

MODELO DE PROTOCOLO

**PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS
À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS)**

**PNEUMONIA ASSOCIADA À
VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV)**

BRASÍLIA/DF, 2025

NOME DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

PROTOCOLO

**PREVENÇÃO DE PNEUMONIA
ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA
(PAV)**

Versão: 1 | Ano 2025

LOGOMARCAS DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

LOGOMARCA INSTITUIÇÃO

CONTRACAPA

INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO: PRESIDENTE, DIRETORES ETC.

ELABORAÇÃO

Nome – Setor/unidade

REVISÃO

Nome – Setor/unidade

VALIDAÇÃO

Nome – Setor/unidade

APROVAÇÃO

Nome – Setor/unidade

SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BNM	Bloqueadores neuromusculares
CCIRAS	Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde
CNAF	Cateter nasal de alto fluxo
CPAP	<i>Continuals Positive Airway Pressure</i> (pressão positiva contínua em vias aéreas)
CPPS	Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde
D1	Dia 1 ou primeiro dia
DI	Densidade de Incidência
EPIs	Equipamentos de proteção individual
HME	<i>Heat and Moisture Exchanger</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAV	Pneumonia associada à ventilação mecânica
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSP	Plano de Segurança do Paciente
SCIRAS	Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
SDRA	Síndrome do desconforto respiratório agudo
STGQ	Setor de Gestão da Qualidade
TOF	<i>Train-of-Four</i>
TU	Taxa de Utilização
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VM	Ventilador mecânico
VNI	Ventilação não invasiva

SUMÁRIO

1	CONCEITOS	6
2	OBJETIVO	7
3	DESCRIÇÃO	7
3.1	Fatores de riscos para PAV	7
4	RESULTADOS ESPERADOS	8
5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	8
6	RESPONSABILIDADES	9
6.1	Gestor da instituição de saúde.....	9
6.2	Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS)	9
6.4	NSP e STGQ.....	10
6.5	Equipe multiprofissional assistencial	11
6.6	Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS).....	11
7	MEDIDAS A SEREM IMPLEMENTADAS	13
7.1	Medidas gerais	13
7.2	Medidas específicas	15
8	MONITORAMENTO	19
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
10	HISTÓRICO DE REVISÃO	22
APÊNDICE A – Checklist contendo o pacote de medidas de prevenção de PAV – uso diário		23
APÊNDICE B – Controle diário de preenchimento de checklists do pacote de medidas de prevenção de PAV		25
APÊNDICE C – Consolidado mensal de checklists de medidas de prevenção de PAV ..		26
APÊNDICE D – Fluxograma do processo de implementação de medidas de prevenção de PAV		27
APÊNDICE E – Ficha do indicador Densidade de Incidência de PAV		28
APÊNDICE F – Ficha do indicador Taxa de utilização de VM		29
APÊNDICE G – Ficha do indicador Percentual de adesão à aplicação do checklist contendo o pacote de medidas de prevenção de PAV		30
APÊNDICE H – Ficha do indicador Percentual de adesão ao pacote de medidas de prevenção de PAV		31

1 CONCEITOS

- a) **Bundle:** pacote ou conjunto de práticas baseadas em evidências que, quando realizadas coletivamente e de forma confiável, comprovadamente melhoram os resultados para o paciente;
- a) **despertar diário:** estratégia de manejo da sedação que consiste na interrupção ou redução programada e diária da infusão de sedativos administrados a pacientes sob ventilação mecânica, com o objetivo de avaliar sua resposta neurológica, nível de consciência e prontidão para desmame ventilatório (GONÇALVES et al., 2024);
- b) **pneumonia:** infecção pulmonar identificada pela combinação de critérios clínicos, de imagem radiológica e laboratorial (ANVISA, 2025);
- c) **ventilador mecânico (VM):** dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal; obs.: dispositivos utilizados para expansão pulmonar não são considerados VM (ex.: Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas – *Continuous Positive Airway Pressure* – CPAP), exceto se utilizados na traqueostomia ou pela cânula endotraqueal(ANVISA, 2025);
- d) **procedimento operacional padrão (POP):** documento detalhado que descreve todas as etapas e a sequência de ações necessárias para a execução de uma tarefa ou procedimento específico. O POP padroniza procedimentos, atividades ou fluxos de trabalho para garantir que as tarefas sejam realizadas de forma consistente e eficiente, minimizando erros operacionais;
- e) **pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV):** pneumonia em paciente em uso de VM por um período maior que dois dias consecutivos de calendário (sendo que o D1 é o dia de início do uso de VM) e que, na data da infecção, o paciente estava em uso de VM ou o VM havia sido removido no dia anterior (ANVISA, 2025).

2 OBJETIVO

O objetivo deste protocolo é sistematizar a implementação das medidas de prevenção e controle de PAV e orientar a equipe multiprofissional das unidades assistenciais na implementação dessas medidas, com a finalidade de prevenir a ocorrência deste evento adverso em pacientes com fatores de risco e garantir a segurança do paciente da instituição.

3 DESCRIÇÃO

Entre as infecções hospitalares do trato respiratório, as mais frequentes são as PAV, definidas para pacientes que a adquirem em um período igual ou superior a 48 horas de uso de VM (MAIA et al., 2021). Estimativas apontam que aproximadamente 33% dos pacientes com quadro de PAV evoluem para óbito. A pneumonia relacionada à assistência em saúde pode trazer grave repercussão para o paciente e tem grande impacto nas taxas de morbimortalidade, tempo de internação hospitalar e aumento dos custos assistenciais.

Pacientes hospitalizados em uso de VM constituem um grupo de risco aumentado para pneumonia, segundo Martino (2004), sua incidência de infecção é de 7 a 21 vezes maior à que ocorre em pacientes que não necessitam de respirador. Existem três fatores que essencialmente tornam os pacientes em uso de VM um grupo de risco para essa infecção: a diminuição das defesas do paciente; o risco aumentado de ter as vias aéreas inoculadas com grande quantidade de material contaminado; e a presença de microrganismos mais agressivos e resistentes aos antimicrobianos no ambiente, nos materiais e superfícies próximas, dessa forma colonizando o próprio paciente (ANVISA, 2017).

3.1 Fatores de riscos para PAV

A compreensão dos fatores de risco associados à PAV é essencial para a implementação de estratégias eficazes de prevenção e controle dessa infecção. Diversos elementos podem predispor os pacientes a desenvolverem PAV, sendo estes relacionados tanto às condições clínicas individuais quanto às intervenções assistenciais e ao ambiente hospitalar. A identificação desses fatores possibilita a adoção de medidas direcionadas à redução da incidência da infecção, contribuindo para a segurança do paciente, redução da morbimortalidade e racionalização dos recursos de saúde. A seguir, são apresentados os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento da PAV:

- a) fatores que aumentam a colonização da orofaringe e estômago;
- b) circunstâncias que favorecem aspiração do trato respiratório ou refluxo do trato gastrointestinal;
- c) intubação endotraqueal ou intubações subsequentes;

- d) utilização de sonda nasogástrica;
- e) posição supina;
- f) coma;
- g) procedimentos cirúrgicos envolvendo cabeça, pescoço, tórax e abdome superior;
- h) imobilização devido a trauma ou outra doença;
- i) situações que requerem utilização prolongada de VM com exposição potencial a dispositivos respiratórios e contato com mãos contaminadas ou colonizadas, principalmente de profissionais da área da saúde; e
- j) fatores do paciente como:
 - extremos de idade;
 - desnutrição;
 - condições de base graves, incluindo imunossupressão;
 - antibioticoterapia nos últimos 90 dias; e
 - internação hospitalar por mais de dois dias nos últimos 90 dias.

4 RESULTADOS ESPERADOS

Com a implementação das medidas apresentadas neste protocolo, espera-se:

- a) redução na densidade de incidência (DI) de PAV;
- b) orientações e medidas de prevenção da PAV padronizadas e implementadas na instituição de saúde;
- c) instrumentos de observação e adesão aos *bundles* (pacote de medidas) de prevenção de PAV implementados;
- d) orientações e medidas de prevenção da PAV sendo utilizadas para a capacitação dos profissionais do serviço;⁴
- e) redução do uso de ventilador-dia; e
- f) ações de monitoramento e de melhorias sendo realizadas na instituição.

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

As orientações deste protocolo devem ser aplicadas para pacientes adultos em uso de VM por meio de tubo orotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia.

6 RESPONSABILIDADES

6.1 Gestor da instituição de saúde

- a) Contribuir para a adequada estruturação da equipe assistencial, considerando o dimensionamento compatível com a complexidade do cuidado e a qualificação técnica dos profissionais envolvidos;
- b) viabilizar processos regulares de capacitação para os profissionais com foco na atualização conceitual e na padronização de condutas, conforme diretrizes e procedimentos institucionais vigentes;
- c) certificar-se de que a estrutura física das instalações, tais como climatização e distância de leitos, seja compatível com as medidas de prevenção de PAV, garantindo a segurança tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde;
- d) responsabilizar-se pela provisão oportuna de produtos para saúde em qualidade e quantidade, medicamentos e saneantes necessários à prevenção e controle da PAV, assegurando a disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPIs), materiais para higiene e antissepsia, insumos para técnicas de aspiração adequada e demais dispositivos compatíveis com as diretrizes técnico-sanitárias e assistenciais da instituição;
- e) assegurar a realização de processos sistemáticos de monitoramento, avaliação e definição de ações com base nos indicadores e nas diretrizes estabelecidas neste protocolo, voltadas à melhoria contínua da assistência e à efetividade das medidas de prevenção e controle da PAV; e
- f) atuar na viabilização das demais condições necessárias à implantação e aplicação das medidas previstas neste protocolo.

6.2 Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS)

- a) executar as ações previstas no PCIRAS da instituição, assegurando sua implementação, monitoramento e avaliação contínua, em articulação com o NSP, o STGQ, as equipes assistenciais e demais áreas envolvidas na prevenção e controle de infecções;
- b) apoiar tecnicamente a implantação, implementação e atualização das medidas previstas neste protocolo, promovendo sua integração às ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP) e programas de gestão da qualidade;
- c) apoiar tecnicamente a elaboração, implementação e atualização do Procedimentos Operacionais Padrão (POP) com a padronização da execução detalhada de procedimentos, rotinas e tarefas específicas definidas por este protocolo;
- d) realizar a vigilância e o monitoramento dos casos de PAV conforme critérios definidos, incluindo a vigilância ativa dos casos de PAV, por meio do

monitoramento sistemático dos pacientes em uso de VM nas unidades fechadas, utilizando critérios diagnósticos padronizados, conforme diretrizes vigentes;

- e) monitorar os indicadores previstos nesse protocolo, avaliando periodicamente os dados e identificando oportunidades de intervenção;
- f) disponibilizar mensalmente às equipes assistenciais e à alta direção os resultados dos indicadores, por unidade, assim como outros achados relevantes;
- g) apoiar as lideranças das unidades assistenciais no acompanhamento dos processos de trabalho de utilização de VM, bem como na promoção da adesão às medidas gerais e específicas de prevenção estabelecidas neste protocolo;
- h) incentivar os profissionais da instituição a realizarem notificação voluntária de suspeitas de PAV, contribuindo para o fortalecimento da vigilância proativa;
- i) elaborar e divulgar boletins informativos mensais sobre a situação das PAV, incluindo dados epidemiológicos consolidados, comparação de séries históricas, análise de tendências, fatores contribuintes identificados e recomendações técnicas para prevenção e melhoria contínua;
- j) notificar as informações obrigatórias a respeito das PAV aos níveis municipal, estadual e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), conforme as normas e fluxos estabelecidos pelos sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica;
- k) promover, coordenar e registrar ações educativas periódicas voltadas às equipes assistenciais, com foco na qualificação das práticas preventivas descritas neste protocolo;
- l) participar do monitoramento da adesão às medidas de prevenção de PAV, em cooperação com lideranças assistenciais, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Setor de Gestão da Qualidade (STGQ) e demais áreas estratégicas; e
- m) colaborar na identificação de falhas ou pontos críticos nos processos assistenciais e participar da definição e implantação de ações de melhoria contínua, em conjunto com as equipes envolvidas, visando à melhoria dos indicadores de PAV.

6.4 NSP e STGQ

- a) Articular com o SCIRAS, as lideranças assistenciais e demais áreas estratégicas para apoiar a implementação, atualização e monitoramento deste protocolo, garantindo sua integração às ações do Plano de Segurança do Paciente e aos programas de melhoria contínua da qualidade;
- b) realizar ou apoiar ações educativas continuadas voltadas à prevenção de PAV, promovendo a disseminação das boas práticas entre as equipes multiprofissionais;
- c) realizar treinamentos periódicos das equipes assistenciais, com foco nas medidas preventivas descritas neste protocolo e nas diretrizes institucionais vigentes;

- d) participar da supervisão da adesão às medidas de prevenção de PAV, em articulação com o SCIRAS e as lideranças dos setores assistenciais;
- e) colaborar na análise crítica dos indicadores de PAV, apoiando a identificação de oportunidades de melhoria e a definição de ações corretivas e preventivas, em conjunto com as equipes envolvidas; e
- f) contribuir para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, incentivando o engajamento de profissionais e gestores nas estratégias de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde e notificação dos eventos adversos.

6.5 Equipe multiprofissional assistencial

- a) Implementar, de forma sistemática, as medidas gerais e específicas previstas neste protocolo;
- b) aplicar os checklists definidos como instrumentos de suporte à adoção de práticas assistenciais alinhadas às medidas estabelecidas (**Apêndices A a C**);
- c) cumprir as recomendações contidas nas prescrições médicas e de enfermagem referentes aos cuidados específicos para os pacientes em uso de VM;
- d) realizar notificações de incidentes e eventos adversos relacionados ao uso de VM, conforme os fluxos e normativas institucionais vigentes; e
- e) colaborar com o SCIRAS, o NSP, o Setor de Gestão da Qualidade e outras equipes na sistematização dos dados que compõem os indicadores de monitoramento deste protocolo.

6.6 Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS)

- a) Deliberar diretrizes institucionais para prevenção de PAV, com base em evidências científicas, normativos vigentes e dados institucionais;
- b) validar protocolos e procedimentos, elaborados pelos setores assistenciais, para prevenção da PAV;
- c) analisar periodicamente os dados de DI de PAV e demais indicadores relacionados, provenientes do sistema de vigilância epidemiológica, propondo recomendações e medidas corretivas ou preventivas quando necessário;
- d) deliberar sobre indicadores de processo e resultado relacionados à PAV, apoiando a definição de metas institucionais, fluxos de monitoramento e estratégias de melhoria contínua;
- e) aprovar e apoiar a implantação de *bundles* e checklists assistenciais, quando propostos pelas equipes executoras, que visem padronizar e melhorar práticas relacionadas à prevenção de PAV;

- f) deliberar sobre capacitações obrigatórias para prevenção de PAV, em parceria com os setores assistenciais e de educação permanente;
- g) participar do processo de aquisição e uso de materiais e dispositivos relacionados às técnicas de aspiração, em articulação com a Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde (CPPS), quando pertinente; e
- a) validar os boletins informativos sobre a situação de PAV elaborados.

7 MEDIDAS A SEREM IMPLEMENTADAS

A prevenção da PAV demanda a adoção de um conjunto de medidas integradas, fundamentadas em boas práticas de segurança do paciente e controle de infecção. A implementação de estratégias eficazes requer o envolvimento de toda a equipe multiprofissional, com ações baseadas em evidências científicas e protocolos institucionais. Estas medidas podem ser divididas em gerais e específicas, sendo ambas fundamentais para minimizar os riscos de infecção e promover a qualidade da assistência prestada aos pacientes em uso de VM.

7.1 Medidas gerais

As medidas gerais compreendem ações amplas, voltadas para a promoção da segurança do paciente e a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Essas medidas incluem a higienização das mãos, a vigilância contínua da PAV, o suporte físico e nutricional ao paciente, além do envolvimento ativo do paciente e seus familiares no processo de cuidado (**Quadro 1**). A aplicação rigorosa dessas práticas constitui a base para um ambiente hospitalar mais seguro e para a mitigação de riscos associados à ventilação mecânica invasiva.

Quadro 1 – Medidas gerais de prevenção de PAV, descrição das atividades e equipe responsável

Medida geral	Atividades	Equipe responsável
Higiene das mãos	a) Higienizar as mãos nos cinco momentos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), utilizando a técnica correta com preparação alcoólica 70% ou com água e sabonete líquido, conforme a presença de sujidade visível; e b) estimular essa prática entre pacientes, acompanhantes, visitantes e profissionais de apoio que atendem a unidade.	Equipe multiprofissional
Vigilância de PAV	a) Realizar visitas multidisciplinares com a participação dos profissionais envolvidos diretamente na assistência aos pacientes internados em uso de VM para auxiliar na definição dos pacientes que preenchem os critérios diagnósticos de PAV e para verificar se as medidas de prevenção são realizadas de forma eficaz; b) Realizar a vigilância de PAV em todos os pacientes em uso de ventilação mecânica da unidade; c) Fornecer informações de forma proativa sobre o paciente ao SCIRAS para que possam contribuir para a vigilância da PAV na unidade.	CCIRAS, equipe multiprofissional
Ventilação mecânica não invasiva (VNI) ou cânula nasal de alto fluxo (CNAF)	a) Sempre que possível dar preferência para uso de VNI ou CNAF.	Equipes médica, de enfermagem e fisioterapia

Medida geral	Atividades	Equipe responsável
Garantia do bom condicionamento físico do paciente	a. Nutrição enteral precoce com sonda/cateter nasoenteral; b. fisioterapia motora otimizada; e c. fisioterapia respiratória; d. estimular a mobilização precoce do paciente no leito, quando indicado.	
Engajamento de pacientes e familiares no processo de cuidado	a) Realizar reunião de orientação com pacientes e acompanhantes sobre os principais fatores de risco de infecção e as medidas gerais e específicas de prevenção para que possam compreender e participar do processo de cuidado e prevenção; b) orientar paciente, acompanhantes e visitantes sobre a importância da higiene das mãos; c) apresentar os locais que podem utilizar para realizar a higiene das mãos, com água e sabonete líquido e com preparação alcoólica; d) apresentar os cinco momentos de higiene das mãos a serem realizadas pelos profissionais da assistência e reforçar que podem solicitar a estes profissionais que realizem a higiene das mãos nesses cinco momentos; e) orientar visitantes e acompanhantes a não compartilharem objetos com outros pacientes, acompanhantes e visitantes e a não tocarem nas superfícies de outros pacientes; f) explicar para pacientes e acompanhantes sobre as medidas de precaução, quando indicadas; g) orientar sobre a importância da realização de higiene oral, da manutenção da cabeceira elevada e sobre outras medidas de prevenção, para que possam comunicar aos profissionais de saúde sempre que observar alguma inconformidade; h) estimular e permitir a presença de um familiar no processo de despertar diário; i) incluir o paciente e familiares no estabelecimento dos objetivos diários dos cuidados; e j) atualizar periodicamente o paciente e acompanhante sobre as decisões relacionadas ao processo de cuidado e necessidade de novas medidas de prevenção de infecção.	Equipe multiprofissional

7.2 Medidas específicas

As medidas específicas referem-se a intervenções diretamente relacionadas ao manejo do paciente em uso de VM, com foco em técnicas e cuidados que minimizam a possibilidade de colonização e infecção das vias aéreas. Incluem ações como o posicionamento adequado do leito, a avaliação contínua da possibilidade de extubação, a realização correta da higiene oral, o controle rigoroso da pressão do cuff, entre outras (**Quadro 2**). Tais intervenções devem ser realizadas conforme protocolos definidos, respeitando as condições clínicas de cada paciente e as melhores práticas estabelecidas para a prevenção da PAV.

Quadro 2 – Medidas específicas de prevenção de PAV, descrição das atividades e equipe responsável

Medida específica	Atividades	Equipe responsável
Manutenção do decúbito elevado (30-45°)	a) Manter decúbito da cama na posição 30 a 45°; b) não elevar o decúbito em contraindicações clínicas; c) monitorar o decúbito na folha de controle da enfermagem – realizar medição ou conferência do ângulo da cabeceira da cama a cada turno; e d) discutir sobre a adesão à medida durante as visitas multidisciplinares.	Equipe multiprofissional
Teste de despertar diário (Avaliação da redução do nível de sedação e possibilidade de extubação)	a) Utilizar a menor dose possível de sedação; b) diariamente avaliar a possibilidade de diminuição do nível de sedação, com registro em prontuário; c) avaliar retirada do suporte respiratório invasivo, quando necessário, realizar teste de respiração espontânea; d) avaliar a prontidão do paciente para a desintubação; e e) discutir o nível de sedação do paciente e possibilidade de extubação durante visita multiprofissional.	Equipes médica, de fisioterapia e de enfermagem
Aspiração da secreção subglótica	a) Realizar avaliação clínica periódica do paciente quanto ao volume e presença de secreções orais e faríngeas; b) executar aspiração orofaríngea com técnica asséptica sempre que houver acúmulo visível de secreção, desconforto respiratório, ou ruídos adventícios sugestivos de secreção alta; c) utilizar sistema de aspiração fechado, minimizando a manipulação excessiva e o risco de contaminação cruzada; d) utilizar tubos orotraqueais com porta de aspiração subglótica preferencialmente desde o início da ventilação mecânica, em pacientes de risco; e e) realizar a aspiração de forma intermitente ou contínua, garantindo a manutenção da permeabilidade da via de drenagem.	Equipe de enfermagem e de fisioterapia
Higiene oral	a) Realizar a higiene oral por pelo menos duas vezes ao dia e sempre que necessário de acordo com o Procedimento Operacional Padrão (POP) da instituição; b) avaliar a necessidade do uso de antisséptico oral de acordo com o quadro do paciente (presença de infecção bucal evidenciada pelo cirurgião-dentista); c) hidratar a pele e lábios, incluindo a comissura labial, mucosas, gengivas e dorso lingual com gel comestível a base de óleo de coco a 2% e vitamina E a 2% ou similar de uso intraoral; e	Equipes de enfermagem e de odontologia

Medida específica	Atividades	Equipe responsável
	d) realizar o procedimento com cabeceira elevada e com material padronizado pela instituição.	
Uso de bloqueadores neuromusculares (BNM)	a) Considerar o uso de BNM de forma criteriosa e individualizada, preferencialmente por curto prazo (até 48h), em pacientes com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) grave ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 150$), especialmente na presença de assincronia respiratória significativa ou hipoxemia refratária, para garantir controle adequado da ventilação mecânica protetora; b) monitorar atentamente as complicações associadas ao uso de BNM, incluindo: – perda da capacidade de realização do despertar diário e da avaliação neurológica; – risco de desconexão não percebida do ventilador ou da via aérea; – efeitos cardiovasculares e autonômicos (como bradicardia ou taquiarritmias); – fraqueza muscular adquirida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI); e – risco aumentado de lesão de pele, lesão de pressão, neuropatias periféricas e abrasões de córnea; e c) sempre que possível, utilizar monitorização neuromuscular objetiva (ex.: <i>Train-of-Four</i> - TOF) para ajustar a dose e a duração do bloqueio.	Equipes médica e de enfermagem
Cuidados com o circuito do ventilador	a) Trocar o circuito respiratório apenas em caso de sujidade visível, mau funcionamento técnico ou contaminação documentada, conforme diretrizes institucionais e recomendações da CCIRAS; b) avaliar frequentemente o posicionamento do circuito respiratório e o acúmulo de condensado, evitando que o líquido retorne para o paciente; c) proceder à remoção do condensado com técnica segura e uso de EPIs adequados; d) nunca drenar o condensado em direção ao paciente; e) durante o preparo do leito: – conectar o circuito respiratório ao ventilador e realizar o teste do equipamento para assegurar o correto funcionamento; – após o teste, embalar o circuito no próprio saco plástico de origem, mantendo identificação clara com etiqueta "limpo e testado", data e assinatura do responsável; – Obs.: essa prática deve estar padronizada por POP da instituição e não deve ser utilizada como substituição à higienização ou à troca necessária por contaminação; f) verificar, antes da utilização do ventilador, a integridade e a validade dos filtros inspiratórios e expiratórios, encaminhando os mesmos para limpeza e desinfecção entre os pacientes; g) realizar a troca dos filtros conforme as recomendações do fabricante do equipamento ou em menor intervalo, caso observada obstrução, sujidade, presença de condensado ou falha técnica; h) garantir que a troca dos filtros:	Equipes de enfermagem e de fisioterapia

Medida específica	Atividades	Equipe responsável
	– seja documentada e rastreável, com identificação do responsável; – seja realizada entre pacientes, como medida preventiva de infecção cruzada; e – utilize somente insumos aprovados e compatíveis com o modelo do ventilador.	
Indicação e cuidados com os umidificadores	a) Substituir o sistema de umidificação quando em mau funcionamento ou visivelmente contaminado; b) dar preferência ao umidificador passivo (filtro <i>Heat and Moisture Exchanger</i> - HME); c) Trocar a partir de 48 horas de uso, podendo ser utilizado no máximo até 7 dias, ou antes, caso apresente alguma alteração de integridade ou, prioritariamente, conforme a recomendação do fabricante; e d) avaliar diariamente o filtro quanto à saturação e funcionamento.	Equipes de enfermagem e fisioterapia
Indicação e cuidados com o sistema de aspiração	a) Trocar o sistema fechado de aspiração a cada 72 horas ou, prioritariamente, conforme a recomendação do fabricante, ou quando houver sujidade ou mau funcionamento; b) utilizar sondas de aspiração e luvas estéreis e trocá-las a cada uso em caso de utilização de sistema de aspiração aberto; c) higienizar as mãos antes de calçar e após retirar as luvas.	Equipes de enfermagem e fisioterapia
Extubação	a) Evitar extubação não programada (acidental) e reintubação; b) monitorar e ajustar sempre que necessário a fixação do tubo; c) monitorizar a frequência de extubações acidentais, notificar no sistema de notificação da instituição e no NOTIVISA (módulo: assistência a saúde) e adotar plano de melhoria caso frequência alta.	Equipe multiprofissional, SCIRAS e NSP
Cuidados com o cuff	a) manter a pressão entre 18 e 22 mmHg ou entre 25 e 30 cm H ₂ O (quando utilizado medidor de cuff), faixa segura para prevenir microaspiração sem causar lesão traqueal; b) evitar pressão abaixo de 25 cmH ₂ O (risco de aspiração) e acima de 30 cmH ₂ O (risco de lesão isquêmica da mucosa traqueal); c) documentar os valores aferidos e reajustar quando necessário, utilizando técnica asséptica.	Equipes de enfermagem e fisioterapia
Cuidados com inaladores e nebulizadores	a) Dar preferência à utilização de medicamentos em aerossol em apresentação de dose única, evitando frascos multidoses ou manipulação desnecessária; b) utilizar água estéril e medicamentos estéreis em todas as preparações para inalação e nebulização; c) descartar frascos de água estéril abertos imediatamente após o uso; d) para dispositivos reutilizáveis (nebulizadores simples, reservatórios): – garantir uso exclusivo por paciente; – armazenar em embalagem plástica limpa e identificada à beira-leito; – trocar os equipamentos a cada 24 horas ou antes, se houver recomendação do fabricante, sujidade ou falha de funcionamento;	Equipes médica, de enfermagem e fisioterapia

Medida específica	Atividades	Equipe responsável
	e) nos casos de nebulização contínua seguir as recomendações específicas do fabricante e instituir protocolo institucional; f) sempre que possível, preferir o uso de inaladores dosimetrados (MDI) com espaçadores, por serem mais seguros e com menor risco de contaminação, desde que disponíveis e apropriados ao paciente.	
Sonda/cateter enteral na posição pós-pilórica	a) Iniciar a nutrição enteral precoce (início menor que 48 horas); b) priorizar a via enteral em relação à nutrição parenteral, reservando esta última apenas para casos em que a via enteral esteja contraindicada ou se mostre insuficiente; c) considerar o uso de sonda pós-pilórica em pacientes com alto risco de aspiração, como os que apresentam gastroparesia, refluxo, regurgitação, volume residual gástrico elevado ou histórico de PAV; e d) garantir que a posição da sonda seja verificada após inserção, por meio de técnica apropriada (como raio-X) e documentada em prontuário.	Equipes médica e de enfermagem
Traqueostomia precoce	a) Considerar traqueostomia precoce, dentro de 7 dias da intubação; b) discutir os potenciais benefícios caso a caso, levando em consideração os valores e preferências do paciente/famíliares sobre realizar o procedimento e quando.	Equipe médica, de enfermagem e fisioterapia
Processamento e descarte de produtos de assistência respiratória	a) Nunca utilizar produtos de assistência respiratória sem estar devidamente limpo e desinfetado ou esterilizado; b) esterilizar produtos de assistência respiratória classificados como críticos após adequada limpeza; c) realizar limpeza e, no mínimo, desinfecção de nível intermediário em produtos de assistência respiratória classificados como semicríticos (sempre que possível, adotar a desinfecção de alto nível ou a termodesinfecção); d) limpar e desinfetar respirômetros, sensores de oxigênio, manuvacuômetro, ventilômetros e outros dispositivos a cada paciente; e e) inspirômetros podem ser utilizados pelo mesmo paciente enquanto este possuir indicação de uso; após isso, os mesmos devem ser descartados.	Equipe multiprofissional

8 MONITORAMENTO

O monitoramento da adesão ao protocolo deve ser realizado por meio da análise de indicadores previamente definidos pela instituição. Recomenda-se o monitoramento mensal desses indicadores e a realização de reuniões com as áreas envolvidas para planejamento, definição de estratégias e implementação de melhorias.

Para auxiliar no monitoramento diário da adesão ao protocolo, devem ser utilizados checklists contendo o pacote de medidas de prevenção de PAV (**Apêndice A**). O checklist é uma ferramenta que ajuda a verificar se um conjunto de medidas de prevenção está sendo seguido pelos profissionais que prestam assistência ao paciente. Deve ser realizado o controle diário da aplicação de checklists (**Apêndice B**) para otimizar a consolidação mensal (**Apêndice C**).

Além dos instrumentos descritos, é importante que o processo de monitoramento considere todas as etapas envolvidas na implementação das medidas preventivas de PAV. A visualização do Fluxograma do processo de implementação de medidas de prevenção de PAV (**Apêndice D**) contribui para a identificação de falhas, a definição de responsabilidades e o alinhamento das ações entre as equipes. Essa abordagem facilita a análise sistemática dos dados coletados e fortalece a tomada de decisão baseada em evidências, apoiando a melhoria contínua da adesão ao protocolo de prevenção de PAV.

A seguir, sugerem-se alguns indicadores que podem ser utilizados para monitoramento da adesão ao protocolo de prevenção de PAV:

a) indicadores de resultados:

- DI de PAV (**Apêndice E**); e
- taxa de utilização (TU) de VM (**Apêndice F**); e

b) indicadores de processos:

- percentual de adesão à aplicação do checklist contendo o pacote de medidas de prevenção de PAV (aplicação do checklist) (**Apêndice G**); e
- percentual de adesão ao pacote de medidas de prevenção de PAV (conformidade aos itens do checklist de prevenção de PAV) (**Apêndice H**).

Os indicadores devem ser estratificados por unidades de internação, em especial, UTI neonatal, pediátrica e adulta. A instituição deve definir outros indicadores conforme suas especificidades.

Os indicadores de resultados mencionados (**Apêndices E e F**) coletados nas UTI adulto, pediátrica e neonatal devem ser obrigatoriamente notificados à Anvisa mensalmente até o 15º dia do mês subsequente ao mês de vigília.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Versão revisada/atualizada em 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/>. Acesso em: 30 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Versão revisada/atualizada em 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-2-criterios-diagnosticos-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view>. Acesso em: 30 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 03/2025 – **Critérios Diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde de notificação nacional obrigatória** – ano: 2025. Brasília: Anvisa, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-dire3-anvisa-no-03-2025/view>. Acesso em: 30 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2025 – **Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde** – ano: 2025 – ano: 2025. Brasília: Anvisa, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-dire3-anvisa-no-01-2025/view>. Acesso em: 30 jul. 2025.

KLOMPAS, M. et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update. **Infection Control & Hospital Epidemiology**, v. 43, n. 6, p. 687–713, jun. 2022.

GONÇALVES, A. C. S., PIUBELLO, S. M. N., DANSKI, M. T. R. Medidas preventivas de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes na unidade de terapia intensiva. **Enferm Foco**. v. 15, p. e-202471, 13 nov. 2024.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. *How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Disponível em: <https://cha.com/wp-content/uploads/2018/03/IHI-HowtoGuidePreventVAP-with-bundle.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2025.

MAIA, M. M., et al. The efficacy of chlorhexidine as an antimicrobial agent in the prevention of ventilator-associated pneumonia (VAP) in adults: an integrative literature review. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.3, p. 10174-10193 may./jun. 2021.

MARTINO, M. Infecções do trato respiratório inferior. In: Levi CE. Manual de microbiologia clínica aplicada ao controle de infecção hospitalar. São Paulo: APECIH; 2004. p. 54-55. Disponível em:

https://bvssms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_microbiologia_completo.pdf. Acesso em: 24 jun. 2020.

VIDAL, C. F. D. L. et al. Impact of oral hygiene involving toothbrushing versus chlorhexidine in the prevention of ventilator-associated pneumonia: a randomized study. **BMC Infectious Diseases**, v. 17, n. 1, p. 112, dez. 2017.

10 HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição
1	30/07/202 5	Versão inicial

APÊNDICE A – Checklist contendo o pacote de medidas de prevenção de PAV – uso diário

<i>Logo da instituição de saúde</i>																								
Formulário nº								Versão: 1								Emissão: X/X/202X								
Checklist do pacote de medidas de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV)																								
Nome do paciente:																								
Data de nascimento:								Prontuário:								Leito:				Unidade:				
Profissionais envolvidos no preenchimento (Nome e função):																								
Data do preenchimento	1. Avaliação da possibilidade de extubação e redução do nível de sedação			2. Avaliação do filtro e outros cuidados com os umidificadores			3. Decúbito elevado (30-45°) –			4. Manutenção do circuito respiratório			5. Avaliação da pressão do Cuff			6. Higiene oral realizada conforme recomendação do POP institucional			7. Aspiração de secreção de vias aéreas			8. Adesão diária ao pacote de medidas de prevenção de PAV		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N

*Orientações de preenchimento:

- a) preencher as linhas das colunas 1 a 7 usando as siglas C = conforme, NC = não conforme e NA = não se aplica (somente nos casos de contraindicação, devendo ser justificada);
- b) na coluna 8, classifique como 0 (zero) se houver qualquer item não conforme e 1 (um) se todos os itens forem conformes ou houver apenas itens conformes e não aplicáveis;
- c) considerar as colunas M, T e N como os turnos de verificação, sendo M – Manhã, T – Tarde, e N – Noite;
- d) para as seguintes medidas, considerar conforme:
 - avaliação da pressão do Cuff: se estiver entre 18 a 22 mmHg/ 25 a 30cmH₂O;
 - decúbito elevado: quando, no momento da visita à unidade, o paciente estiver no decúbito correto;
 - higiene oral: se houver registro do procedimento no prontuário ou folha de controle do paciente ou se for observado diretamente a realização da higiene oral por, no mínimo, dois períodos (recomenda-se uma observação direta quanto as condições da boca do paciente);

- manutenção do circuito respiratório: quando o circuito estiver bem alocado, não havendo condensado no mesmo e se a troca estiver realizada apenas quando necessário e não for programada;
- avaliação da possibilidade de extubação e redução do nível de sedação: quando as orientações contidas no item orientações específicas estiverem sendo seguidas pela equipe;
- avaliação do filtro e outros cuidados com os umidificadores: quando houver registro de avaliação diária do filtro quanto a saturação e funcionamento e quando houver registros referentes a sua troca;
- aspiração de secreção de vias aéreas: quando houver registro de avaliação da necessidade de aspiração, e registro da aspiração quando necessário ou do uso de sistema de aspiração contínuo.

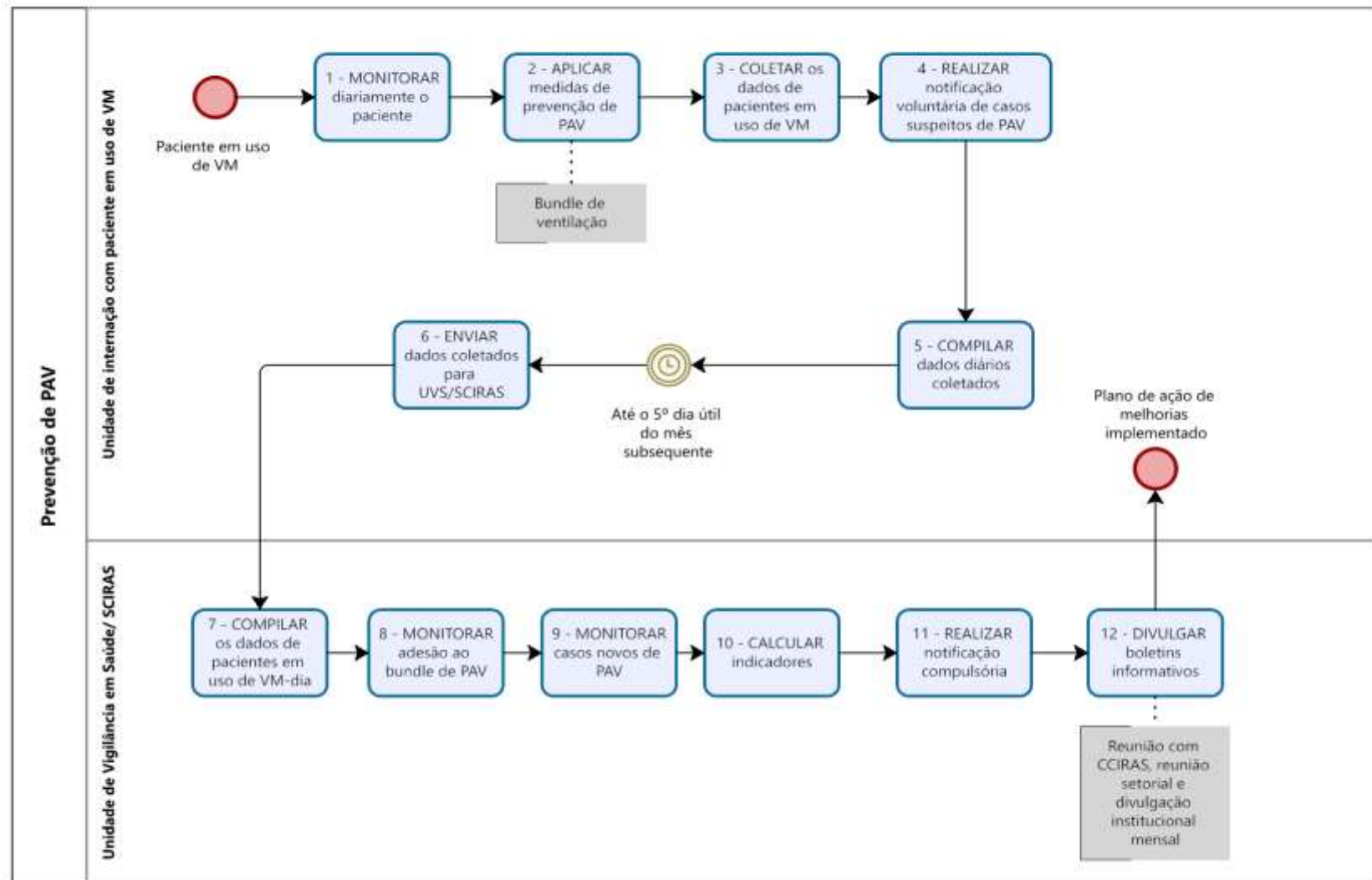
APÊNDICE B – Controle diário de preenchimento de checklists do pacote de medidas de prevenção de PAV

Logo da instituição de saúde			
Formulário nº		Versão: 1	Emissão: X/X/202X
Controle diário de preenchimento de checklists do pacote de medidas de prevenção de PAV			
Unidade:		Avaliador:	Data:
Nº	Leito	Adesão diária ao pacote de medidas de prevenção de PAV*	itens não conformes ao aplicar o checklist
*Informe a classificação apresentada no checklist de medidas de prevenção de PAV: 0 (zero) se houver qualquer item não conforme e 1 (um) se todos os itens forem conformes ou houver apenas itens conformes e não aplicáveis.			
Resumo diário			
Total de pacientes na unidade		Total de checklists aplicados	Total de checklists em conformidade (pontuação 1 na adesão ao pacote de medidas de prevenção de PAV)

APÊNDICE C – Consolidado mensal de checklists de medidas de prevenção de PAV

Logo da instituição de saúde					
Formulário nº		Versão: 1		Emissão: X/X/202X	
Consolidado mensal de checklists de medidas de prevenção de PAV					
Unidade:		Avaliador:		Mês:	
Dia do mês	Número de pacientes em uso de VM	Total de checklists aplicados nos pacientes em uso de VM	Total de checklists com adesão ao pacote de medidas de prevenção de PAV	Porcentual de adesão ao pacote de medidas de prevenção de PAV	Porcentual de adesão à aplicação do checklist contendo o pacote de medidas de prevenção de PAV
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
...					
31					
ITotal					

APÊNDICE D – Fluxograma do processo de implementação de medidas de prevenção de PAV



APÊNDICE E – Ficha do indicador Densidade de Incidência de PAV

Descrição: reflete a probabilidade (risco) de PAV relativa ao tempo de exposição do paciente submetido ao uso de VM. Expressa a razão entre o número de casos novos de pacientes com PAV no mês de vigilância em relação ao número de pacientes em risco de adquirir PAV, ou seja, em uso de VM em determinada unidade a cada dia no mês de vigilância.
População: todos os pacientes intubados/traqueostomizados em uso de VM em determinado período e local.
Numerador: Número de pacientes com PAV, conforme critério diagnóstico de PAV definido pela Anvisa, na unidade avaliada no período de vigilância.
Denominador: Número de pacientes em uso de VM-dia na unidade avaliada no período de vigilância. Trata-se de uma unidade de medida que representa a intensidade da exposição dos pacientes a um determinado fator de risco, que nesse caso, é o VM. Dessa forma, esse número é obtido por meio da soma de pacientes em uso de VM, a cada dia, no período selecionado para a vigilância. Outra forma de cálculo é calculando a soma da quantidade de dias que cada paciente usou o VM.
Periodicidade da análise: mensal
Fórmula: $DI \text{ de PAV} = \frac{\text{Nº de pacientes com PAV no período de vigilância}}{\text{Nº de pacientes em uso de VM – dia no período de vigilância}} \times 1000$ DI: Densidade de Incidência PAV: Pneumonia associada a ventilação mecânica VM: ventilador mecânico
Fonte de informação: Prontuário, visita multidisciplinar, laboratório de microbiologia e fichas de antimicrobianos, folha de controle da enfermagem etc.
Meta: deve ser estabelecida pela instituição com base na análise de suas séries históricas, perfil epidemiológico da população assistida e capacidade operacional de intervenção. Recomenda-se que, a partir da linha de base identificada, sejam definidos percentuais progressivos de melhoria a serem alcançados em intervalos de tempo predeterminados.

APÊNDICE F – Ficha do indicador Taxa de utilização de VM

Descrição: expressa a razão entre o número pacientes expostos ao fator de risco, uso de VM, em relação ao número de pacientes-dia na unidade no período de vigilância. Traduz o quanto um fator de risco está presente na população analisada.
População: Todos os pacientes em uso de VM.
Numerador: Número de pacientes em uso de VM na unidade avaliada no período de vigilância. Trata-se de uma unidade de medida que representa a intensidade da exposição dos pacientes a um determinado fator de risco, que nesse caso, é o VM. Dessa forma, esse número é obtido por meio da soma de pacientes em uso de VM, a cada dia, na unidade avaliada no período selecionado para a vigilância.
Denominador: Número total de pacientes-dia na unidade avaliada no período de vigilância. Trata-se de uma unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente durante um dia. É obtido pela soma do total de pacientes a cada dia de permanência na unidade avaliada, ou seja, o somatório mensal do senso diário de pacientes de uma unidade de internação.
Periodicidade da análise: mensal
Fórmula: $TU \text{ de VM} = \frac{\text{Nº de pacientes em uso de VM} - \text{dia no período de vigilância}}{\text{Nº de pacientes} - \text{dia no período de vigilância}} \times 100$ TU: Taxa de Utilização VM: ventilador mecânico
Fonte de informação: prontuário, ficha de visita do SCIRAS, folha de controle da enfermagem, censo diário da unidade de internação, etc.
Meta: deve ser estabelecida pela instituição com base na análise de suas séries históricas, perfil epidemiológico da população assistida e capacidade operacional de intervenção. Deve-se avaliar a TU de VM juntamente à DI de PAV, discutir os resultados com a equipe assistencial e a gestão do serviço e buscar reduzir, sempre que possível, a utilização do VM, optando por ventilação não invasiva. Recomenda-se que, a partir da linha de base identificada, sejam definidos percentuais progressivos de melhoria a serem alcançados em intervalos de tempo predeterminados.

APÊNDICE G – Ficha do indicador Percentual de adesão à aplicação do checklist contendo o pacote de medidas de prevenção de PAV

Descrição: avalia a proporção de checklists que foram aplicados durante a assistência aos pacientes que estão em uso de VM, em um determinado período.
População: Todos os pacientes em uso de VM na unidade no período avaliado
Numerador: Número total de checklists aplicados durante a assistência aos pacientes em uso de VM na unidade avaliada em um determinado período.
Denominador: Número de pacientes em uso de VM que deveriam ser submetidos ao checklist ou número de checklists que deveriam ser aplicados (considerando que deveriam ser aplicados a todos os pacientes todos os dias). Esse número é igual ao número de pacientes em uso de VM -dia.
Periodicidade da análise: aplicação diária e avaliação mensal
Fórmula: $PA = \frac{\text{Nº total de checklist de prevenção de PAV aplicados para os pacientes em VM no período}}{\text{Nº total de pacientes em uso de VM – dia no período de vigilância}} \times 100$ PA: Percentual de adesão do checklist de prevenção de PAV VM: ventilador mecânico
Fonte de informação: prontuário, ficha de visita do SCIRAS, folha de controle da enfermagem, checklists de medidas de prevenção de PAV, controle diário de preenchimento de checklists e consolidado mensal de checklists.
Meta: deve ser estabelecida pela instituição com base na análise de suas séries históricas e capacidade operacional de intervenção. Recomenda-se que, a partir da linha de base identificada, sejam definidos percentuais progressivos de melhoria a serem alcançados em intervalos de tempo predeterminados. Os resultados desse indicador devem ser discutidos com a equipe assistencial e com a gestão da instituição de saúde, sensibilizando-os e capacitando-os sobre a importância do checklist e como aplicá-lo com o objetivo fortalecer a cultura de segurança do pacientes entre os profissionais do serviço. O SCIRAS deve acompanhar regularmente os resultados desse indicador e propor planos de melhoria, com o apoio do Setor de Gestão da Qualidade e do NSP. A CCIRAS deve ser consultada, e suas recomendações incorporadas às ações propostas. A meta é que o checklist seja aplicado a todos os pacientes em uso de VM (100%).

APÊNDICE H – Ficha do indicador Percentual de adesão ao pacote de medidas de prevenção de PAV

Descrição: avalia a proporção que o pacote de medidas de prevenção de PAV, avaliado por meio do checklist, está sendo totalmente cumprido entre os checklists aplicados na unidade avaliada em um determinado período.
População: Todos os pacientes em uso de VM na unidade no período avaliado.
Numerador: Número total de checklists com adesão ao pacote de medidas de prevenção de PAV na unidade avaliada em um determinado período. Apresenta o número de checklists em conformidade, ou seja, em que todas as medidas de prevenção do checklist foram executadas.
Denominador: Número total de checklists aplicados durante a assistência aos pacientes em uso de VM na unidade avaliada em um determinado período.
Periodicidade da análise: aplicação diária e avaliação mensal
Fórmula: $PP = \frac{\text{Nº total de checklists com adesão ao pacote de medidas de prevenção de PAV no período de vig.}}{\text{Nº total de checklists aplicados no período de vigência}} \times 100$
PP: Percentual de adesão ao pacote de medidas de prevenção de PAV
Fonte de informação: prontuário, ficha de visita do SCIRAS, folha de controle da enfermagem, checklists de medidas de prevenção de PAV, controle diário de preenchimento de checklists e consolidado mensal de checklists.
Meta: deve ser estabelecida pela instituição com base na análise de suas séries históricas e capacidade operacional de intervenção. Recomenda-se que, a partir da linha de base identificada, sejam definidos percentuais progressivos de melhoria a serem alcançados em intervalos de tempo predeterminados. Os resultados desse indicador devem ser discutidos com a equipe assistencial e com a gestão da instituição de saúde, com o objetivo de promover a adesão ao cumprimento das recomendações contidas no checklist. O SCIRAS deve acompanhar regularmente os resultados desse indicador e propor planos de melhoria, com o apoio do Setor de Gestão da Qualidade e do NSP. A CCIRAS deve ser consultada, e suas recomendações incorporadas às ações propostas. A meta é que todas as medidas de prevenção de PAV (checklist conforme) sejam aplicadas a todos os pacientes em uso de VM (100%).