PREVALÊNCIA DE PACIENTES ADULTOS COM PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAVM): UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Deixe um comentário / Artigos científicos, Edição 104/Nov21 - Volume 25 / Por Revista NovaFisio

*PREVALENCE OF ADULT PATIENTS WITH
VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA (VAP):
INTEGRATIVE REVIEW*

Dr. Gabriel Parisotto

Autores:

¹Gabriel Parisotto;

²Cássia Cândida da Cunha Martins;

³Elson Pantoja Madureira;

⁴Kathariny Josefe de Oliveira Sousa.

¹Doutorando em Ciências da Reabilitação pelo Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM), Rio de Janeiro/RJ, Brasil,

email: gabriel_parizoto@yahoo.com.br

²Graduado em Fisioterapia da Faculdade Cathedral, Boa Vista/RR, Brasil,

e-mail: cassiacandidacunha@gmail.com

³Graduado em Fisioterapia da Faculdade Cathedral, Boa Vista/RR, Brasil,

e-mail: fisioelsonpantoja@gmail.com

⁴Graduada em Fisioterapia da Faculdade Cathedral, Boa Vista/RR, Brasil,

e-mail: katharinyjosefst@gmail.com

RESUMO

A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM) varia em sua manifestação clínica e é um dos principais agravantes do quadro hospitalar podendo levar o paciente a óbito, decorrente de uma resposta inflamatória ocasionada a partir de uma infiltração e uma proliferação descontrolada de micro organismos patogênicos. Dessa forma, o presente estudo objetiva mostrar como o processo de permanência duradoura no âmbito hospitalar contribui de forma evidente e significativa para a manifestação da PAVM, assim como mostrar também que a abordagem do profissional fisioterapeuta contribui com a prevenção e tratamento, utilizando mecanismos específicos e condutas visando diminuir o alto índice de contaminação e mortalidade ocasionado pela patologia. Trata-se de um estudo de revisão integrativa onde foram utilizadas as plataformas de estudo e pesquisas; PEDro, pubmed, Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e vigilância sanitária, e através de livros com abordagens relevantes ao tema. O trabalho foi desenvolvido com a análise de 66 artigos que relatam a prevalência da PAVM como uma das principais causas de internação e permanência no âmbito hospitalar, assim como a importância do fisioterapeuta no tratamento multidisciplinar.

Palavras-chave: Pneumonia associada a ventilação mecânica; Pneumonia adquirida na comunidade; Fisioterapia intensiva; Unidade de terapia Intensiva;

ABSTRACT

The Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) varies in its clinical manifestation and is one of the main aggravating factors of the hospital situation, which can lead the patient to death, due to an inflammatory response caused by an infiltration and an uncontrolled proliferation of pathogenic microorganisms. Thus, this study aims to show how the process of lasting hospital stay clearly and significantly contributes to the manifestation of VAP, as well as to show that the approach of the professional physiotherapist contributes to prevention and treatment, using specific mechanisms and conducts in order to reduce the high rate of contamination and mortality caused by the pathology. This is a study of bibliographic reviews where the study and research platforms were used; PEdro, pubmed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), World Health Organization, Ministry of Health and sanitary surveillance, and through books with relevant approaches to the theme. Thus the work was developed with the analysis of 66 articles that report the prevalence of VAP and CAP as one of the main causes of hospitalization and hospital stays, as well as the importance of the physiotherapist in the multidisciplinary treatment.

Keywords: Pneumonia, ventilator-associated; Pneumonia, community-acquired; Intensive care physiotherapy; Intensive care unit

1 INTRODUÇÃO

A pneumonia é resultado de vários fatores que comprometem os mecanismos de defesa do trato respiratório, favorecendo a entrada, fixação e multiplicação de organismos patogênicos. Fatores predisponentes podem estar relacionados com estilo de vida (alcoolismo, tabagismo e desnutrição), fatores ambientais e ocupacionais (poluição atmosférica), doenças crônicas e debilitantes (diabetes, neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica), imunodeficiências, e intervenções médicas (terapia imunossupressora, esplenectomia e uso inadequado de antimicrobianos) (CARDOSO et al, 2013).

As pneumonias são classificadas como comunitária ou nosocomial. A pneumonia comunitária é caracterizada como já presente ou incubada, na época da admissão hospitalar, ou seja, o paciente adquire essa infecção fora do ambiente hospitalar, e no caso da nosocomial o paciente contrai a infecção dentro de um ambiente hospitalar, após 48 horas de internação. Grande parte dos pacientes que se encontram em situação crítica nas UTI's desenvolveu durante o seu tempo de internação a pneumonia associada à ventilação mecânica PAVM, sendo considerada a principal infecção nosocomial neste ambiente hospitalar (COSTA, JANICE BARBIERI, et al.2016).

Segundo SANTOS, ALISSON JUNIOR DOS (2017), as infecções respiratórias são causas significativas de morbimortalidade no contexto das infecções hospitalares. A ventilação mecânica é o fator de risco predominante para a ocorrência de pneumonia hospitalar.

Segundo a RESOLUÇÃO N° 2.271, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2020, a UTI constitui um sistema organizado para oferecer suporte vital de alta complexidade, com múltiplas modalidades de monitorização e suporte orgânico avançado para manter a vida durante condições clínicas de

gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica. Essa assistência é prestada de forma contínua, 24 horas por dia por equipe multidisciplinar especializada.

As primeiras UTI's surgiram na metade do século XX em hospitais norte-americanos e foram chamadas de "salas de recuperação", local onde eram encaminhados os pacientes advindos de cirurgias de grande porte (GOMES, 2011).

Segundo GERMANO (1983), citado por TRANQUITELLI (2007), as UTI's surgiram no Brasil na década de 70 do século XX, encontrando campo fértil no país no auge do milagre econômico que, no contexto, privilegiava um modelo econômico concentrador de renda e uma política voltada à modernização e ao desenvolvimento, o que repercutiu no setor da saúde em que a expansão se deu às custas da ação do estado.

No cenário nacional, estudo recente realizado em uma UTI brasileira, apontou a pneumonia como à infecção hospitalar mais incidente. No estado de São Paulo no ano de 2008 a média de incidência de PAVM foi de 16,25 casos por 1.000 dias de uso de ventilador em UTI adulto, contudo não há ainda uma padronização dos dados em todos os estados brasileiros, e assim com base nos dados citados presume-se que a incidência nacional pode ser bem mais elevada do que a que se espera (BRASIL, 2013).

Em 1971, no Hospital Sírio-Libanês (Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês), na cidade de São Paulo implantou-se a primeira UTI em hospital privado composta por 12 leitos planejados em área física e funcional, além de contar com uma equipe de trabalho que oferecia a melhor assistência possível a seus pacientes, tornando-se uma referência para as demais na década de 70. Inicialmente, a mesma contava com uma equipe profissional estável e contínua, foram estabelecidos critérios e normas para o serviço de enfermagem, além de manuais e métodos para atender os pacientes, no qual todas as atividades eram supervisionadas e coordenadas por um enfermeiro (GOMES, A.M. 2011).

2 PNEUMONIA

A pneumonia é uma infecção que se instala nos pulmões e pode ser classificada como: broncopneumonia: afeta os alvéolos e os brônquios, pneumonia lobares: causada nos segmentos dos pulmões e podem ser virais, bacterianas ou fúngicas. As mais comuns são as virais e as preocupantes são as bacterianas, geralmente confundidas com gripes, que atingem pessoas, em sua maioria, com diabetes, problemas cardíacos e fumantes (CARVALHO, W.2010). Segundo MATOSO et al., (2013).

A pneumonia é considerada uma das principais causas de morbimortalidade do mundo, mesmo com os avanços tecnológicos relacionados ao diagnóstico. Considera-se que em menos 50% dos casos o diagnóstico pode ser identificado o agente etiológico dessa infecção. O grupo de patógenos que destaca como principal causador são as bactérias, em outros casos também

podemos encontrar os fungos, protozoários e vírus. A pneumonia é a sexta causa de morte nos Estados Unidos e a causa mais comum de mortalidade relacionada com infecções (NETO et al, 2012).

Segundo RICARD (2006), apesar dos inúmeros avanços sobre essa pneumonia, seus indicadores continuam muito impactantes, com incidência é de 9 a 27% e mortalidade de 25 a 50%, além de ser responsável pelo prolongamento no tempo de ventilação mecânica na UTI.

No Brasil, dados provenientes do sistema único de saúde (SUS) revelaram que a pneumonia foi a segunda causa de hospitalização em 2017, sendo responsável por aproximadamente 14% de todas as hospitalizações (BAHLIS, et al. 2018).

No ano de 2016, a taxa de mortalidade por pneumonia foi de 13,02%, comparado ao ano de 2014 onde houve um aumento de 1,92%, ou seja, em dois anos mais de 10 mil idosos morreram devido a problemas respiratórios (DATASUS, 2018). No Brasil, embora a taxa de mortalidade esteja diminuindo (redução de 25,5% entre 1990 e 2015), o número de internações e o alto custo do tratamento ainda são desafios para a saúde pública e a sociedade como um todo. Entre janeiro e agosto de 2018, 417.924 pacientes foram hospitalizados por pneumonia, totalizando gastos de mais de R\$ 378 milhões com serviços hospitalares. No mesmo período de 2017, foram 430.077 internações, de acordo com informações do DATASUS (2018).

Mortalidade (DATASUS): 2003 – 2017

FIGURA 1: Evolução das taxas de mortalidade pelas principais causas de óbito (por mil hab.), segundo sexo, Brasil, 2003-2017

Nos adolescentes, adultos jovens e adultos, as pneumonias ocorrem na maioria das vezes de forma benigna e com menores complicações quando comparadas às que ocorrem em idades extremas (crianças e idosos). Porém, quando indivíduos nesses grupos etários se apresentam imunocomprometidos ou são portadores de doenças crônicas, as pneumonias podem tornar-se mais importantes e responsáveis por elevadas taxas de mortalidade. Além disso, o impacto das pneumonias na morbidade e mortalidade da população varia conforme o nível socioeconômico, entre outros fatores. Nesse sentido, embora a incidência das infecções respiratórias possa ser semelhante em várias regiões, a mortalidade por tais doenças adquire especial importância em países como o Brasil, com dimensões continentais e diferenças inter-regionais marcadas pelas desigualdades sociais, principalmente no acesso aos serviços de saúde (DE OLANDA FERRAZ, et al, 2017).

2.1 PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é a infecção hospitalar que mais comumente acomete pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI). O risco de ocorrência é de 1% a 3% para cada dia de permanência em ventilação mecânica. Em um hospital do Rio Grande do Sul, a utilização da ventilação mecânica determinou um risco relativo de 3,44 para o desenvolvimento de pneumonia quando comparado ao risco de pacientes não ventilados. A incidência da PAVM é alta, podendo variar entre 6% e 52%, dependendo da população estudada, do tipo de UTI, e do tipo de critério diagnóstico utilizado, pois, apesar de ser uma infecção extremamente importante, é uma das patologias mais difíceis de serem diagnosticada num paciente gravemente doente. Quando comparada a outras infecções nasocomiais, tais como as do trato urinário e da pele, onde a mortalidade está entre 1% e 4%, a PAVM torna-se um importante preditor de mortalidade, já que esta varia entre 24% e 50%, podendo chegar a mais de 70% quando causada por micro-organismo multirresistente (RODRIGUES et al, 2009). A PAVM é considerada uma das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) mais incidentes nas UTIs, com taxas que podem variar de 9% a 67% de todos os pacientes submetidos à ventilação mecânica (SILVA et al, 2014).

As infecções respiratórias são causas significativas de morbimortalidade no contexto das infecções hospitalares. A ventilação mecânica é o fator de risco predominante para a ocorrência de pneumonia hospitalar (CARRARA et al, 2017).

A duração prolongada da VM está associada a um aumento da morbidade e mortalidade em UTI. A PAVM apresenta um risco para sua ocorrência de 1 a 3% a cada dia de permanência em VM. A principal fonte de surtos de bactérias multirresistentes são as UTI's, devido ao excessivo consumo de antimicrobianos, uso rotineiro de técnicas invasivas e a presença de pacientes com doenças graves (TEIXEIRA, PAULO JOSÉ ZIMERMANN, et al. 2004).

Os índices mais elevados de infecção acontecem em usuários das UTI's, sendo três vezes mais alta nesse ambiente do que em outro setor do hospital (FIGUEREDO et al, 2009).

Os dados epidemiológicos mundiais sobre a PAVM ainda não são totalmente precisos, pois é um fenômeno subnotificado e de difícil diagnóstico devido a sua semelhança com outras afecções do trato respiratório, como as bronquites, gerando inúmeras interpretações. A PAVM é a segunda infecção mais frequente em UTI's dos Estados Unidos e a segunda causa de morte dentre estas, e a mais frequente em UTI's Européias. Dados acerca da mortalidade por PAVM em cenário global revelam índices que variam de 20 a 60%, variando conforme a gravidade da doença de base, a falência de múltiplos órgãos, as particularidades de cada população e ainda o tipo de agente etiológico (BRASIL, 2013).

O diagnóstico da PAVM é repleto de controvérsias na literatura, em razão da dificuldade em realizar o diagnóstico diferencial com outras afecções que acometem as vias aéreas (VIEIRA, 2011). Na beira do leito o diagnóstico leva em consideração uma combinação de achados clínicos, radiológicos e laboratoriais. Dados microbiológicos são utilizados como uma tentativa de refinar a acurácia diagnóstica, dada a baixa especificidade dos critérios clínicos isoladamente. Esses critérios incluem: presença de infiltrado persistente novo ou progressivo ou consolidação ou cavitação; E pelo menos dois desses critérios: febre (temperatura axilar acima de 38°C), sem outra causa ou leucopenia (12.000 cel/mm^3) ou surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção (DALMORA et al., 2013).

A suspeita clínica precoce da PAVM permite uma rápida instituição de medidas de suporte cardiorrespiratório, visto que, nesse caso, ainda não há tratamento antiviral específico. Recomenda-se que o paciente seja rapidamente transferido para uma UTI. O ajuste hemodinâmico está indicado nos casos mais graves, utilizando a medida de pressão da artéria pulmonar (Swan-Ganz) e uma reposição volêmica criteriosa (FIGUEIREDO et al, 2009).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras para Tratamento das Pneumonias Adquiridas no Hospital e das Associadas à Ventilação Mecânica (2007) publicada pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), após o diagnóstico clínico da pneumonia, deve-se iniciar prontamente a antibioticoterapia, considerando que inúmeros estudos demonstraram que o tratamento inicial com um regime antimicrobiano adequado está associado com menores taxas de mortalidade.

3 A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA PAVM

As medidas preventivas para reduzir a incidência de PAVM geralmente consistem em intervenções baseadas em diretrizes para tratamento de Pneumonia. A participação ativa dos vários setores do hospital fornece infraestrutura necessária e medidas de prevenção, devendo ser implantadas estratégias de controle centrando suas ações na padronização e no treinamento de condutas para assistência aos pacientes de risco. De maneira geral, o sucesso depende do envolvimento de toda equipe de atendimento, composta por médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas,

dentistas, auxiliares de enfermagem e serviços que colaboram direta ou indiretamente, de acordo com as necessidades de cada unidade (POMBO et al, 2010).

Segundo GONÇALVES et al. (2012), as ações de prevenção estão sob os cuidados da equipe que assiste o paciente sob ventilação mecânica. Dentre as medidas preventivas da PAVM estão: elevação de cabeceira, protocolos de interrupção diária de sedação, higiene bucal, aspiração subglótica, cuidados com os circuitos do ventilador mecânico, verificação da pressão do cuff e lavagem adequada das mãos.

Os Programas de Educação permanente da Equipe Multiprofissional estão entre principais recomendações para reduzir a PAVM. Os programas devem incluir a educação dos profissionais de saúde, a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, a interrupção na transmissão de micro-organismos pelo uso apropriado de equipamento hospitalar, a prevenção da transmissão de uma pessoa para outra e a modificação dos fatores de riscos para o desenvolvimento de infecções bacterianas (ALMEIDA, POMBO, RODRIGUES, 2010).

A prevenção da PAVM pode ser realizada através de procedimentos farmacológicos e não farmacológicos. O controle e prevenção da infecção hospitalar depende da conscientização da gravidade do problema e, principalmente, a incorporação das medidas de controle das mesmas à rotina de trabalho de todos os profissionais de saúde inclusive os fisioterapeutas que atuam com medidas não farmacológicas (SILVA, L.C.C.; TEIXEIRA, P.J.Z. 2003).

A fisioterapia tem um papel importante no atendimento desses pacientes em UTI, visando o suporte clínico do paciente e um melhor prognóstico da doença. A fisioterapia motora é indicada para prevenir complicações como úlceras de decúbito, perda de força muscular, tromboembolismo e osteoporose em pacientes restritos ao leito (ALMEIDA NETO, ABEL BRASILEIRO DE et al. 2012).

Em relação ao uso dos sistemas de umidificação e aerossolterapia, o fisioterapeuta exerce função fundamental no gerenciamento e uso adequado e otimizado de dispositivos associados ao uso de VM, como circuitos, filtros de umidificação, dispositivos de aerossolterapia e sistemas de aspiração. Os circuitos de ventiladores devem ser trocados quando há evidência de contaminação visível macroscopicamente com secreção do paciente (BRANSON, 2007).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada através de uma revisão bibliográfica do tipo descritiva exploratória, sobre a temática da pneumonia associada a ventilação mecânica. Foi realizada uma consulta em bases de dados de literaturas científicas relevantes, com a utilização de ferramentas de busca de trabalhos científicos como o PEDro, Pubmed, Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária.

Para a busca dos artigos foram utilizados os filtros: data de publicação (entre 2006 a 2021), material com texto na íntegra e de fácil interpretação e disponíveis na língua portuguesa e demais línguas. O operador booleano AND foi empregado na busca ao cruzar as palavras chaves.

Palavras chaves: Pneumonia, Ventilação mecânica, Unidade de terapia intensiva.

Quadro 1: Fatores de risco para a aquisição da PAVM.

Autor e ano	Título	Tipo de estudo	Objetivo do artigo
Fernanda Maia Lopes ¹ , Marcelo Farani López ² – 2009	Impacto do sistema de aspiração traqueal aberto e fechado na incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica: revisão de literatura	Revisão da literatura	O objetivo deste estudo foi descrever o impacto do sistema de aspiração traqueal aberto e fechado na incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica
Alecrim et al – 2017	Boas práticas na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica	Estudo de coorte	Avaliar a adesão dos profissionais de saúde a um conjunto de boas práticas de prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, índice de conformidade às medidas individuais e associação de características clínicas dos pacientes e adesão ao conjunto de boas práticas com a pneumonia.
Luana S. M. – 2019	Prevenção de pneumonia em pacientes em ventilação mecânica invasiva no serviço de emergência de um hospital público de Roraima.	Pesquisa descritiva, transversal com abordagem quantitativa.	Analisar a realização das medidas preventivas para prevenção de pneumonia em pacientes em ventilação mecânica invasiva pelos profissionais da equipe de saúde que atuam no setor de emergência de um hospital geral de Roraima.

Carvalho et al, – 2020	Atuação do fisioterapeuta na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica	Revisão de literatura	O objetivo desse trabalho foi descrever o papel e as ações que o fisioterapeuta deve realizar para prevenir os índices de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) no paciente crítico em unidade de terapia intensiva (UTI).
da Silva], et al – 2011	Pneumonia associada à ventilação mecânica: fatores de risco	Foi realizado um estudo de coorte em indivíduos acima de 18 anos internados em unidade de terapia intensiva (UTI) e submetidos à ventilação mecânica (VM).	O objetivo deste estudo foi descrever e analisar características epidemiológicas, clínicas, laboratoriais e fatores de risco em PAVM.
Carrilho, et al – 2006	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica	Foi realizada uma coorte prospectiva	O objetivo deste estudo foi descrever a incidência, os fatores de risco e a mortalidade de pacientes com pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), internados em UTI cirúrgica
Motal; et al – 2017	Incidência da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva	Estudo de coorte	Avaliar a incidência da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva (UTI).
Silva, et al – 2014	Pneumonia associada à ventilação mecânica: discursos de profissionais	Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa	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)

	acerca da prevenção		
Lima, et al – 2016	Os principais fatores de risco da pneumonia associada à ventilação mecânica em uti adulta.	Pesquisa de caráter descritivo, exploratório, de revisão bibliográfica.	O objeto do presente estudo aborda a pneumonia associada à ventilação mecânica.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021

5 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Para SOUSA (2012), é notório que a intubação traqueal pode salvar muitas vidas, mas esta técnica também serve de porta de entrada para os microrganismos e possui alguns efeitos adversos, visto que diminuem bruscamente as defesas naturais das vias aéreas superiores e pulmonares, alguns exemplos desses efeitos adversos são: maior frequência das infecções respiratórias, instabilidade hemodinâmica e lesões físicas.

Segundo MEHTA Y et al. (2013), a vigilância, prevenção e controle de PAVM tem sido um desafio para os serviços de saúde. A implementação de estratégias de prevenção e controle desta infecção, devem ser propostos, visto que estas medidas têm sido extremamente eficazes para melhoria na qualidade da assistência, quando executadas de forma contínua e coletiva pelos profissionais de saúde.

No estudo realizado por POMBO et al. (2010), de natureza quantitativa, foi avaliado o conhecimento de 104 profissionais de saúde, através de um questionário estruturado, composto por 43 questões sobre a prevenção da PAV em duas UTI's de dois hospitais públicos de Fortaleza. O resultado mostrou que, referente à participação em eventos sobre a PAV, a concentração de maior número de profissionais foi em aulas/seminários. Observou-se que o número de profissionais sem nenhuma orientação sobre o assunto foi extremamente relevante para os que buscam diariamente nas UTIs a forma ideal de se prevenir a ocorrência da PAV. Quanto aos sentimentos referentes à orientação, informação e treinamento sobre a prevenção da PAV, a concentração do número de profissionais foi bastante equilibrada. Cerca de 31,7% de profissionais de saúde referiram que se sentiam capacitados, enquanto 31,7% dos profissionais não se sentiam, e ainda, 36,5% dos profissionais responderam que acreditavam estar razoavelmente orientados. Quanto a "receber treinamento específico", 91,3% dos profissionais responderam que gostaria de receber. Em relação à importância da educação e orientação para profissionais sobre medidas preventivas da PAV, verificou-se que 90,2% dos profissionais consideraram-na grande. Esse percentual foi

bastante significativo, revelando que a maioria dos profissionais de saúde das UTI's demonstram interesse em se capacitar e aprimorar seus conhecimentos.

A necessidade da qualificação multiprofissional em hospitais com atendimento intensivo é de suma importância, pois diminui assim os riscos de erros humanos e também contribuem para execução correta de ações que vão intervir nos fatores fisiológicos que estão em déficit. Essa ação de prevenção multiprofissional ainda precisa de mais ênfase, pois diante das pesquisas realizadas há provas que os índices de PAVM continuam altos. Pesquisas recentes descrevem que há necessidade de seguir criteriosamente protocolos de atendimento como: higienização das mãos, prevenir bronco-aspiração de secreções, cuidar com a aspiração das secreções e circuito ventilatório, avaliação diária da possibilidade de extubação e educação continuada da equipe, apresentam fortes evidências na prevenção da PAVM (SILVA; NASCIMENTO; SALLES, 2014).

O treinamento da equipe multiprofissional que presta assistência a pacientes em ventilação mecânica é fundamental e tem impacto direto nas taxas de PAVM. As estratégias devem ser de preferência, multimodais, ou seja, envolvendo metodologias variadas: treinamento aula presencial, aula prática e com simulações, discussão da prática à beira do leito, feedback de indicadores com discussão de medidas preventivas, etc. Da mesma forma, é fundamental manter uma rotina de visitas multidisciplinares com a participação dos médicos da unidade, farmacêutico, enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista, médico e /ou a enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar entre outros profissionais envolvidos diretamente na assistência aos pacientes internados na UTI (ANVISA, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desse modo, a implantação de medidas que visam a diminuição dos fatores de risco para a incidência da PAVM, assim como, estudos de pesquisa que possam proporcionar meios e métodos de prevenção, controle e tratamento das infecções pulmonares devem ser instituídos nas UTIs.

A abordagem da PAVM após a internação na UTI deve ser realizado de forma imediata através do uso de fármacos, atuação do fisioterapeuta e equipe multidisciplinar, com isso, o gasto público e a morbimortalidade da PAVM irão reduzir gradualmente.

7 REFERÊNCIAS

ALECRIM R. X, TAMINATO M, BELASCO A. G, BARBOSA D.A., KUSAHARA D.M., FRAM D. **Boas práticas na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica.** Acta Paul Enferm. 2019;32(1):11-7.

ALMEIDA NETO, ABEL BRASILEIRO DE et al. **"Percepção dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva em relação à atuação da Fisioterapia e à identificação de suas necessidades."** *Fisioterapia e Pesquisa* 19.4 (2012): 332-338.

ALMEIDA, P. C.; POMBO C. N.; RODRIGUES J. L. **Conhecimento dos profissionais de saúde na Unidade de Terapia Intensiva sobre prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica.** *Ciênc. saúde coletiva*, n. 1, v. 15, 2010.

BAHLIS, LAURA FUCHS, et al. **"Perfil clínico, epidemiológico e etiológico de pacientes internados com pneumonia adquirida na comunidade em um hospital público do interior do Brasil."** *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 44.4 (2018): 261-266.

BRANSON R. D. Secretion management in the mechanically ventiled patient. **Respir Care**, n. 10, v. 52, p. 328-342, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Infecções do Trato Respiratório. **Orientações para Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.** – Brasília: ANVISA, 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde Dados epidemiológicos.** ago. 2013. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>

CARDOSO, AMANDA DE CARVALHO GIROTTO, JOSÉ ANTÔNIO ROSSO, AND ROSEMERI MAURICI DA SILVA. **"Pneumonia adquirida na comunidade em indivíduos hospitalizados: estudo comparativo entre adultos jovens e idosos."** *ACM arq. catarin. med* (2013).

CARRARA, D.; STRABELLI, T. M. V.; UIP, D. E. **Controle de infecção: a prática do terceiro milênio.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2017.

CARRILHO, CLAUDIA MARIA DANTAS DE MAIO, et al. **"Pneumonia associada à ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva cirúrgica."** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 18.1 (2006): 38-44.

CARVALHO, W. et al. **Algoritmos em Terapia Intensiva Pediátrica, Neonatologia e Emergências Pediátricas.** 1ª ed. Atheneu, 2010. 846 p.

COSTA, JANICE BARBIERI, et al. **"Os principais fatores de risco da pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI adulta."** (2016).

DA SILVA, ROSEMERI MAURICI, et al. **"Pneumonia associada à ventilação mecânica: fatores de risco."** *Rev Bras Clin Med. São Paulo* 9.1 (2011): 5-10.

DALMORA C. H E et al. **Definindo pneumonia associada à ventilação mecânica: um conceito em (des)construção.** *Rev Bras Ter Intensiva.* 2013;25(2):81-86

DATASUS. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde.** Brasília, DF, 2018. Disponível em: Acesso em: 30 março. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **“Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas à ventilação mecânica-2007.”** J. BRAS. PNEUMOL. (2007): s1-s30.

DE OLANDA FERRAZ, ROSEMEIRE, JANE KELLY OLIVEIRA-FRIESTINO, AND PRISCILA MARIA STOLSES BERGAMO FRANCISCO. **“Tendência de mortalidade por pneumonia nas regiões brasileiras no período entre 1996 e 2012.”** *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 43.4 (2017): 274-279.

DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA TRATAMENTO DAS PNEUMONIAS ADUQUIRIDAS NO HOSPITAL E DAS ASSOCIADAS À VENTILAÇÃO MECÂNICA – 2007. J. BRAS. pneumol. 2007

FIGUEIREDO, LUIZ TADEU MORAES. **“Pneumonias virais: aspectos epidemiológicos, clínicos, fisiopatológicos e tratamento.”** *Jornal Brasileiro de pneumologia* 35.9 (2009): 899-906.

GERMANO R. M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez; 1983. cap. 1. p. 39-40.

GOMES, LUCY. **“Fatores de risco e medidas profiláticas nas pneumonias adquiridas na comunidade.”** *Jornal de Pneumologia* 27.2 (2001): 97-114. 2011

GONÇALVES, F.A.F.; BRASIL, V.V.; MINAMISAVA, R.; CAIXETA, C.R.; OLIVEIRA, L.M.A.C.; CORDEIRO, J.A.B.L. **Eficácia de Estratégias Educativas para Ações Preventivas da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.** Esc. Anna Nery, Out-dez; 16940:802-808; 2012.

LOPES, FERNANDA MAIA, AND MARCELO FARANI LÓPEZ. **“Impacto do sistema de aspiração traqueal aberto e fechado na incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica: revisão de literatura.”** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 21.1 (2009): 80-88.

MATOSO, L. M. L.; CASTRO, C. H. A. **Indissociabilidade clínica e epidemiológica da pneumonia.** Catussaba, Rio Grande do Norte, v. 2, n. 2, p. 11-23, abr. 2013.

MEHTA Y, JAGGI N, ROSENTHAL VD, RODRIGUES C, TODI SK, SAINI N, UDWADIA FE, KARLEKAR A, KOTHARI V, MYATRA SN, CHAKRAVARTHY M, SINGH S, DWIVEDY A, SEN N, SAHU S. Effectiveness of a multidimensional approach for prevention of ventilator-associated pneumonia in 21 adult intensive-care units from 10 cities in India: **findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC).** Epidemiol Infect. 2013;141(12):2483-91.

MOTA E. C, OLIVEIRA S. P, SILVEIRA B. R. M, Silva P.L.N, OLIVEIRA A.C. **Incidência da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva.** Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2017 [citado 2018 mar. 23];50(1):39-46. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/135044>

NETO, O.G.R. LEITE, R.F. BALDI, B.G. Atualização em pneumonia comunitária viral. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, set. 2012. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S0104423013705669/1-s2.0-S0104423013705669 main>.

POMBO, C.M.N.; ALMEIDA, P.C. DE; RODRIGUES, J. L. N. **Conhecimento dos Profissionais de Saúde na Unidade de Terapia Intensiva Sobre Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica**; *Ciência e Saúde Coletiva* 2010. 15(Supl.1):1061-1072.

RESOLUÇÃO Nº 2.271, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2020, Diário Oficial da União. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.271-de-14-de-fevereiro-de-2020-253606068>.

RICARD J. HUMIDIFICATION. IN: TOBIN M, editor. **Mechanical ventilation**. New York: McGraw-Hill, p. 1109- 1120, 2006.

SANTOS, ALISSON JUNIOR DOS. **Caracterização de pacientes colonizados/infectados por *Acinetobacter baumannii* em uma unidade de terapia intensiva**. Diss. Universidade de São Paulo. 2017.

SILVA, L.C.C.; TEIXEIRA, P.J.Z. **Doenças Respiratórias Graves: Manejo Clínico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003

SOUSA, R. C; SANTANA V. T. S. **Impacto da aspiração supra-cuff na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica**. In: *Rev. Bras. Ter Intensiva*. São Paulo, 2012; 24 (4): 401-406.

TEIXEIRA, PAULO JOSÉ ZIMERMANN, et al. "Pneumonia associada à ventilação mecânica: impacto da multirresistência bacteriana na morbidade e mortalidade." *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 30.6 (2004): 540-548.

TRANQUITELLI, ANA MARIA, AND MARIA HELENA TRENCH CIAMPONE. "Número de horas de cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos." *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 41.3 (2007): 371-377.

VIEIRA, D. F. **Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM)**. In: VIANA, R.A.P.P. *Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas baseadas em evidências*. Cap. 31. p. 345-355. São Paulo. Editora: Atheneu, 2011

Compartilhe isso:

Personalizar botões

← Post anterior

Post seguinte →

Deixe um comentário

Conectado como Luciene Lopes. Sair?

Digite aqui...

Publicar comentário »

Revista NovaFisio | Tudo sobre fisioterapia!

Copyright © 2021