



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CHRISTIANE LUCENA DA NÓBREGA

**ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA  
PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADES DE  
TERAPIA INTENSIVA**

CAMPINA GRANDE – PB

2014

CHRISTIANE LUCENA DA NÓBREGA

**ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA  
PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADES DE  
TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Maria do Socorro Alves Silva  
Lúcio

CAMPINA GRANDE – PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

N754a Nóbrega, Christiane Lucena da.

Atuação dos profissionais de enfermagem na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva [manuscrito] / Christiane Lucena da Nóbrega. - 2014.

45 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Profa. Ma. Maria do Socorro Alves Silva Lúcio, Departamento de Enfermagem".

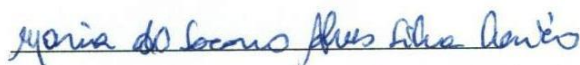
1. Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. 2. Profissional de enfermagem. 3. Unidade de Terapia Intensiva. I. Título. 21. ed. CDD 616.241

**CHRISTIANE LUCENA DA NÓBREGA**

**ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA  
PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADES DE  
TERAPIA INTENSIVA**

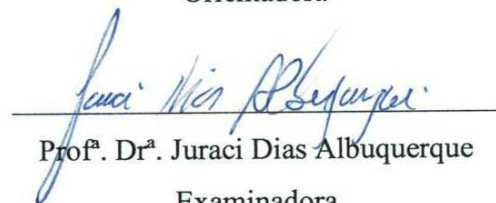
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 02/12/2014.




Profª. Ms. Maria do Socorro Alves Silva Lúcio/ UEPB

Orientadora



Profª. Drª. Juraci Dias Albuquerque

Examinadora



Profª. Esp. Samantha Rangel Peixoto

Examinadora

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por todos os momentos vividos e por proporcionar a realização de um sonho.

A Judith Nóbrega e Antônio Lucena, queridos avós que não mediram esforços no incentivo, no apoio e no carinho.

A Maria da Nóbrega, mãe guerreira que sempre esteve ao meu lado dando amor, carinho e apoio. Por ser meu porto seguro, minha razão de viver e um exemplo de vida.

A meu irmão Luiz Felipe por ser a companhia de nossa mãe quando precisei me dedicar aos estudos.

A meu primo Paulo Nóbrega, pelo apoio financeiro, pelas críticas, conselhos e opiniões que me fizeram prosseguir em frente.

Aos queridos tios Joselita da Nóbrega, Manoel Miguel e Julita Nóbrega, pelo apoio financeiro e incentivo nos estudos.

A todos os meus familiares que de alguma forma contribuíram para meu crescimento pessoal.

A minha prezada professora e orientadora, Socorro Lúcio, por toda a inspiração, ensinamentos, presteza e paciência durante as orientações.

A querida professora Juraci Dias Albuquerque por todos os ensinamentos, conversas, conselhos, encorajamento ao longo do curso e por fazer parte da minha vida e de minha banca examinadora.

A professora Samantha Rangel Peixoto, por aceitar participar da banca, pelos ensinamentos, paciência, atenção e inspiração para a vida profissional.

A minha querida amiga Maria das Graças (Gagá), por todas as conversas, brincadeiras, conselhos, acolhimento e carinho.

A Jossana Sales, vizinha/ amiga querida que me ouviu, aconselhou, amparou e cuidou.

Aos queridos amigos e colegas de graduação Adriana Raquel, Raenilson Araújo, Socorro Queiroz, Patrícia Coelho, Emanuella França e Ludmilla Soares por se fazerem presentes em todos os momentos dessa jornada com cumplicidade, carinho e solidariedade.

A todos os profissionais que se disponibilizaram a participar dessa pesquisa.

NÓBREGA, C. L; LÚCIO, M. S. A. S. **Atuação dos Profissionais de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em Unidades de Terapia Intensiva.** Campina Grande, 2014. Universidade Estadual da Paraíba. Departamento de Enfermagem.

## RESUMO

A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM) é uma complicação frequente em pacientes hospitalizados, principalmente naqueles admitidos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Este estudo objetivou avaliar como os profissionais de enfermagem estão atuando no emprego de Ventilação Mecânica (VM) nas UTIs, dando ênfase à adoção de medidas preventivas da PAVM. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa que foi realizado em duas UTIs Adulto de uma instituição pública de saúde da cidade de Campina Grande-PB. A amostra foi constituída pelos profissionais de enfermagem, sendo representada por 22 enfermeiros e 38 técnicos de enfermagem. Para coleta de dados foi utilizado um questionário autoaplicável composto por 18 questões fechadas. Os dados foram processados e analisados através de métodos estatísticos com o uso do *Software Microsoft Excel*, versão 2010. Os resultados assinalaram que a aspiração de secreções subglóticas obteve uma frequência de 80% (n= 48), confirmando que é a medida preventiva da PAVM mais realizada nos pacientes. Dentre outras medidas preventivas realizadas pelos profissionais de enfermagem, apenas 8% (n= 5) fazem a monitorização do cuff do tubo endotraqueal, e os índices alcançados na rotina de Higienização das Mãos (HM) apresentaram satisfatórios, pois demonstraram que há uma preocupação com a realização dessa medida de prevenção principalmente no que diz respeito à HM antes e após os procedimentos, totalizando 88% (n= 53). Algumas medidas analisadas no estudo apresentaram-se significativas conforme as recomendações propostas na literatura, no entanto, outras tiveram índices preocupantes. É interessante que seja implementado um processo educativo visando a instituição de normas para o gerenciamento e supervisão do cuidado dentro das UTIs, bem como para a qualificação profissional.

**Palavras-chave:** Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica; Equipe de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

NÓBREGA, C. L; LUCIO, M. S. A. S. **Activity of Nursing Professionals in the Prevention of Ventilator-associated pneumonia in Intensive Care Units.** Campina Grande, 2014. State University of Paraiba. Department of Nursing.

### ABSTRACT

Ventilator-associated pneumonia (VAP) is a frequent complication in hospitalized patients, especially in those admitted to Intensive Care Units (ICUs). This study aimed to evaluate how the nursing professionals working in employment of Mechanical ventilation (MV) in ICUs, with emphasis on the adoption of preventive measures of VAP. It is an exploratory study with descriptive quantitative approach that was carried out in two Adult ICUs of a public health institution of the city of Campina Grande, PB. The sample was comprised of nursing professionals, being represented by 22 nurses and 38 nursing technicians. For used for data collection was a questionnaire autoaplicável composed of 18 closed questions. The data were processed and analyzed using statistical methods with the use of the Software *Microsoft Excel*, version 2010. The results pointed out that the aspiration of secretions subglottic lesions obtained a frequency of 80% (n= 48), confirming that it is a preventive measure for VAP more performed in patients. Among other preventive measures undertaken by nursing professionals, only 8% (n= 5) make the monitoring of the cuff of the endotracheal tube, and the indexes achieved in routine Hand hygiene (HM) presented satisfactory, because demonstrated that there is a concern with the implementation of this measure of prevention mainly as regards the HM before and after procedures, totaling 88% (n= 53). Some of the measures analyzed in this study proved to be significant as the recommendations proposed in the literature; however, other had alarming levels. It is interesting that is implemented an educational process aimed at the establishment of standards for the management and supervision of care within the ICU, as well as for the professional qualification.

**Keywords:** Ventilator-associated pneumonia; Nursing Team; Intensive Care Unit.

NÓBREGA, C. L; LUCIO, M. S. A. S. **Actividad de los profesionales de enfermería en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos.** Campina Grande, 2014. Universidad del Estado de la Paraíba. Departamento de Enfermería.

## RESUMEN

Neumonía asociada al ventilador (NAV) es una complicación frecuente en pacientes hospitalizados, especialmente en aquellos que fueron admitidos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). El objetivo del estudio fue evaluar cómo los profesionales de enfermería actúan en el empleo de ventilación mecánica (VM) en UCI, con énfasis en la adopción de medidas preventivas de NAV. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con abordaje cuantitativo que se llevó a cabo en dos UCI adultos de una institución de salud pública de la ciudad de Campina Grande, PB. La muestra se compone de profesionales de enfermería, y está representado por 22 enfermeras y 38 técnicos de enfermería. Para la recogida del datos fue utilizados un cuestionario autoaplicable compuesto de 18 preguntas cerradas. Los datos fueron procesados y analizados mediante métodos estadísticos con el uso del Software *Microsoft Excel versión 2010*. Los resultados señalaron que la aspiración de secreciones subglóticas obtuvo una frecuencia de 80% (n= 48), lo que confirma que se trata de una medida preventiva para NAV más realizadas en los pacientes. Entre otras medidas preventivas llevadas a cabo por los profesionales de enfermería, sólo 8% (n= 5) hacen la monitorización del balón del tubo endotraqueal, y los índices alcanzados en la rutina de Higienización de las Manos (HM) presentó satisfactoria, pues demostraron que hay una preocupación con la realización de esa medida de prevención principalmente en el que dice respeto a la HM antes y después de los procedimientos, con un total 88% (n= 53). Algunas medidas analizadas en el estudio se presentaron significativas conforme las recomendaciones propuestas en la literatura, sin embargo, otras tuvieron niveles alarmantes. Es interesante que se lleva a cabo un proceso educativo mirando el empleo de normas para la gestión y el control del cuidado dentro de las UCIs, así como para la calificación profesional.

**Palabras clave:** Neumonía Asociada al Ventilador; Grupo de Enfermería; Unidad de Cuidados Intensivos.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AMIB** – Associação de Medicina Intensiva Brasileira

**ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**HM** – Higienização das Mãos

**IH** – Infecção Hospitalar

**IRAS** – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

**PAVM** – Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

**SBPT** – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

**SSVV** – Sinais Vitais

**TOT** – Tubo Orotraqueal

**UEPB** – Universidade Estadual da Paraíba

**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

**VM** – Ventilação Mecânica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	11
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	12
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	16
4.1 Tipo de pesquisa .....	16
4.2 Local da pesquisa e período de investigação .....	16
4.3 População e amostra .....	16
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	16
4.5 Instrumento de coleta de dados.....	17
4.6 Processamento e análise de dados.....	17
4.7 Aspectos éticos.....	18
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	19
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	31
<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a portaria GM/MS nº 2.616/98, Infecção Hospitalar – IH é definida como toda e qualquer infecção adquirida após a admissão do paciente no hospital, que se manifesta durante a internação ou após a alta e que pode ser relacionada com a internação ou com os procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998). Atualmente, tem sido sugerida a mudança do termo IH para Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – IRAS, que reflete melhor o risco de aquisição dessas infecções.

As IRAS constituem um sério problema de saúde pública em virtude das constantes mutações pelas quais passam os microrganismos, bem como pelo uso indiscriminado de antimicrobianos, representando, atualmente, um grande desafio para a atenção terciária à saúde (MESQUITA et al., 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, as IRAS consistem em eventos adversos ainda persistentes nos serviços de saúde. Sabe-se que a infecção promove uma considerável elevação dos custos no cuidado do paciente, além de aumentar o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade nos serviços de saúde do país (BRASIL, 2013).

Conforme Silva e Santos (2014), as maiores taxas de IRAS estão relacionadas a pacientes/ clientes em Unidades de Terapia Intensiva – UTI. Nesse ambiente, as IRAS são as complicações mais comuns, chegando a 30% do total de uma instituição hospitalar. O paciente/cliente nessas unidades tem uma complexidade maior, um quadro mais grave e está mais sujeito a procedimentos invasivos de longa permanência.

Entre os procedimentos mais realizados na UTI estão a intubação endotraqueal e a Ventilação Mecânica – VM. Isso ocorre, pois os pacientes que ali se encontram apresentam quadro clínico instável, decorrente de intervenções feitas em situações de urgência e emergência, ou são pacientes em recuperação pós-operatória (OLIVEIRA, 2011).

Sabe-se que a VM em UTI pode otimizar os resultados dos pacientes durante o período da hospitalização, constituindo-se em um método eficaz no tratamento de diversas patologias. Por outro lado, o uso prolongado deste suporte pode implicar em complicações que oneram a internação e conseqüentemente elevam as taxas de mortalidade.

Os pacientes internados, especialmente aqueles em VM, são um grupo de risco aumentado para pneumonia. Este risco maior deve-se essencialmente a três fatores: diminuição das defesas do paciente; risco elevado de ter as vias aéreas inoculadas com grande quantidade de material contaminado; presença de microrganismos mais agressivos e

resistentes aos antimicrobianos no ambiente, superfícies próximas, materiais e colonizando o próprio paciente (BRASIL, 2013).

A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica – PAVM é uma das complicações mais importantes em UTI compondo 85% das pneumonias nosocomiais, com taxas que variam de 9 a 40% das infecções (MICHELS et al., 2013).

Os dados epidemiológicos dessa complicação são imprecisos porque há falta de critérios de diagnósticos uniformes e claros. As taxas de PAVM podem variar de acordo com a população de pacientes e os métodos diagnósticos disponíveis. No entanto, a incidência desta infecção tende a aumentar com a duração da VM (BRASIL, 2013).

A realização da vigilância da PAVM com definições padronizadas em UTI, o cálculo das taxas dessa complicação, a apresentação dos índices para a equipe de saúde e, sobretudo a adoção das medidas de prevenção pertinentes são ações fortemente recomendadas. Esses indicadores podem se tornar importantes aliados na avaliação da qualidade da assistência (BRASIL, 2009).

Rodrigues et al. (2012), afirma que a atenção aos pacientes sob VM torna-se responsabilidade dos enfermeiros, pois a evolução positiva deles depende de cuidados contínuos, capazes de promover a identificação de problemas que atinjam diretamente suas necessidades.

Entre os membros da equipe de saúde, os profissionais de enfermagem apresentam um maior contato com o paciente, logo, é imperativo que a equipe de enfermagem, especialmente as atuantes nos ambientes de UTI, conheçam com propriedade os princípios que envolvem a VM, para que fundamentados em evidências científicas, assegurem uma assistência de qualidade a cada paciente.

O presente estudo avaliou como os profissionais de enfermagem atuam no emprego de VM na UTI, dando ênfase no que diz respeito à adoção de medidas preventivas da PAVM.

O estudo justifica-se pelo fato da equipe de enfermagem prestar cuidados assistenciais contínuos aos pacientes críticos, sendo assim, a avaliação da atuação dos profissionais se tornou pertinente, uma vez que a finalidade do estudo é de levantar sugestões capazes de suprimir possíveis lacunas existentes nos cuidados com a VM, buscando assim, o aprimoramento da assistência oferecida aos pacientes/ clientes que necessitam do suporte ventilatório na UTI, bem como, construir interfaces à cerca do assunto para contribuir na redução dos índices de PAVM.

## **2 OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a atuação dos profissionais de enfermagem na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência de VM em UTI;
- Verificar os fatores que predispõem a PAVM mediante a perspectiva dos profissionais de enfermagem;
- Identificar as ações e condutas da equipe de enfermagem destinadas ao processo de prevenção da PAVM;

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Implicações da Ventilação Mecânica

A VM é a aplicação, por modo invasivo ou não, de um equipamento chamado ventilador, que substitui total ou parcialmente a atividade respiratória espontânea, tendo como objetivo principal a diminuição do trabalho respiratório (JERONIMO; CHEREGATTI, 2011).

Conforme afirmam Barbas et al. (2014), a VM propicia melhora das trocas gasosas e diminuição do trabalho respiratório, podendo ser utilizada de forma não invasiva por meio de uma interface externa, geralmente uma máscara facial, e de forma invasiva por meio de um tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.

Carvalho, Toufen e Franca (2007), relatam no documento do III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica, que a VM é aplicada em várias situações clínicas em que o paciente desenvolve insuficiência respiratória, sendo, dessa forma, incapaz de manter valores adequados de O<sub>2</sub> e CO<sub>2</sub> sanguíneos. As principais indicações para iniciar o suporte ventilatório são: hipoventilação e apneia; insuficiência respiratória devido à doença pulmonar intrínseca e hipoxemia; falência mecânica do aparelho respiratório; prevenção de complicações respiratórias; redução do trabalho muscular respiratório e fadiga muscular.

#### 3.2 Unidade de Terapia Intensiva e a ocorrência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

De acordo com Abrahão (2010), a UTI caracteriza-se como uma unidade reservada, complexa, dotada de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos. A prevenção e controle das IRAS nessas unidades constituem um grande desafio para o profissional do controle de infecção, visto a complexidade dos pacientes.

A PAVM é a infecção relacionada à assistência à saúde altamente prevalente nas UTIs com alta morbidade e letalidade que gera enormes custos hospitalares (SILVA et al., 2011). A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – SBPT (2007, s. 2) define PAVM como “a infecção pulmonar que ocorre 48 a 72 horas após a intubação endotraqueal e a instituição de ventilação mecânica invasiva”.

Segundo Haringer (2009), os fatores de risco para desenvolver pneumonia são diferenciados como condições modificáveis e não modificáveis. As não modificáveis são

relacionadas ao paciente: idade, escore de gravidade e presença de comorbidades. Já as modificáveis estão relacionadas à microbiota da própria UTI e as quatro vias associadas à patogênese da PAVM: aspiração do conteúdo orofaríngeo; contaminação do equipamento respiratório; transmissão de uma pessoa para a outra; disseminação hematogênica.

A PAVM pode ser classificada em precoce e tardia. A precoce é a que ocorre até o quarto dia de intubação e início da VM, e a tardia a que se inicia após o quinto dia da intubação e VM. O desenvolvimento de PAVM é primariamente devido à aspiração de secreções de orofaringe, do condensado formado no circuito do respirador, ou do conteúdo gástrico colonizado por bactérias patogênicas (SBPT, 2007).

Ainda de acordo com a SBPT (2007), a intubação e a VM aumentam consideravelmente o risco de infecções, devendo ser evitadas quando possível.

A mortalidade global nos episódios de PAVM varia de 20 a 60%, refletindo em grande parte a severidade da doença de base destes pacientes, a falência de órgãos e especificidades da população estudada e do agente etiológico envolvido. Estimativas da mortalidade atribuída a esta infecção variam nos diferentes estudos, mas aproximadamente 33% dos pacientes com PAVM morrem em decorrência direta desta infecção (BRASIL, 2013).

Devido a sua relevância clínica e seu perfil epidemiológico, a PAVM é estudada como uma entidade clínica distinta dentro das pneumonias nosocomiais, representando um dos principais desafios enfrentados pelo intensivista em sua prática diária (RODRIGUES et al., 2009).

### 3.3 Atuação de Enfermagem na Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

O enfermeiro atua fundamentalmente em UTI desde que estas se especializaram no atendimento a pacientes graves; porém, observa-se também que os enfermeiros, atualmente, em determinadas instituições, estão ficando cada vez mais distantes do suporte ventilatório, talvez pelas inúmeras atribuições que lhes são destituídas, ou por haver outra categoria profissional fazendo esse tipo de assistência, bem como pela deficiência de seu conhecimento (RODRIGUES et al., 2012).

Conforme Rodrigues et al. (2012) a VM é, sem dúvida, um aspecto importante a ser considerado na terapia intensiva, pois envolve muitas variáveis e necessita ter uma interação interdisciplinar, por sua complexidade tecnológica. É de suma importância que o enfermeiro esteja inserido com competência e habilidades nesse contexto para prestar uma assistência segura ao paciente crítico.

Silva, Nascimento e Salles (2014), demonstram em seu estudo que 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 PAVM.

Os fatores de risco para desenvolvimento da PAVM podem ser reduzidos com medidas centradas em ações da equipe que assiste o indivíduo sob VM, como a higienização das mãos dos profissionais de saúde, a implantação de protocolos que estimulem o uso racional de antimicrobianos, a interrupção diária da sedação, o desmame ventilatório e, ainda, estratégias que visam à redução de procedimentos invasivos na UTI (BRASIL, 2009).

Em seu módulo de medidas de prevenção de IRAS, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, diz que a utilização da interrupção diária da sedação e a avaliação da prontidão do paciente para a extubação têm sido correlacionadas com a redução do tempo de ventilação mecânica e, portanto a uma redução na taxa de PAVM.

Apesar dos benefícios gerados pela interrupção diária da sedação, esta intervenção pode apresentar alguns riscos como a extubação acidental e o aumento da dor no paciente (BRASIL, 2013).

O reconhecimento da fisiopatologia e dos fatores de riscos relacionados à PAVM ajudam a identificar os pacientes suscetíveis e implementar protocolos como ferramentas de monitorização e prevenção (CRUZ et al., 2011).

As diretrizes brasileiras de VM demonstram que algumas medidas preventivas a serem implementadas pelos profissionais de enfermagem incluem a forma de manusear os equipamentos durante a troca de circuitos, filtros e umidificadores, bem como a limpeza e conservação dos equipamentos; os cuidados durante banho no leito e mudança de decúbito; manter a cabeceira da cama dos pacientes entre 30° - 45° e cuidados específicos na higiene bucal (BARBAS et al., 2013).

Alguns cuidados durante a mudança de decúbito e a higienização do paciente/ cliente devem ser tomados mediante a possibilidade de uma extubação acidental, bem como, o surgimento de complicações que podem afetar a saúde do paciente. É o que afirma a Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB e a SBPT (2013, p. 126): “Realizar avaliação dos sinais vitais, análise e registro dos parâmetros do ventilador mecânico, checagem dos alarmes e de parâmetros clínicos antes da realização do banho no leito e da mudança de decúbito”.

Manter pacientes em posição de semi-recumbente, ou seja, com elevação da cabeceira em 30° - 45°, salvo na existência de contraindicação, tem demonstrado associação com um



risco reduzido de aspiração pulmonar. A utilização do decúbito elevado reduz o risco de aspiração do conteúdo gastrointestinal ou orofaríngeo e de secreção nasofaríngea (BRASIL, 2013).

Há uma relação na diminuição dos índices de PAVM quando a higiene oral é realizada com clorexidina veículo oral a 0,12% ou 0,2% (BRASIL, 2013). É preconizada a realização de higiene bucal com escovação de 12/12 horas, verificando a pressão do balonete do tubo orotraqueal – TOT ou traqueostomia antes de realizar a higiene bucal (BARBAS et al., 2013).

## **4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

Para uma melhor compreensão do fenômeno investigado, optou-se pelo enfoque do estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa que explorou a atuação dos profissionais de enfermagem frente ao processo de prevenção da PAVM.

As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar uma maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo mais explícito, como também construir hipóteses. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, o estabelecimento de relações entre variáveis. (GIL, 2010).

### **4.2 Local da Pesquisa e Período de Investigação**

A pesquisa foi realizada nas duas UTIs Adulto do Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes no período de outubro a novembro de 2014. A instituição foi escolhida por tratar-se de um hospital de referência do Estado da Paraíba, classificado como de grande porte e de alta complexidade, onde dispõe de duas UTI destinadas a pacientes adultos em situações de urgência e emergência.

As UTIs são constituídas no total por 20 leitos, com um quadro de pessoal de enfermagem formado por 89 profissionais, sendo 25 enfermeiros e 64 técnicos de enfermagem.

### **4.3 População e Amostra**

A população do estudo compreendeu os profissionais de enfermagem atuantes nas UTIs selecionadas para esta investigação.

A amostra foi constituída por 22 enfermeiros e 38 técnicos de enfermagem que contemplaram os critérios de inclusão para a realização desta pesquisa.

### **4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram: ter formação profissional superior ou curso técnico em enfermagem; estar atuando em uma das UTIs adulto há pelo

menos um ano e apresentar disponibilidade voluntária para participar da pesquisa. Quanto aos critérios de exclusão, não participaram do estudo os profissionais de enfermagem que apresentaram tempo de atuação inferior a um ano em uma das UTIs adulto, aqueles que não estavam atuando nas UTIs no momento da investigação e os que se recusaram a participar da pesquisa.

#### 4.5 Instrumento de Coleta de Dados

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário autoaplicável composto por 18 questões fechadas, destinado aos profissionais de enfermagem das UTIs da referida instituição que se disponibilizaram a participar da pesquisa.

Segundo Gil (2010), questionário é uma técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas às pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado.

O questionário foi dividido em dois módulos, onde o primeiro corresponde à caracterização da amostra (sexo, idade, escolaridade, função específica no setor, tempo de profissão, tempo que atua na UTI) e o segundo corresponde as medidas destinadas à prevenção da PAVM nas UTIs (importância da higienização das mãos, rotina de higienização das mãos dos profissionais, perspectiva dos profissionais quanto aos principais fatores de risco para desenvolvimento da PAVM, período de realização da vigilância microbiológica, período de troca dos circuitos do ventilador, períodos de higienização oral, atividades realizadas com maior e menor frequência para prevenção da PAVM e os cuidados para realização de banho no leito e mudança de decúbito).

#### 4.6 Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram processados e analisados através de métodos estatísticos com o auxílio do *Software Microsoft Excel*, versão 2010, que possibilitou a tabulação e organização dos mesmos.

Após o processamento e análise quantitativa dos dados e, de acordo com os objetivos da pesquisa, foram expostos na forma de tabelas e/ou figuras.

#### 4.7 Aspectos Éticos

O estudo foi desenvolvido levando em consideração os preceitos éticos e legais da pesquisa com Seres Humanos, conforme as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, visando assegurar os direitos e deveres dos profissionais de enfermagem que se disponibilizarem a participar do estudo. Dessa forma, foi apresentado aos sujeitos da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, objetivando obter o consentimento por escrito. O estudo resguardou o caráter voluntário, o sigilo das informações e o anonimato do informante, bem como o direito de desistir da mesma em qualquer momento, sendo excluídas as informações colhidas sem nenhum tipo de constrangimento pessoal.

O presente estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba – CEP/ UEPB, com o parecer nº 36928914.0.0000.5187 com data de 01 de Outubro de 2014.

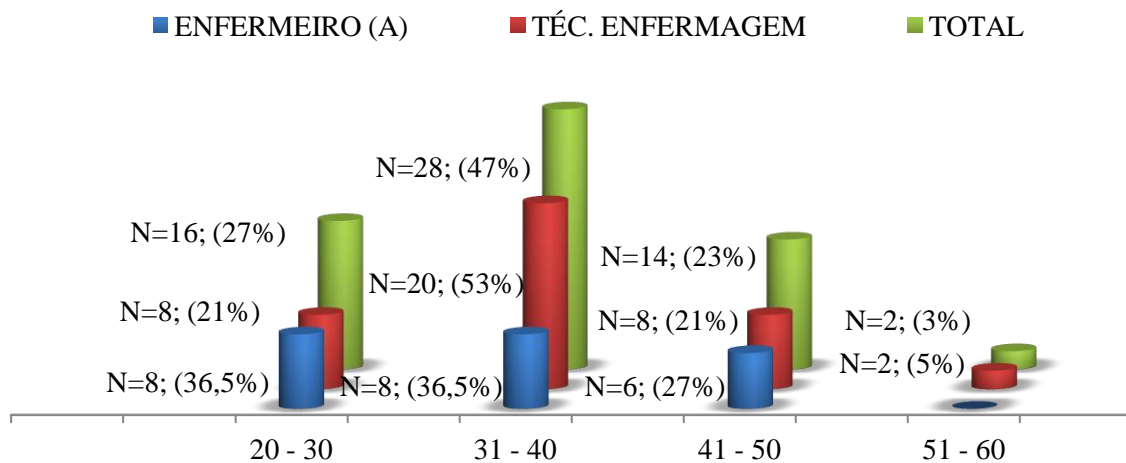
## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo buscou analisar inicialmente o perfil sócio-demográfico dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência de VM nas duas UTIs.

Dos 60 profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa, 80% (n=48) foram mulheres e 20% (n=12) foram homens. Esse fato demonstra que a enfermagem ao longo de sua história é uma profissão majoritariamente feminina.

A distribuição etária dos profissionais de enfermagem objeto deste estudo está disposta na Figura 1.

**Figura 1** – Distribuição Etária dos Profissionais de Enfermagem.



Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTIs Adulto do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Campina Grande-PB, 2014.

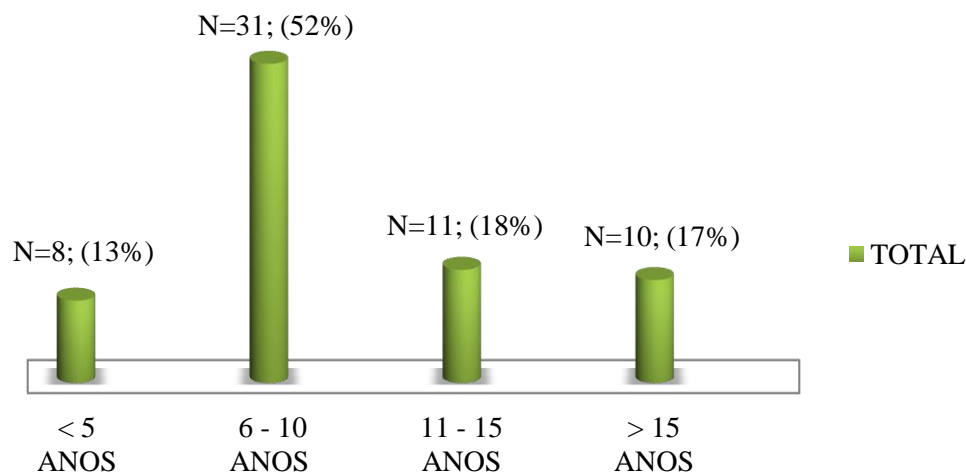
Foi realizada a distribuição etária por categoria profissional e posteriormente foi realizada a distribuição geral dos profissionais, onde a maior concentração de profissionais ocorreu na faixa etária de trinta e um a quarenta anos com 47% (n=28).

Com relação à escolaridade, 95% (n=21) dos enfermeiros possuem pós-graduação (especialização) e 5% (n=1) possui o curso de graduação em enfermagem. Entre os técnicos, 92% (n=35) apresentaram apenas o curso técnico de enfermagem, 5% (n=2) apresentaram graduação e especialização e 3% (n=1) apenas graduação.

A experiência profissional e o tempo de atuação nas UTIs também foram objetos de investigação por serem intimamente ligados aos fatores de como os profissionais agem frente aos cuidados e as medidas preventivas da PAVM.

Em relação ao tempo de experiência profissional dos enfermeiros, percebe-se uma distribuição equilibrada nos períodos de formação, sendo 23% (n=5) com tempo inferior a cinco anos, 41% (n=9) com tempo entre seis e dez anos, 18% (n=4) com tempo entre onze e quinze anos e 18% (n=4) com tempo superior a quinze anos. Os técnicos de enfermagem apresentaram 8% (n=3) profissionais com tempo inferior a cinco anos, 58% (n=22) com tempo entre seis e dez anos, 18% (n=7) com tempo entre onze e quinze anos e 16% (n=6) com tempo superior a quinze anos. Em ambas as categorias profissionais houve predominância da experiência profissional entre seis e dez anos, representando 52% (n=31) do total dos profissionais, conforme mostra a Figura 2.

**Figura 2**– Tempo de Experiência Profissional; Número Absoluto.



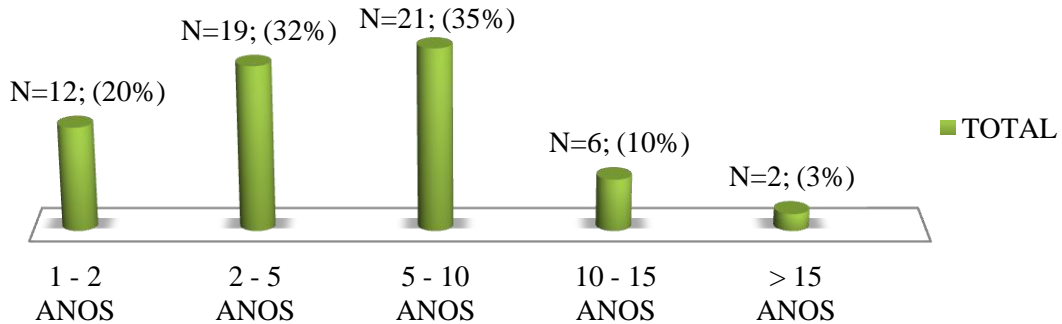
Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTIs Adulto do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Campina Grande-PB, 2014.

Quanto ao tempo de atuação nas UTIs, foi constatado que entre os enfermeiros 23% (n=5) tinham de um a dois anos, 54% (n=12) tinham entre dois e cinco anos, 14% (n=3) tinham entre cinco e dez anos, 9% (n=2) tinham entre dez e quinze anos e nenhum enfermeiro possuía mais de quinze anos de atuação nas UTIs. Os técnicos de enfermagem apresentaram 18,5% (n=7) entre um e dois anos, 18,5% (n=7) entre dois e cinco anos, 47% (n=18) entre cinco e dez anos, 11% (n=4) entre dez e quinze anos e 5% (n=2) com tempo superior a quinze anos de atuação.

Os dados referentes ao tempo de atuação dos profissionais de enfermagem nas UTIs foram similares com os dados de experiência profissional, pois não apresentaram predominância nos extremos, portanto, a maioria dos profissionais se concentrou no período

de cinco a dez anos com 35% (n=21) dos profissionais; entre dois e cinco anos com 32% (n=19) dos profissionais, demonstrando que os profissionais de enfermagem dedicaram grande parte de suas experiências profissionais às UTIs, conforme a Figura 3.

**Figura 3** – Tempo de Atuação dos Profissionais nas UTIs; Número Absoluto.

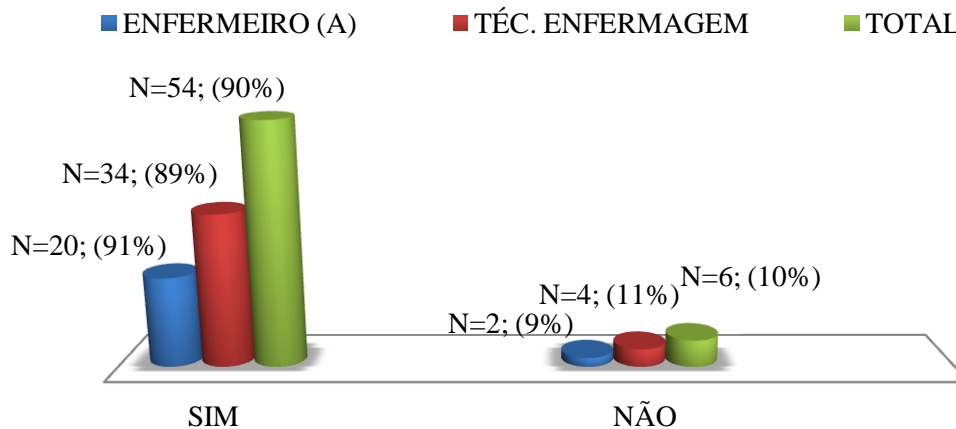


Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTIs Adulto do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Campina Grande-PB, 2014.

Em relação à Higienização das Mãos – HM, inicialmente foi perguntado aos profissionais se eles concordavam que técnicas simples como a HM ajudam a minimizar as IRAS, 100% (n=60) dos profissionais responderam que sim, demonstrando a consciência sobre a efetividade e importância da realização da prática para prevenir as IRAS.

Conforme afirma Moreira et al. (2011) a higienização das mãos é a medida preventiva mais importante para prevenção e controle de infecções, principalmente em UTI, onde a manipulação é constante em pacientes graves e críticos, de imunossupressão e na presença de inúmeros procedimentos invasivos.

No entanto, é evidente que muitos profissionais ainda deixam de praticar tal medida, o que fica confirmado quando a equipe de enfermagem foi questionada sobre a conduta dos profissionais negligenciarem a técnica da HM. 91% (n=20) dos enfermeiros responderam que observam o negligenciamento e 9% (n=2) responderam que não observam esta atitude. 89% (n=34) dos técnicos de enfermagem responderam que observam o negligenciamento e 11% (n=4) responderam que não observam esta atitude. No total, 90% (n=54) dos profissionais responderam que concordam que muitos profissionais não reconhecem a HM como uma prática importante e apenas 10% (n=6) responderam que não concordam com tal afirmativa, conforme ilustra a Figura 4.

**Figura 4** – Profissionais Negligenciam a Higienização das Mãos.

Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTIs Adulto do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Campina Grande-PB, 2014.

A prática da HM é um cuidado por vezes negligenciado e subvalorizado por alguns profissionais, constituindo um fator gravíssimo no que concerne à assistência prestada (SILVA; NASCIMENTO; SALLES, 2014).

A HM deve fazer parte de todas as campanhas educativas para fortalecer tanto os conceitos da periodicidade como da técnica (MOREIRA et al., 2011).

Mediante a importância dessa medida preventiva, a rotina de HM dos profissionais de enfermagem também foi objeto dessa pesquisa, uma vez que demonstra como a equipe de enfermagem se comporta com tal medida. A Tabela 1 apresenta a rotina de higienização das mãos.

**Tabela 1** – Rotina de Higienização das Mãos dos Profissionais de Enfermagem.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	%
AO ENTRAR NA UNIDADE	N=24	40%
ANTES E APÓS PROCEDIMENTOS	N=53	88%
SOMENTE APÓS PROCEDIMENTOS	N=3	5%
AO ENTRAR EM CONTATO COM PACIENTES	N=36	60%
ENTRE UM PACIENTE E OUTRO	N=33	55%
OUTROS	N=3	5%

Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTIs Adulto do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Campina Grande-PB, 2014.



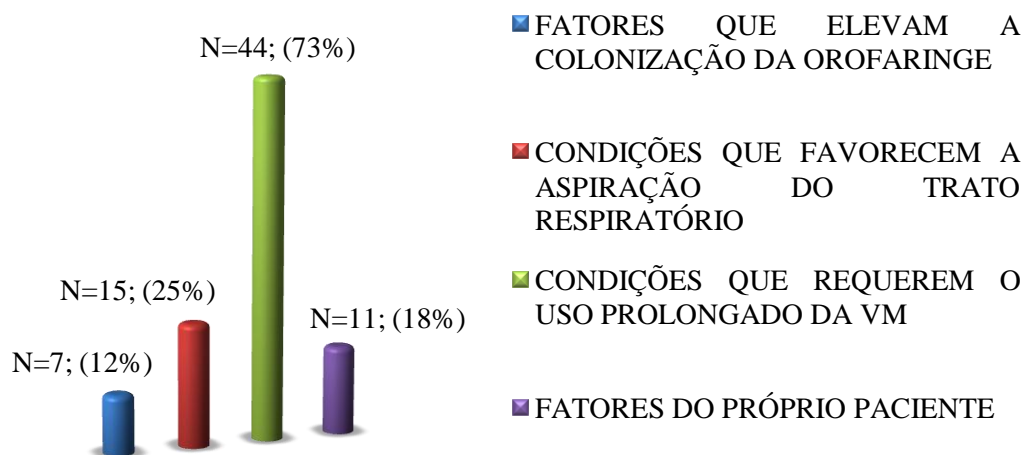
Os índices alcançados na rotina de HM entre os profissionais de enfermagem são satisfatórios, pois demonstram que há uma preocupação com a realização dessa medida de prevenção pela maioria dos profissionais que participaram da pesquisa, principalmente no que diz respeito à HM antes e após os procedimentos, totalizando 88% (n=53).

Quanto aos principais fatores de risco para desenvolvimento da PAVM, os profissionais poderiam assinalar mais de uma opção apresentada no questionário. Como resultado, 73% (n=44) dos profissionais afirmaram que as condições que requerem o uso prolongado da VM, bem como a exposição a dispositivos e as mãos contaminadas dos profissionais de saúde configuram-se como os principais fatores de riscos para o desenvolvimento dessa complicação.

Rodrigues et al. (2009) demonstrou em seu estudo que a ocorrência de PAVM se relacionou positivamente a um maior tempo de permanência sob suporte ventilatório invasivo, prolongando a estadia na UTI de forma significativa.

Além disso, os profissionais também elencaram outros fatores que podem contribuir para o surgimento da PAVM, onde 25% (n=15) mencionaram as condições que favorecem a aspiração do trato respiratório, 18% (n=11) os fatores do próprio paciente e 12% (n=7) os fatores que elevam a colonização da orofaringe, de acordo com a ilustração da Figura 5.

**Figura 5** – Principais Fatores de Risco da PAVM.



Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTIs Adulto do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Campina Grande-PB, 2014.

O próprio ambiente da UTI é considerado como fonte principal de surtos de microrganismos multirresistentes, possuindo diversos fatores de risco como o uso excessivo

de antibióticos, além da vulnerabilidade dos pacientes que predispõe ainda mais o risco de infecção (NEPOMUCENO et al., 2014).

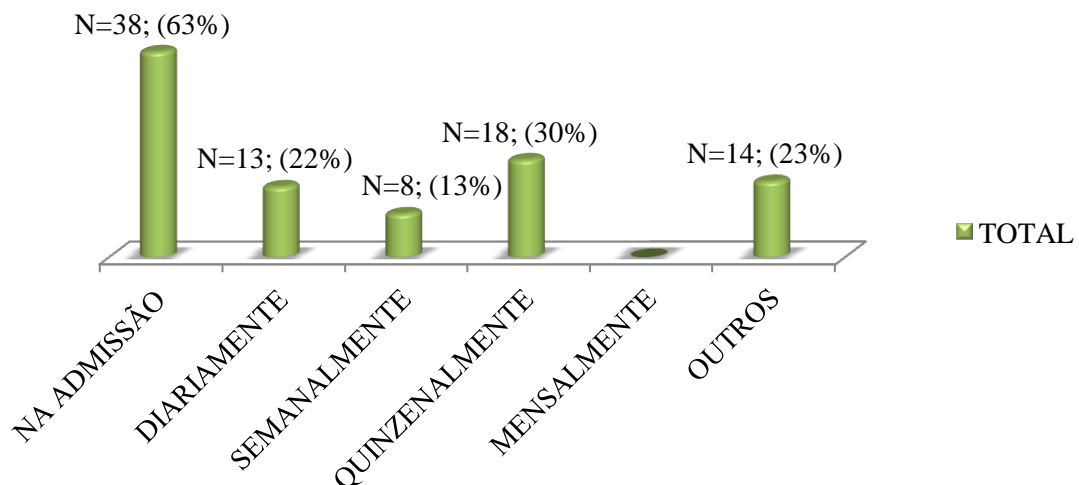
Uma série de fatores próprios do paciente, ou decorrentes de intervenções terapêuticas a ele aplicadas, favorece a colonização por microrganismos hospitalares (CRUZ et al., 2011).

Os profissionais de enfermagem foram investigados sobre o uso da VM constituir a principal causa de infecções nas UTIs, onde 45% (n=27) dos profissionais concordaram com tal afirmativa e 55% (n=33) discordaram.

Esses dados diferem do estudo de Santos et al. (2011) que coloca a presença do tubo endotraqueal como um fator de risco independente para o desenvolvimento de PAVM, enquanto a intubação traqueal é necessária para facilitar a VM.

No tocante à realização da vigilância microbiológica, 100% (n=60) dos profissionais afirmaram que é realizada a vigilância microbiológica nos pacientes, e a frequência de realização está exposta na Figura 6.

**Figura 6** – Frequência de Realização da Vigilância Microbiológica.



Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTIs Adulto do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Campina Grande-PB, 2014.

A frequência de realização foi assinalada conforme rotina do setor, o que explica a variação de porcentagem. A maioria dos profissionais 63% (n=38) respondeu que a vigilância microbiológica é realizada na admissão do paciente. Após a admissão, os valores com maiores índices são 30% (n=18) representando o período quinzenal e 23% (n=14) representando outros pontos, onde os profissionais afirmaram que a vigilância também é realizada quando solicitada avaliação pelo médico intensivista.

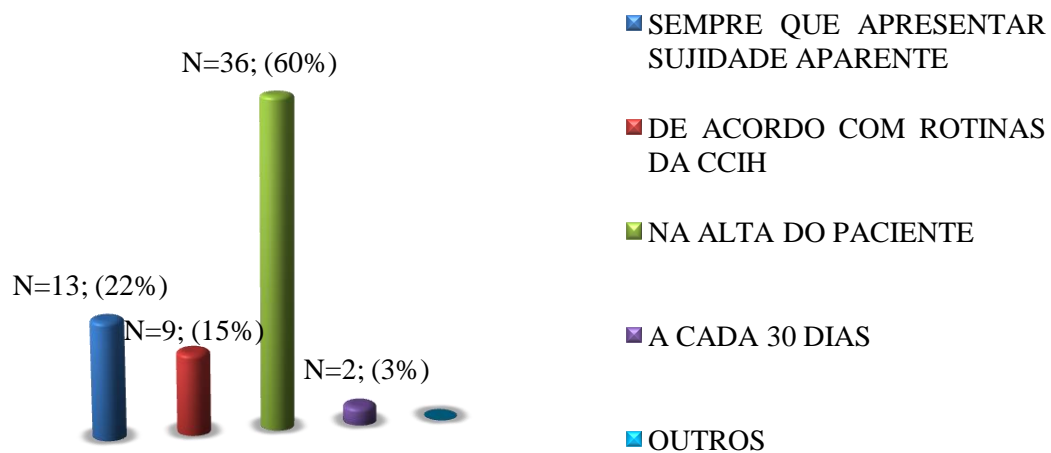
Segundo Amaral, Côrtes e Pires (2009), a vigilância microbiológica é uma medida preventiva da PAVM que oferta informações periódicas aos profissionais, quanto à prevalência e a resistência da microbiota dos pacientes.

Com relação ao tempo de troca do circuito do ventilador, 60% (n=36) dos profissionais responderam que este só é trocado quando o paciente tem alta, mediante a quantidade limitada de circuitos nas UTIs. Os períodos relatados de troca do circuito estão expostos na Figura 7.

A troca de circuitos do ventilador deve ser feita apenas quando apresentarem sujidade aparente ou danificados, não havendo necessidade de troca programada (BARBAS et al., 2013).

Os autores Santos e Figueiredo (2010) analisaram, o circuito do ventilador pode tornar-se um espaço composto por microrganismos patogênicos, ao acumular condensados em seu interior. Frente a isto, é importante esvaziar as secreções acumuladas e evitar que drenem novamente para o paciente.

**Figura 7** – Tempo de Troca do Circuito do Ventilador.



Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTIs Adulto do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Campina Grande-PB, 2014.

Os períodos de realização da higiene oral nos pacientes foram questionados, devido constituir uma medida fortemente recomendada pelos documentos disponíveis sobre ações preventivas de PAVM. A Tabela 2 ilustra os períodos indicados pela equipe de enfermagem para a realização da higiene oral nos pacientes.

**Tabela 2** – Períodos de Realização da Higiene Oral dos Pacientes.

<b>PERÍODOS</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>%</b>
MANHÃ	N=3	5%
MANHÃ/ TARDE	N=0	0%
MANHÃ/ NOITE	N=26	43%
MANHÃ/ TARDE/ NOITE	N=14	23%
TARDE/ NOITE	N=0	0%
NA HORA DO BANHO	N=21	35%
NÃO É REALIZADA	N=0	0%

Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTIs Adulto do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Campina Grande-PB, 2014.

Nepomuceno et al. (2014) relata que a cavidade oral merece uma atenção especial pela equipe intensivista, principalmente a enfermagem, em relação a sua higienização, devido ao constante acúmulo de secreções na orofaringe e pelo fato dos pacientes serem incapazes de eliminá-las pela perda do reflexo da tosse e sistema mucociliar deficiente.

Dos dados obtidos, os períodos que obtiveram maior frequência foram os turnos manhã/ noite com 43% (n=28). Percebe-se que a higiene oral é realizada, no entanto, não há uma concordância entre os profissionais quanto aos períodos de realização da mesma, apresentando dados diversificados. Tal fato pode ser devido à conduta que cada profissional adota ou pela falta de critérios de rotina no setor.

A equipe de enfermagem foi questionada sobre as atividades que são realizadas com frequência nos pacientes em uso de VM a fim de prevenir a PAVM, conforme ilustração da Tabela 3.

**Tabela 3** – Atividades Realizadas com Frequência nos Pacientes em VM.

<b>ATIVIDADES</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>%</b>
TROCA DE CIRCUITOS DO VENTILADOR	N=0	0%
ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES SUBGLÓTICAS	N=48	80%
MONITORIZAÇÃO DO CUFF	N=5	8%
ELEVAÇÃO DA CABECEIRA 30 - 45°	N=34	57%
HIGIENE ORAL DIÁRIA COM CLOREXIDINA 0,2%	N=0	0%
INTERRUPÇÃO DIÁRIA DA SEDAÇÃO	N=3	5%
OUTROS	N=9	15%

Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTIs Adulto do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Campina Grande-PB, 2014.

Das atividades preventivas citadas, cinco pontuaram, todavia, a equipe de enfermagem fez referência significativa somente a duas. A aspiração de secreções subglóticas obteve uma frequência de 80% (n=48), confirmando que é a medida preventiva mais realizada nos pacientes que fazem uso de VM.

Esse dado corrobora com o estudo de Silva, Nascimento e Salles (2014) que analisaram a aspiração endotraqueal sendo um cuidado importante para diminuir o acúmulo das secreções, manter as vias aéreas pervias e reduzir os riscos da consolidação e atelectasia, que podem levar a uma ventilação inadequada.

Os resultados deste estudo em relação à elevação da cabeceira da cama de 30 – 45° podem ser considerados satisfatórios, uma vez que atingiram 57% (n=34) da amostra.

Conforme Silva et al. (2011), o uso de cabeceira elevada a 30 – 45° é benéfica na redução do risco de refluxo e aspiração do conteúdo gástrico nos pacientes.

O posicionamento de 30 – 45° para indivíduos em VM deve tornar-se prática comum no cenário da UTI, pois esse cuidado reduz significativamente a incidência de PAVM (GONÇALVES et al., 2012).

Outras medidas preventivas assinaladas pelos profissionais não apresentaram índices significativos, como a monitorização do cuff com 8% (n=5), interrupção diária da sedação com 5% (n=3) e o questionamento outros com 15% (n=9), onde foram citadas a higiene oral (sem clorexidina veículo oral) e a fisioterapia respiratória.

Os resultados explicitados na tabela 3 comprova a realidade encontrada entre os profissionais de enfermagem quanto às atividades preventivas desenvolvidas nos pacientes em uso de VM. No entanto, para se aprofundar nos índices e frequência de realização, as mesmas

ações preventivas foram analisadas novamente, dessa vez quanto à realização em menor frequência, de acordo com a Tabela 4.

**Tabela 4** – Atividades Realizadas com Menor Frequência nos Pacientes em VM.

<b>ATIVIDADES</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>%</b>
TROCA DE CIRCUITOS DO VENTILADOR	N=35	58%
ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES SUBGLÓTICAS	N=3	5%
MONITORIZAÇÃO DO CUFF	N=19	32%
ELEVAÇÃO DA CABECEIRA 30 - 45°	N=0	0%
HIGIENE ORAL DIÁRIA COM CLOREXIDINA 0,2%	N=22	37%
INTERRUPÇÃO DIÁRIA DA SEDAÇÃO	N=21	35%
OUTROS	N=0	0%

Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTIs Adulto do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Campina Grande-PB, 2014.

A troca de circuitos do ventilador foi analisada por 58% (n=35) dos profissionais como a atividade menos frequente em pacientes em uso de VM, o que ficou evidenciado por dados anteriores desse estudo que esse evento ocorre devido a uma quantidade limitada de circuitos disponíveis nas UTIs.

A higiene oral com clorexidina a 0,2% ocupou a segunda posição com 37% (n=22). Cabe ressaltar que a higiene oral é uma medida preventiva realizada nos pacientes das UTIs objeto desse estudo, no entanto, não é feita com clorexidina veículo oral 0,2%, mas com outros colutórios.

Cruz et al. (2011) descreve que para diminuir a probabilidade de colonização da orofaringe é utilizado algumas formas farmacológicas que implicam o uso de agentes antimicrobianos e a clorexidina duas vezes ao dia.

A interrupção diária da sedação foi a terceira medida menos frequentemente adota entre os profissionais, representando 35% (n=21).

Moraes e Silva (2012), afirmam que o emprego da interrupção diária de sedação contínua conduzida de forma multiprofissional vem sendo relacionado com a redução do tempo de VM, conseqüentemente, com redução da PAVM, e da mortalidade, levando a redução no tempo de internação na UTI.

Moreira et al. (2011) recomenda a interrupção diária da sedação em UTI com adequado número de profissionais médicos e de enfermagem treinados na detecção precoce da necessidade de retorno à sedação.

A monitorização da pressão do cuff também integrou a lista de atividades realizadas em menor escala, elencada por 32% (n=19), o que é similar ao estudo desenvolvido por Gonçalves et al. (2012) que aponta a calibração da pressão intracuff do tubo endotraqueal como um cuidado importante, mas que não foi realizado adequadamente pela equipe, chamando atenção pela sua baixa frequência.

Lopes e Tufanin (2012) descreveram em sua pesquisa que a pressão do cuff deve ser mantida em valores intermediários, uma vez que as hiperinsuflações podem ocasionar lesões isquêmicas na mucosa traqueal e ulcerações devido ao déficit ocasionado na perfusão da mucosa. Por outro lado, as hipoinsuflações favorecem o escape aéreo, aspiração de secreções e o risco de extubações acidentais.

A pressão de perfusão sanguínea situa-se entre 25-35 mmHg ou entre 20-30 quando realizada a medida em cmH<sub>2</sub>O (PENITENTI et al., 2010).

A investigação dos cuidados a serem seguidos pelos profissionais antes do banho no leito e a mudança de decúbito está exposta na Tabela 5.

**Tabela 5** – Cuidados Seguidos Pelos Profissionais.

<b>CUIDADOS REALIZADOS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
AVALIAÇÃO DE SSVV	N=22	37%
ANÁLISE E REGISTRO DOS PARÂMETROS DA VM	N=1	2%
CHECAGEM DOS ALARMES E PARÂMETROS CLÍNICOS	N=3	5%
MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	N=15	25%
TODOS OS CUIDADOS	N=34	57%
NENHUM CUIDADO	N=0	0%

Fonte: Profissionais de Enfermagem, UTIs Adulto do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Campina Grande-PB, 2014.

A assistência de enfermagem ao paciente em VM é intensiva, extensa, complexa e inclui vários eixos norteadores para a prática de enfermagem (SANTOS; FIGUEIREDO, 2010). Alguns desses eixos incluem a avaliação e o controle de Sinais Vitais – SSVV, a monitorização cardiovascular e de Saturação de O<sub>2</sub>, a monitorização das trocas gasosas e de padrão respiratório, assim como a vigilância constante.

A maioria dos profissionais, 57% (n=34), assinalou o item contendo todos os cuidados listados antes de realizar o banho no leito e a mudança de decúbito, o que é um ponto positivo, uma vez que tais cuidados são necessários para evitar o estresse respiratório, o surgimento de complicações e uma eventual extubação acidental.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PAVM é uma infecção que pode ser evitada mediante uma atuação efetiva dos profissionais de enfermagem juntamente com a fisioterapia e a equipe médica, desde que as medidas preventivas sejam adotadas e empregadas corretamente.

É evidente que algumas medidas analisadas no estudo apresentaram-se significativas conforme as recomendações propostas na literatura, no entanto, outras tiveram índices preocupantes. É interessante que seja implementado um processo educativo visando a instituição de normas para o gerenciamento e supervisão do cuidado dentro das UTIs, bem como para a qualificação profissional.

Apesar de uma série de documentos disponíveis sobre a prevenção da PAVM, há uma limitação na literatura atual voltada para atuação dos profissionais de enfermagem nesse processo.

Frente ao exposto, as informações contidas nesse estudo são expressivamente relevantes para o processo de aperfeiçoamento dos profissionais de enfermagem das UTIs investigadas como para os profissionais de outros setores e instituições, visto que, as ações analisadas estabelecem uma redução dos riscos de PAVM e promovem melhoria na assistência mediante o seguimento das mesmas.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. C. L. A Unidade de Terapia Intensiva. In: CHEREGATTI, A. L.; AMORIM, C. P. (Org.). **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010. Cap. 1, p. 15-39.
- AMARAL, S. M; CORTÊS, A. Q; PIRES, F. R. Pneumonia Nosocomial: Importância do Microambiente Oral. **J Bras Pneumol**. v. 35, n. 11, p. 1116-1124, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n11/v35n11a10.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.
- BARBAS, C. S. V. et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte I. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. São Paulo, v. 26, n. 2, p. 89-121, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n2/0103-507X-rbti-26-02-0089.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2014.
- BARBAS, C. S. V. et al. **Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica – 2013**. I Fórum de Diretrizes em Ventilação Mecânica. Versão eletrônica oficial – Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB e Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – SBPT, 2013. 140 p. Disponível em: [http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Dir\\_VM\\_2013/Diretrizes\\_VM2013\\_SBPT\\_AMIB.pdf](http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Dir_VM_2013/Diretrizes_VM2013_SBPT_AMIB.pdf). Acesso em: 23 jul. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária| Anvisa. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde – GVIMS. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 1. ed, Caderno 4, 87 p. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f7893080443f4a03b441b64e461d9186/Modulo+4+Medidas+de+Prevencao+de+IRA+a+Saude.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 27 jul. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária| Anvisa. Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos – UIPEA. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES. **Infecções do Trato Respiratório**. Orientações para Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. 27 p. Brasília: ANVISA, 2009. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/servicosade/controle/manual\\_%20trato\\_respirat%F3rio.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosade/controle/manual_%20trato_respirat%F3rio.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa com Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de junho de 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 2.616, de 12 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecções hospitalares no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 de maio de 1998. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8c6cac8047457a6886d6d63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%B0+2.616%2C+DE+12+DE+MAIO+DE+1998.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

CARVALHO, C. R. R.; TOUFEN, JR. C.; FRANCA, S. A. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. **J Bras Pneumol**. v. 33, supl. 2, p. S54-S70, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33s2/a02v33s2.pdf>>. Acesso em 20 jul. 2013.

CRUZ, F. L. C. et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica: medidas preventivas. **Rev Pesq Saúde**. v. 12, n. 1, p. 56-59, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/viewFile/941/642>>. Acesso em: 24 jul. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GONÇALVES, F. A. F. et al. Eficácia de Estratégias Educativas para Ações Preventivas da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. **Esc Anna Nery**. v. 16, n. 4, p. 802-808, 2012.. Disponível em: <[http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe\\_artigo.asp?id=821](http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=821)>. Acesso em: 16 nov. 2014.

HARINGER, D. M. C. Pneumonia associada à ventilação mecânica. **Pulmão RJ**. Rio de Janeiro, supl. 2, S37-S45, 2009. Disponível em: <[http://www.sopterj.com.br/suplemento/2009\\_pneumonia/07.pdf](http://www.sopterj.com.br/suplemento/2009_pneumonia/07.pdf)>. Acesso em: 30 jul. 2014.

JERONIMO, R. A. S; CHEREGATTI, A. L. Ventilação Mecânica ou Suporte Ventilatório. In: JERONIMO, R. A. S. (Org.). **Técnicas de UTI**. 2. ed. São Paulo: Rideel, 2011. Cap. 6, p. 81-92.

LOPES L. S. G; TUFANIN, A. T. A. **Importância do Monitoramento da Pressão de Cuff: Uma Revisão de Literatura**. Artigo apresentado ao curso de Especialização em Ventilação Mecânica do Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada. Universidade São Marcos. Goiânia – GO. 14 f, 2012.

MESQUITA, K. L. et al. Perfil Epidemiológico das Infecções Hospitalares na UTI Neonatal da Santa Casa de Misericórdia de Sobral no ano de 2009. **SANARE**. Sobral, v. 9, n. 2, p. 66-72, 2010. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/7/5>>. Acesso em: 24 jul. 2014.

MICHELS, M. A. et al. Auditoria em Unidade de Terapia Intensiva: Vigilância de Procedimentos Invasivos. **Rev Epidemiol Control Infect.** v. 3, n. 1, p. 12-16, 2013. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2741>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

MORAES, L. V. L; SILVA, K. C. O. **Proposta de Protocolo de Interrupção Diária da Infusão Contínua de Sedativos em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.** Mestrado Profissionalizante em Terapia Intensiva. Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva – SOBRATI. Brasília – DF. 22 f, 2012.

MOREIRA, B. S. G. et al. Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Medidas Preventivas Conhecidas pelo Enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem.** Salvador, v. 25, n. 2, p. 99-106, 2011. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/5789/4463>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

NEPOMUCENO, R. M. et al. Fatores de Risco Modificáveis para Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em Terapia Intensiva. **Rev Epidemiol Control Infect.** v. 4, n. 1, p. 23-27, 2014. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/3933/3381>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

OLIVEIRA, E. A. C. M. Entubação endotraqueal. In: JERONIMO, R. A. S. (Org.). **Técnicas de UTI.** 2. ed. São Paulo: Rideel, 2011. Cap. 5, p. 53-80.

PENITENTI, R. M. et al. Controle da Pressão do Cuff na Unidade Terapia Intensiva: Efeitos do Treinamento. **Rev Bras Ter Intensiva.** v. 22, n. 2, p. 192-195, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n2/a14v22n2.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

RODRIGUES, P. M. A. et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica: epidemiologia e impacto em uma unidade de terapia intensiva. **J Bras Pneumol.** v. 35, n. 11, p. 1084-1091, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n11/v35n11a05.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

RODRIGUES, Y. C. S. J. et al. Ventilação Mecânica: Evidências para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 789-795, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/21.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

SANTOS, M. M. et al. Ventilador Mecânico como Fonte de Infecção Hospitalar: Implicações à Equipe de Enfermagem. **Rev Enferm UFPE.** v. 5, n. 9, p. 2206-2213, 2011. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1900/pdf\\_690](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1900/pdf_690)>. Acesso em: 12 nov. 2014.

SANTOS, V. F. R; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Intervenções e Atividades Propostas para o Diagnóstico de Enfermagem – Ventilação Espontânea Prejudicada. **Acta Paul Enferm.** v. 23, n. 6, p. 824-830, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000600017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600017)>. Acesso em: 15 nov. 2014.

SILVA, E. H; SANTOS, M. A. M. Infecção Hospitalar. In: VOLPATO, A. C. B; VITOR, C. S; SANTOS, M. A. M. (Org.). **Enfermagem em Emergência**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2014. Cap. 4, p. 149-176.

SILVA, L. T. R. et al. Avaliação das Medidas de Prevenção e Controle de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. **Rev Latino-Am. Enfermagem.** v. 19, n. 6, 9 telas, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000600008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000600008&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 14 nov. 2014.

SILVA, R. M. et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica: fatores de risco. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v. 9, n. 1, p. 5-10, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n1/a1714.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

SILVA, S. G; NASCIMENTO, E. R. P; SALLES, R. K. Pneumonia associada à ventilação mecânica: discursos de profissionais acerca da prevenção. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 290-295, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0290.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA – SBPT. Diretrizes Brasileiras para o Tratamento das Pneumonias Adquiridas no Hospital e das Pneumonias Associadas à Ventilação Mecânica – 2007. **J Bras Pneumol.** v. 33, supl. 1, S1-S30, 2007. Disponível em: <[http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple\\_131\\_44\\_1diretrizes1.pdf](http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple_131_44_1diretrizes1.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2014.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo assinados, respectivamente, orientadora e orientanda da pesquisa intitulada “**ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e suas complementares, outorgada pelo decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1997, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à pesquisa, respeitando a confidencialidade e o sigilo dos dados correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa.

Por ser verdade, assinamos o presente termo de compromisso.

Campina Grande – PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Maria do Socorro A. S. Lúcio

---

Christiane Lucena da Nóbrega

**APÊNDICE B**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, de RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar de livre e espontânea vontade da pesquisa: **“ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA”** da acadêmica Christiane Lucena da Nóbrega sob a orientação da professora Ms. Maria do Socorro Alves Silva Lúcio.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho, **“ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA”**, tem como objetivo geral: Analisar a atuação dos profissionais de enfermagem na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva;
- Ao voluntário só caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando as respostas apenas ao pesquisador através do questionário, cumprindo as exigências da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde;
- O voluntário poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo;
- Será garantida a privacidade dos sujeitos participantes nos resultados obtidos;
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer a danos físicos ou financeiros ao voluntário, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (83) 9935-1291;
- Ao final da pesquisa, se for do interesse do voluntário, este terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador, salientando que este documento será impresso em duas vias, sendo uma delas para o participante e a outra para o pesquisador;
- Desta forma, uma vez lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Campina Grande – PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Pesquisador Responsável



**APÊNDICE C**  
**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**  
**QUESTIONÁRIO**

**MÓDULO I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

**1.Sexo:**

- ( ) Masculino
- ( ) Feminino

**2.Idade:**

- ( ) 20 a 30 anos
- ( ) 31 a 40 anos
- ( ) 41 a 50 anos
- ( ) 51 a 60 anos

**3. Escolaridade:**

- ( ) Curso Técnico em Enfermagem
- ( ) Graduação em Enfermagem
- ( ) Especialização
- ( ) Mestrado

**4. Função Específica no Setor:**

- ( ) Enfermeiro(a)
- ( ) Técnico(a) em Enfermagem

**5. Tempo de Profissão:**

- ( ) Menos de 5 anos
- ( ) Entre 6 a 10 anos
- ( ) Entre 11 a 15 anos
- ( ) Acima de 15 anos

**6. Tempo em que atua na Unidade de Terapia Intensiva:**

- ( ) Entre 1 a 2 anos

- Entre 2 a 5 anos
- Entre 5 a 10 anos
- Entre 10 a 15 anos
- Acima de 15 anos

**MÓDULO II – PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS AÇÕES DESTINADAS À PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.**

**7. Em sua opinião, técnicas simples como a higienização das mãos ajudam a minimizar as infecções relacionadas à assistência à saúde?**

- Sim
- Não

**8. Você concorda que muitos profissionais negligenciam a técnica de higienização das mãos?**

- Sim
- Não

**9. Qual sua rotina no que se refere à higienização das mãos?**

- Quando entra na unidade.
- Somente após realizar procedimentos.
- Antes e após realizar procedimentos.
- Ao entrar em contato com pacientes.
- Entre um paciente e outro.
- Outros \_\_\_\_\_.

**10. Em sua perspectiva, quais os principais fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da pneumonia associada à ventilação mecânica na UTI?**

- Fatores que elevam a colonização da orofaringe e/ou estômago por microrganismos. Ex.: administração de antimicrobianos, admissão em UTI ou a presença de doença pulmonar crônica.

( ) Condições que favorecem a aspiração do trato respiratório ou refluxo do trato gastrointestinal. Ex.: intubação endotraqueal ou intubações subsequentes, utilização de sonda nasogástrica, entre outros.

( ) Condições que requerem o uso prolongado da ventilação mecânica, exposição a dispositivos e mãos dos profissionais de saúde contaminadas.

( ) Fatores do próprio paciente, tais como, extremos de idade, desnutrição, doenças de base, imunossupressão.

**11. Você considera o uso da ventilação mecânica a principal causa de infecções na UTI?**

( ) Sim

( ) Não

**12. É realizada a vigilância microbiológica nos pacientes em ventilação mecânica?**

( ) Sim

( ) Não

**13. Em caso de ser realizada a vigilância microbiológica nos pacientes em ventilação mecânica, quais os períodos de realização?**

( ) Na admissão do paciente;

( ) Diariamente;

( ) Semanalmente;

( ) Mensalmente;

( ) Quinzenalmente;

( ) Outros \_\_\_\_\_.

**14. Qual o tempo de troca do circuito do ventilador?**

( ) Sempre que apresentar sujidade aparente.

( ) De acordo com rotinas da CCIH.

( ) Na alta do paciente.

( ) A cada 30 dias.

( ) Outros \_\_\_\_\_.

**15. Quais os períodos de realização da higiene oral?**

( ) Manhã

- Manhã e tarde
- Manhã, tarde e noite
- Manhã e noite
- Tarde e noite.
- Na hora do banho.
- Não é realizada a Higiene Oral.

**16. Em sua opinião, quais das atividades listadas abaixo são realizadas com maior frequência nos pacientes em uso de ventilação mecânica?**

- Troca de circuitos do ventilador.
- Aspiração de secreções subglóticas quando o paciente permanece por mais de 72h em ventilação mecânica.
- Monitorização da pressão do balonete do tubo endotraqueal.
- Elevação da Cabeceira do paciente de 30 a 45°.
- Higiene oral diária com Clorexedine a 0,2%.
- Interrupção diária da sedação.
- Outros \_\_\_\_\_.

**17. Em sua opinião, quais das atividades listadas abaixo NÃO são realizadas com frequência nos pacientes em uso de ventilação mecânica?**

- Troca de circuitos do ventilador.
- Aspiração de secreções subglóticas quando o paciente permanece por mais de 72h em ventilação mecânica.
- Monitorização da pressão do balonete do tubo endotraqueal.
- Elevação da Cabeceira do paciente de 30 a 45°.
- Higiene oral diária com Clorexedine a 0,2%.
- Interrupção diária da sedação.
- Outros \_\_\_\_\_.

**18. Antes do banho no leito e mudança de decúbito, quais dos seguintes cuidados você segue?**

- Avaliação dos sinais vitais.
- Análise e registro dos parâmetros do ventilador mecânico.
- Checagem dos alarmes e de parâmetros clínicos.

- ( ) Monitorização cardíaca e da saturação de O<sub>2</sub>.
- ( ) Todos os cuidados listados.
- ( ) Nenhum cuidado, apenas realizo o banho no leito e a mudança de decúbito.

## ANEXOS

## ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DA SAÚDE**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES  
NÚCLEO MÉDICO

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa, intitulado: **ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**, elaborado pela pesquisadora: **MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA LÚCIO**. Salientamos que o processo para a coleta de dados nesta instituição cumprirá a **RESOLUÇÃO 466/12**, e só terá início mediante parecer positivo do comitê de ética, ao qual o referido projeto será submetido, caso envolva seres humanos.

**Campina Grande PB, 01/10/2014**

  
**Dra. INGRID RAMALHO LEITE**  
**DIRETORA DO NÚCLEO MÉDICO**

Hospital de Emergência e Trauma  
de C. Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes  
Dra. Ingrid Ramalho Leite  
Chefe de Núcleo Médico  
Mat. 160.827-3 - CRM 7498

Av. Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas, CEP: 58.432-809, Campina Grande-PB  
Fone: 3310-5850/3310-5878-Fax 3310-5869

**ANEXO B**  
**TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB**  
**COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/  
 PRORETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Doraciela Pedrosa de Araújo  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECER DO RELATOR 19**

**Número do Protocolo: 36928914.0.0000.5187**

**Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 01/10/2014**

**Pesquisador(a) Responsável: Maria do Socorro Alves Silva Lúcio**

**Situação do parecer: Aprovado**

**Apresentação do Projeto:** O projeto é intitulado: ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA. Projeto de pesquisa enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos com fins de análise e parecer para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, da aluna, Christiane Lucena da Nóbrega, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**Objetivo da Pesquisa:** Tem como objetivo geral: Avaliar a atuação dos profissionais de enfermagem na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não apresenta riscos mínimos aos participantes a serem pesquisados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** O estudo encontra-se com uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador:** Encontram-se anexados os documentos obrigatórios: Folha de Rosto, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável e Termo de Autorização Institucional.

**Recomendações:** Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:** O presente estudo encontra-se sem pendências, devendo o mesmo seguir seu cronograma de execuções.