, conforme relatado pelos profissionais, o procedimento de aspiração requer avaliação criteriosa de sua necessidade, pois, se realizado com intervalos predeterminados, pode desencadear complicações como hipoxemia, instabilidade cardiovascular, aumento da pressão intracraniana, lesões da mucosa traqueal e infecções¹³.

Os profissionais sugerem no DSC3 que a ausculta pulmonar preceda a aspiração para certificação da presença de secreções e desaconselham à instilação de solução salina durante o procedimento pelo risco de contaminação.

No que tange à utilização do sistema fechado *versus* sistema aberto de aspiração para prevenção da PAV, estudos mostram que embora o primeiro reduza os riscos de atelectasia e promova maior segurança para o trabalhador, não há evidências que apontem benefícios em termos de prevenção de infecções quando comparado ao sistema aberto^{3,10,13,14}.

Essa questão aparece quando a coletividade revela utilizar com mais frequência o sistema fechado, embora tenha ciência de que este não apresenta vantagens para prevenção de PAV. É também mencionado o tempo de utilização do sistema fechado, sendo a troca realizada a partir de avaliação diária acerca das condições do cateter, presença de sujidades e capacidade de aspiração, sendo essa prática recomendada na literatura¹⁰.

Outro cuidado para prevenção da PAV aludida refere-se à utilização de tubos de aspiração subglótica contínua. Os participantes revelaram nunca ter utilizado esse dispositivo devido à inexistência no serviço, mas consideram que poderia ser uma boa alternativa para prevenir PAV.

Uma revisão sistemática e meta-análise mostrou que o uso de tubos endotraqueais com drenagem de secreção subglótica é eficaz para a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica e pode estar associado a decréscimo no tempo de utilização de ventilação mecânica e dias de internação em terapia intensiva¹⁵.

Com relação aos cuidados com o circuito do ventilador, em concordância com recomendações de outros estudos, os participantes sugerem a conservação das traqueias do respirador livres de água ou condensações e manutenção do circuito durante toda permanência do paciente em VM, sendo indicada troca somente nos casos de falhas, sujidades ou alta da UTI¹⁰.

A relação entre o tempo de VM e incidência de PAV foi relatada no DSC4, quando o coletivo sugere que seja realizado um trabalho coeso entre os profissionais que integram a equipe multiprofissional atuante na UTI, a fim de prever e antecipar a extubação dos pacientes, evitando sedações desnecessárias e, assim, diminuindo os riscos para PAV.

Pacientes em VM invasiva frequentemente necessitam de algum tipo de sedação para conforto e otimização do padrão ventilatório. No entanto, a sedação profunda dificulta o desmame ventilatório e pode culminar em maior risco para PAV^{8,16}.

Um estudo publicado recentemente recomenda níveis de sedação leve e interrupção diária da sedação. Essas duas estratégias são seguras e reduzem o tempo de ventilação mecânica, bem como os dias de internação em UTI. Além disso, foi observado que a interrupção diária da sedação está associada a maior sobrevida dos pacientes submetidos à VM¹⁶.

Contudo, pacientes com sedação superficial podem apresentar risco para autoextubação, ansiedade, dor, assincronia com o ventilador e dessaturação⁸. Portanto, a interrupção da sedação e desmame ventilatório devem ser guiados por protocolos bem fundamentados a fim de evitar extubações equivocadas e necessidade de reintubações que representam fator preditor para PAV^{3,10}.

A utilização de ventilação mecânica não invasiva tem sido indicada como parte do desmame e como uma boa estratégia para evitar reintubações. Há, no entanto, questionamentos de que sua utilização pode, na realidade, protelar uma intubação necessária, aumentando a mortalidade³. Assim, a realização do desmame ventilatório e extubação deve ser realizada por profissionais treinados, para que essa prática não traga prejuízos para os pacientes.

Está presente também no DSC4 a realização de traqueostomia precoce para prevenção da PAV, nos casos em que há necessidade de VM prolongada. Entretanto, o momento ideal para realização da traqueostomia ainda é um assunto controverso. Um estudo recente sugere que essa prática pode contribuir para maior conforto do paciente e facilitar o desmame ventilatório, porém a relação com ocorrência da PAV permanece indefinida¹⁷.

Diante dos cuidados mencionados nos quatro DSC, observa-se que a maioria apresenta evidências quanto a sua aplicabilidade para prevenção da PAV, o que sugere que os profissionais têm conhecimento acerca da temática. Contudo, está explícito nos discursos o desafio para a implementação de alguns cuidados na rotina assistencial.

Acredita-se que a utilização de práticas educativas pode ser uma ferramenta eficaz para efetivação desses cuidados. Um estudo realizado recentemente mostrou resultados satisfatórios após realização de *workshops* com a equipe de enfermagem acerca de medidas preventivas da PAV, mostrando maior adesão da equipe aos cuidados após as intervenções¹⁸.

CONCLUSÃO

Como medidas preventivas da pneumonia associada à ventilação mecânica, os participantes referiram: a higiene das mãos e oral; a prevenção da broncoaspiração de secreções com a elevação da cabeceira de 30 a 45°, controle da pressão do *cuff*; cuidados com a aspiração das secreções e circuito ventilatório, aspiração da secreção somente quando necessário, não realização da troca periódica do circuito ventilatório, evitar condensação de água no circuito e avaliar diariamente a possibilidade de extubar o paciente.

A análise dos Discursos do Sujeito Coletivo sugere que os profissionais de enfermagem e fisioterapia têm conhecimento acerca dos cuidados para prevenção da PAV, pois grande parte dos cuidados mencionados dispõe de evidências quanto à sua utilização. Esse fato pode ter associação com a titulação acadêmica dos participantes e com a busca deles por aperfeiçoamento técnico-científico.

Embora tenha sido evidenciado um bom nível de conhecimento teórico, não é possível afirmar que ele seja aplicado em sua totalidade na prática cotidiana dos profissionais. Esse fato configura-se como uma limitação do estudo e remete à necessidade de outra pesquisa que investigue a conformidade entre o discurso e a prática.

Na perspectiva das autoras, os resultados dessa pesquisa podem contribuir para elaboração de diretrizes e protocolos clínicos que visem reduzir as taxas de PAV no contexto estudado e/ou nos que guardarem semelhanças, promovendo, assim, qualidade assistencial e segurança ao paciente submetido à ventilação mecânica.

REFERÊNCIAS

1. Ramirez P, Bassi GL, Torres A. Measures to prevent nosocomial infections during mechanical ventilation. *Curr Opin Crit Care*. 2012;18(1):86-92.
2. Díaz LA, Llauradó M, Rello J, Restrepo MI. Non-Pharmacological Prevention of Ventilator Associated Pneumonia. *Arch Bronconeumol*. 2010;46(4):188-95.
3. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes Brasileiras para o tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das pneumonias associadas à ventilação mecânica. *J. Bras. Pneumol.* [online] 2007;[citado 2013 mar 13];33(Suppl 1):S1-S30. Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple_131_44_1diretrizes1.pdf
4. Polit FP, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.
5. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de Representação Social: um enfoque qualiquantitativo a metodologia do discurso do sujeito coletivo. 2ª ed. Brasília (DF): Liber livro; 2012.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente: higienização das mãos. Brasília (DF): MS; 2009.
7. Oliveira AC, Paula AO. Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. *Acta paul. enferm.* [online]; 2011;[citado 2013 mar 13]24(3):407-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000300016&script=sci_arttext
8. Institute for Healthcare Improvement. 5 Million Lives Campaign. Getting Started Kit: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia How-to Guide. Cambridge (UK): Institute for Healthcare Improvement. 2010; [citado 2012 jun 14]. Disponível em: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuidePreventVAP.aspx>
9. Hillier B, Wilson C, Chamberlain D, King L. Preventing Ventilator-Associated Pneumonia through oral care product selection and application method: a literature review. *Advanced Critical Care*. 2013 jan/mar;24(1):38-58.
10. Tablan OC, Anderson LJ, Besser R, Bridges C, Hajjeh R. Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR Recomm Rep.* [online]. 2004;[citado 2012 mar 10]53:1-36. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/HAPneu2003guidelines.pdf>
11. Appavu SK. Race to seal secretion leak past endotracheal tube cuff: back to the basics. *Crit Care Med*. 2013 feb.;41(2):681-2.
12. Lizy C, Swinnen W, Labeau S, Blot S. Deviations in endotracheal cuff pressure during intensive care. *Am J Crit Care*. 2011 nov;20(6):421-22.
13. Pedersen CM, Rosendahl-Nielsen M, Hjerminnd J, Egerod I. Endotracheal suctioning of the adult intubated patient: what is the evidence? *Int and Crit Care Nur*. 2009 feb;25(1):21-30.
14. Muscedere J, Dodek P, Keenan S, Fowler R, Cook D, Heyland D. Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator-associated pneumonia: Prevention [white star]. *Jour of Crit Care*. 2008 mar;23(1):126-137.
15. Muscedere J, Rewa O, Mckechnie K, Jiang X, Laporta D, Heyland DK. Subglottic secretion drainage for the prevention of ventilator-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2011 aug;39(8):1985-91.
16. Hughes CG, Girard TD, Pandharipande PP Daily Sedation Interruption Versus Targeted Light Sedation Strategies in ICU Patients. *Crit Care Med*. 2013 sep;41(9 Suppl 1):S39-S45.
17. Makris D, Nseir S. Tracheostomy in ventilator-associated pneumonia: is it preventive? *Clin Pulm Med*. 2011;18(3):129-33.
18. Gonçalves FAF, Brasil VV, Minamisava R, Caixeta CR; Oliveira LMAC; Cordeiro JABL. Eficácia de estratégias educativas para ações preventivas da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Esc Anna Nery* [online]. 2012 out/dez;[citado 2013 mar 13];16(4):802-8. Disponível em: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=821