

TÓPICOS NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

volume V

Aris Verdecia Peña

Organizadora



Pantanal Editora

2021



Aris Verdecia Peña
Organizadora

TÓPICOS NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
VOLUME V



Pantanal Editora

2021

Copyright© Pantanal Editora

Editor Chefe: Prof. Dr. Alan Mario Zuffo

Editores Executivos: Prof. Dr. Jorge González Aguilera e Prof. Dr. Bruno Rodrigues de Oliveira

Diagramação: A editora. **Diagramação e Arte:** A editora. Imagens de capa e contra-capas: Canva.com. **Revisão:** O(s) autor(es), organizador(es) e a editora.

Conselho Editorial

Grau acadêmico e Nome	Instituição
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos	OAB/PB
Profa. Msc. Adriana Flávia Neu	Mun. Faxinal Soturno e Tupanciretã
Profa. Dra. Albys Ferrer Dubois	UO (Cuba)
Prof. Dr. Antonio Gasparetto	Júnior – IF SUDESTE MG
Profa. Msc. Aris Verdecia Peña	Facultad de Medicina (Cuba)
Profa. Arisleidis Chapman Verdecia	ISCM (Cuba)
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva	UFESSPA
Prof. Dr. Bruno Gomes de Araújo	UEA
Prof. Dr. Caio Cesar Enside de Abreu	UNEMAT
Prof. Dr. Carlos Nick	UFV
Prof. Dr. Claudio Silveira Maia	AJES
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos	UFGD
Prof. Dr. Cristiano Pereira da Silva	UEMS
Profa. Ma. Dayse Rodrigues dos Santos	IFPA
Prof. Msc. David Chacon Alvarez	UNICENTRO
Prof. Dr. Denis Silva Nogueira	IFMT
Profa. Dra. Denise Silva Nogueira	UFMG
Profa. Dra. Dennyura Oliveira Galvão	URCA
Prof. Dr. Elias Rocha Gonçalves	ISEPAM-FAETEC
Prof. Me. Ernane Rosa Martins	IFG
Prof. Dr. Fábio Steiner	UEMS
Prof. Dr. Fabiano dos Santos Souza	UFF
Prof. Dr. Gabriel Andres Tafur Gomez	(Colômbia)
Prof. Dr. Hebert Hernán Soto Gonzáles	UNAM (Peru)
Prof. Dr. Hudson do Vale de Oliveira	IFRR
Prof. Msc. Javier Revilla Armesto	UCG (México)
Prof. Msc. João Camilo Sevilla	Mun. Rio de Janeiro
Prof. Dr. José Luis Soto Gonzales	UNMSM (Peru)
Prof. Dr. Julio Cezar Uzinski	UFMT
Prof. Msc. Lucas R. Oliveira	Mun. de Chap. do Sul
Profa. Dra. Keyla Christina Almeida Portela	IFPR
Prof. Dr. Leandris Argentele-Martínez	Tec-NM (México)
Profa. Msc. Lidiene Jaqueline de Souza Costa Marchesan	Consultório em Santa Maria
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann	UFJF
Prof. Msc. Marcos Pisarski Júnior	UEG
Prof. Dr. Marcos Pereira dos Santos	FAQ
Prof. Dr. Mario Rodrigo Esparza Mantilla	UNAM (Peru)
Profa. Msc. Mary Jose Almeida Pereira	SEDUC/PA
Profa. Msc. Nila Luciana Vilhena Madureira	IFPA
Profa. Dra. Patrícia Maurer	UNIPAMPA
Profa. Msc. Queila Pahim da Silva	IFB
Prof. Dr. Rafael Chapman Auty	UO (Cuba)
Prof. Dr. Rafael Felipe Ratke	UFMS
Prof. Dr. Raphael Reis da Silva	UFPI
Prof. Dr. Ricardo Alves de Araújo	UEMA
Prof. Dr. Wéverson Lima Fonseca	UFPI
Prof. Msc. Wesclen Vilar Nogueira	FURG
Profa. Dra. Yilan Fung Boix	UO (Cuba)
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme	UFT

Conselho Técnico Científico

- Esp. Joacir Mário Zuffo Júnior
- Esp. Maurício Amormino Júnior
- Esp. Tayronne de Almeida Rodrigues
- Lda. Rosalina Eufrausino Lustosa Zuffo

Ficha Catalográfica

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

T674 Tópicos nas ciências da saúde [recurso eletrônico] : volume V / Organizadora
Aris Verdecia Peña. – Nova Xavantina, MT: Pantanal, 2021. 76p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN 978-65-88319-71-0

DOI <https://doi.org/10.46420/9786588319710>

1. Ciências da saúde. 2. Farmacológicos. 3. Saúde. I. Peña, Aris Verdecia.
CDD 610

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422



Pantanal Editora

Nossos e-books são de acesso público e gratuito e seu download e compartilhamento são permitidos, mas solicitamos que sejam dados os devidos créditos à Pantanal Editora e também aos organizadores e autores. Entretanto, não é permitida a utilização dos e-books para fins comerciais, exceto com autorização expressa dos autores com a concordância da Pantanal Editora.

Rua Abaete, 83, Sala B, Centro. CEP: 78690-000.
Nova Xavantina – Mato Grosso – Brasil.
Telefone (66) 99682-4165 (Whatsapp).
<https://www.editorapantanal.com.br>
contato@editorapantanal.com.br

APRESENTAÇÃO

A Editora Pantanal tem o prazer de lhe apresentar um novo e-book sobre temas de saúde, “Tópicos nas ciências da Saúde” em seu Volume V, o qual queremos que seja de muita utilidade. Começaremos com a apresentação dos fatores de risco no centro cirúrgico cujo conhecimento nos permite prevenir infecções, a permanência do paciente em hospitais e sua incorporação precoce à sociedade. Nosso e-book continua com um estudo relacionado com uma patologia muito frequente na prática médica como a faringotonsilite e seu tratamento atual e acompanhando a anatomia do aparelho respiratório em sua parte superior.

No dia-a-dia do médico, o enfermeiro desempenha um papel importante, chamado por muitos: o braço direito do médico. Apresentamos suas ações cotidianas junto ao paciente infartado, no atendimento humanizado ao público LGBT QIA, que você lerá no capítulo 8. Nos capítulos 5, 6, e 7 podemos ver como a lavagem adequada das mãos deve ser realizada, algo mais sobre a atividade cardíaca, especialmente a atividade ventricular e, finalmente, a virulência e os fatores de resistência da *Candida albicans* nas infecções vulvovaginais, uma patologia que ocorre com muita frequência na consulta do médico de família e ginecologia em todo o mundo.

Esperamos que estes tópicos sejam muito úteis e nós convidamos você a ler até o final.

Aris Verdecia Peña


SUMÁRIO


Apresentação	4
Capítulo I.....	6
Fatores de risco para ocorrência da infecção de sítio cirúrgico: revisão integrativa	6
Capítulo II	15
Correlação entre o perfil de resistência de <i>Streptococcus pyogenes</i> e o tratamento empírico das faringoamigdalites entre 2017 e 2018, no Cariri cearense	15
Capítulo III.....	22
Infecções por <i>Candida</i> spp. na orofaringe: Uma revisão de literatura	22
Capítulo IV	29
Obstáculos enfrentados pelo enfermeiro no ACCR face ao paciente vítima de infarto	29
Capítulo V.....	39
Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes de um hospital municipal da região do Bico do Papagaio - TO	39
Capítulo VI	56
Detecção da Atividade Ventricular Cardíaca empregando Separação Cega de Fontes	56
Capítulo VII.....	64
O papel do enfermeiro no atendimento humanizado ao público LGBTQIA+	64
Índice Remissivo.....	76


Fatores de risco para ocorrência da infecção de sítio cirúrgico: revisão integrativa

Recebido em: 07/02/2021


Aceito em: 02/03/2021


 10.46420/9786588319710cap1


Monica Rita da Silva Simplicio¹ 

Elaine Cristina dos Santos Oliveira Holanda² 

Elidiane Lira da Silva Pereira³ 

Rebeca Bezerra Bonfim de Oliveira⁴ 

Ana Priscila Duarte de Aguiar⁵ 

Morgana Cristina Leôncio de Lima^{6*} 

INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são consideradas um Evento Adverso (EA) evitável mais presente no cenário global, devido condições sistêmicas ou localizadas causadas por agentes infecciosos ou suas toxinas a partir das 72 horas de admissão do paciente ou após alta hospitalar consequente de cuidados em saúde (WHO, 2014; CDC, 2017; NHSN, 2018).

A Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC), pertencente às IRAS, relacionadas da má manipulação cirúrgica que acomete tecido subcutâneo, moles profundos (fáscias e músculo), órgãos e cavidades com incisão, que ocorrem até o 30º dia do pós-cirúrgico ou até um ano para as cirurgias com implantes de próteses. Por estar diretamente ligada aos cuidados cirúrgicos, representa um problema de saúde pública mundial que contribui para os altos índices de morbimortalidade, o que causa impacto no tempo de internação e eleva os custos hospitalares em decorrência do tratamento (Anderson et al., 2014; Campos et al., 2015; CDC, 2017; NHSN, 2018).

No Brasil as ISC ocupam a terceira posição quando comparadas às outras IRAS, que corresponde por 14% a 16% das infecções segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e acontecem em 11% das cirurgias, sendo que esta taxa varia conforme o tipo e processo cirúrgico e a própria imunidade do paciente (Batista; Rodrigues, 2012; ANVISA, 2017).

¹ Enfermeira. Especialista em Pneumologia Sanitária pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)/FIOCRUZ.

² Enfermeira. Especialista em Gestão em Envelhecimento Humano pela Faculdade de Ciências da Saúde, Santa Maria- Rio Grande do Sul- Brasil.

³ Fisioterapeuta. Especialista em Saúde da Família pela Universidade de Pernambuco (UPE).

⁴ Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva e Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Cidade Verde.

⁵ Enfermeira. Especialista em Estomatoterapia pela Universidade de Pernambuco (UPE).

⁶ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco (UPE).

* Autora correspondente: limamorgana124@gmail.com

Os serviços de saúde buscam ofertar atendimento de qualidade livre de riscos e danos, inserindo indicadores de saúde que constituem um instrumento gerencial que torna possível a avaliação objetiva da qualidade dos resultados (Manzo et al., 2012). Deste modo as taxas de ISC, em particular as cirurgias classificadas como limpas, constitui um tipo de indicador assistencial de resultados que reflete a qualidade do serviço prestado aos pacientes cirúrgicos (Franco, 2013).

A classificação dos fatores de risco para ISC são três: relacionados ao paciente (pré-operatório), ao procedimento (intraoperatório) e ao período pós-operatório. Quando relacionado ao paciente são categorizados como não modificável ou modificável, sendo a idade o mais proeminente fator de risco não modificável e diabetes mellitus, tabagismo, obesidade e uso de imunossupressores como um dos fatores de risco modificáveis relacionados ao paciente (Lima et al., 2013).

Há uma estimativa que as ISC em 60% dos casos podem ser evitadas quando são aplicadas as medidas de prevenção preconizadas conforme as recomendações específicas. A prevenção é multifatorial e com adesão multiprofissional as boas práticas no perioperatório são reconhecidas como ações fundamentais para redução dos danos e riscos no âmbito hospitalar (ANVISA, 2020).

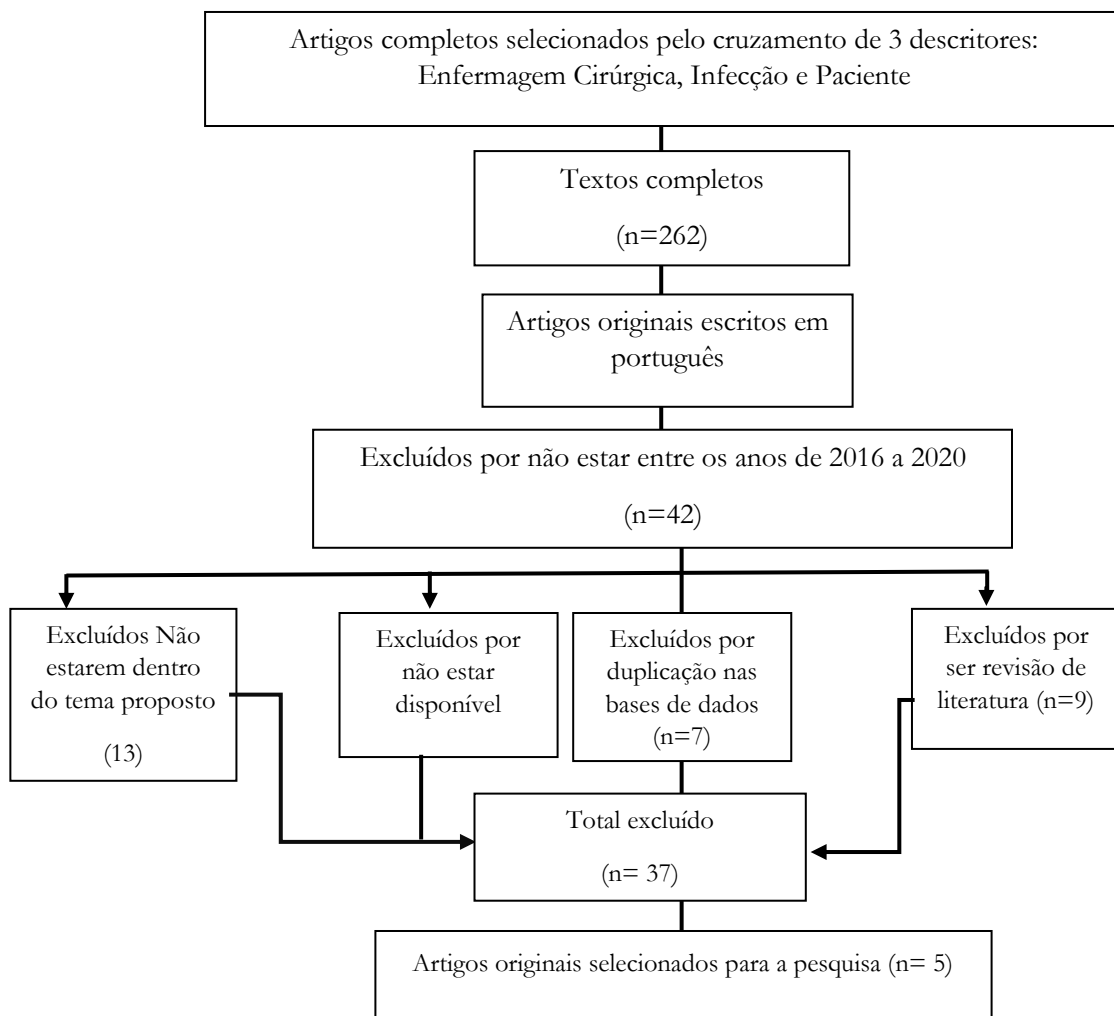
No ambiente hospitalar cerca de 2% a 5% dos pacientes submetidos à cirurgia tem a ISC como uma complicação comum, o que aumenta cerca de uma semana o tempo de internação, o risco de óbito em 2 a 11 vezes e os custos variam com o procedimento cirúrgico e tipo de patógeno, além de causar sofrimento para paciente e sua família (Anderson et al., 2014).

Nessa linha, um ponto primordial para o enfrentamento das IRAS tem-se a aplicação das medidas preventivas e educacionais o intuito de obterem a melhora assistência à saúde e o controle epidemiológico (Pereira et al., 2014).

Este estudo justifica-se pela relevância de identificar e prevenir as infecções de sítio cirúrgico ofertando um serviço de qualidade ao paciente cirúrgico visando diminuir os riscos, e tem como objetivo identificar as evidências da literatura sobre os fatores de risco para ocorrência das infecções sítio cirúrgico.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo do tipo revisão integrativa que constitui uma análise ampla da literatura contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas e também reflexões para futuras pesquisas, sendo necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Envolve as seguintes etapas: 1- Identificação de tema e definição da pergunta de pesquisa; 2- Definição dos critérios de inclusão e exclusão; 3- Extração das informações encontradas nos artigos selecionados; 4- Avaliação dos estudos selecionados para amostra; 5- Interpretação dos resultados; 6- Apresentação da síntese do conhecimento a partir da revisão (Mendes et al., 2008).



Fluxograma 1. Fluxograma dos artigos identificados e selecionados na segunda etapa da presente pesquisa. Recife, Pernambuco, Brasil, 2020. Fonte: Os Autores.

Após definir o problema de pesquisa foi elaborada a seguinte pergunta condutora do estudo: “Quais os fatores de risco para infecções sítio cirúrgico nos pacientes cirúrgicos?” Foi realizado o levantamento dos dados entre os meses de outubro a dezembro de 2020 nas bases de dados BIREME. As buscas foram conduzidas pelo cruzamento dos descritores “Enfermagem Cirúrgica”, “Infecção” e “Paciente” oriundos dos Descritores em Ciências da Saúde (DecS).

Foram incluídos na amostra: artigos originais, publicados em português nos últimos quatro anos (2016-2020) e disponíveis na íntegra. Excluíram-se as teses, dissertações e monografias, editoriais, estudos de caso, revisões integrativas e sistemáticas, bem como artigos duplicados em mais de uma base de dados e os artigos que não responderam à questão norteadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 607 estudos, dentre os quais cinco abordaram o tema proposto e foram selecionados para compor a amostra final deste estudo. A caracterização dos artigos selecionados contendo os dados com autores e ano, título, bem como, objetivo e resultados como estão demonstrados no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos artigos selecionados para a amostra. Recife, Pernambuco, Brasil, 2020. Fonte: Os autores.

Autor / Ano	Título	Objetivo	Resultados
Fusco et al. (2016)	Infecção de sítio cirúrgico e seus fatores de risco em cirurgias de cólon	Verificar a incidência de ISC e seus fatores de risco relacionados ao paciente e ao procedimento cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias de cólon, em um hospital terciário do interior paulista.	Observou-se que os fatores de risco para ISC relacionados ao paciente foram o sexo masculino e a pontuação de Charlson, e relacionado ao procedimento cirúrgico foi o preparo mecânico intestinal; ISC também foi associada à maior tempo de internação pós-operatória; O IMC pré-operatório dos pacientes foi encontrado somente em 59,3% prontuários, a avaliação da glicemia perioperatória não é realizada de forma rotineira no serviço e dados sobre tricotomia e antisepsia da pele não foram localizados no prontuário, inviabilizando a coleta.
Martins et al. (2017)	Pré-operatório de cirurgias potencialmente contaminadas: fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico	Associar fatores de risco do período pré-operatório, de cirurgias potencialmente contaminadas, realizadas em hospital escola da região Sul do Brasil, com a ocorrência da infecção do sítio cirúrgico no período pós-operatório hospitalar e em domicílio.	A infecção do sítio cirúrgico no período pós-operatório hospitalar ocorreu em (10%) e no pós-operatório domiciliar em 46,7%; Fatores de risco: sexo, idade, doenças de base, medicações, etilismo e tabagismo foram significativos para o desenvolvimento destas infecções.
Reis et al. (2017)	Infecção de sítio cirúrgico pós-alta: ocorrência e caracterização de egressos de cirurgia geral	Investigar a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico e descrever as características dos casos de pacientes em seguimento pós-alta de Cirurgia Geral, em ambulatório de hospital do Distrito Federal, Brasil.	Foi constatada maior ocorrência proporcional de ISC em maiores de 60 anos; Entre as ISC notificadas, constatou-se maior ocorrência nos procedimentos de histeriorrafia e colecistectomia, um procedimento limpo e potencialmente contaminado; Com relação ao tempo decorrido entre o procedimento cirúrgico e o diagnóstico de ISC, foi verificada maior ocorrência entre o 6º e 10º dia DPO, mas houve distribuição similar dos casos nos demais espaços de tempo, sendo que a menor porcentagem foi após o 31º DPO.

Braz et al. (2018)	Infecção do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas: uma análise do perfil epidemiológico	Descrever a ocorrência da infecção do sítio cirúrgico em pacientes submetidos à revascularização do miocárdio e/ou implante de valva cardíaca e seu perfil epidemiológico	Teve como principais comorbidades a hipertensão arterial e dislipidemia, sendo comum ainda a febre reumática naqueles com implante de prótese valvar; Foram diagnosticadas 52 infecções do sítio cirúrgico, sendo 32 (61,5%) durante a internação e 20 (38,5%) por reinternação; A idade, tempo de internação total e no pós-operatório e dias no Centro de Terapia Intensiva após a cirurgia foram associadas à ocorrência infecciosa em órgão/cavidade; O tempo médio de internação foi de 18,1 dias nos pacientes sem infecção e 25,4 naqueles com infecção.
Barros et al. (2018)	Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em procedimentos cirúrgicos cardíacos	Descrever os fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico presentes em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos.	Destacou-se a presença de ISC em pacientes idosos, com idade maior que 60 anos, e do sexo masculino; As comorbidades mais prevalentes nos grupos estudados foram a HAS e o DM, sobressaindo-se a primeira, com altos índices tanto nos pacientes que desenvolveram ISC quanto nos que não desenvolveram.

A incidência de infecção é decorrente da existência de agentes infecciosos de fontes endógenas ou exógenas. As fontes endógenas referem-se a alguns locais do corpo, tais como a pele, nariz, boca, trato gastrointestinal, vagina, áreas que normalmente são habitados por microrganismos. As fontes exógenas são externas ao paciente, a saber: profissionais de saúde, visitantes, equipamentos de assistência ao paciente, dispositivos médicos e o ambiente de saúde (CDC, 2015; Franco et al., 2017).

O desequilíbrio entre o ser humano e a microbiota, resultante de contaminação no período pré, intra ou pós-operatório ocorrido no ato cirúrgico ou de procedimento antecedentes, são combinação de fatores ou várias causas reunidas que divergirão entre os pacientes infectados (Anderson, 2011; Nascimento, 2015).

Vários fatores contribuem para o aumento do risco de ISC, como exemplo: extremos de idades, condição clínica do paciente, uso correto da antibioticoprofilaxia, tempo de internação, habilidade dos profissionais da equipe, doenças pré-existentes, imunodeficiência e ambiente do centro cirúrgico (Martins et al., 2012).

Observa-se nos estudos que os fatores que contribuem para a ISC referem-se ao tipo e tempo do procedimento cirúrgico, sexo, idade, necessidade de nova internação, e estilo de vida. Fusco et al (2016) refere o aumento de tempo de internação por causa de ISC, os mesmos achados nos estudos de Braz et al. (2018) onde o tempo de internação foi em média de 25,4 dias em relação aos pacientes sem infecção que foram de 18,1 dias.

Reis et al. (2017) e Barros et al. (2018) abordam que a ISC esteve presente nos pacientes idosos e do sexo masculino. Os idosos devido à fragilidade decorrente das diversas mudanças naturais e comuns no processo de envelhecimento, associado a diversas doenças tornam-se um dos grupos de risco que necessita atenção e cuidado no manejo de todo o processo cirúrgico, visando diminuir as possibilidades de complicações pós-operatórias (Izaías et al., 2014).

Por outro lado, Fusco et al. (2016), Martins et al. (2017), Barros et al. (2018), Braz et al. (2018) verificaram que a presença de doenças de bases como: hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia estavam presentes como fatores que contribuem para o desenvolvimento de ISC, Martins et al. (2017) ainda relata no seu estudo a presença do etilismo e tabagismo.

Ainda, Fusco et al. (2016) verificou no seu estudo que não foi realizado glicemia e não foi localizado no prontuário informações referentes a tricotomia e antisepsia da pele nos prontuários.

Braz et al. (2018) observou que dos 52 pacientes com diagnóstico de ISC, 32 foram notificados ainda quando internados, 20 no momento que precisaram de nova internação, Fusco et al. (2016) teve 11 casos notificados na internação e 15 na pós-alta.

A antibioticoprofilaxia é indicada na maior parte dos casos, no momento da indução anestésica, entre 0 a 60 minutos antes da incisão visando ter tempo hábil para o medicamento atingir na corrente sanguínea e nos tecidos prevenindo a ação e crescimento microbiano no momento operatório. Deve-se ressaltar que a antibioticoprofilaxia cirúrgica também é uma das ações que pode levar a ocorrência de infecção, devido à contaminação no preparo inadequado das mãos do cirurgião ou da pele do paciente (ANVISA, 2017; WHO, 2018).

Recomenda-se que a escolha do antimicrobiano seja aquele que tenha ação contra bactérias comumente identificadas em ISC, devendo ser administrado somente durante o ato cirúrgico e interrompido logo após o término, não devendo exceder o período de 24 horas, pois seu uso por tempo prolongado está associado com a redução das taxas de ISC, e pode provocar resistência bacteriana e aumentar as chances de evento adverso (Branch-Elliman et al., 2019).

As ISC além de estarem associadas ao aumento da morbimortalidade contribuem para a realização de novas intervenções, aumento de tempo de internação e uso de antimicrobianos, acarretando aumento do prejuízo para o paciente e custos para o serviço hospitalar (Magill et al., 2014).

Salienta-se que a vigilância em saúde é importante ferramentas no controle as ISC, pois auxilia no delineamento da magnitude das complicações e o impacto causado para o paciente, profissionais e instituições (Braz et al., 2018).

CONCLUSÃO

As infecções de sítio cirúrgico causam impactos nos serviços de saúde com o aumento dos custos, para os pacientes os danos aumentam o risco de morbimortalidade.

A idade, doenças pré-existentes, estilo de vida, incisão cirúrgica estão em um dos fatores que contribuem para o aumento de tempo de internação por causa da ISC.

Os profissionais devem conhecer os sintomas e complicações decorrentes da ISC, bem como identificar fatores já existentes para realizar o manejo e tomada de decisão para procedimentos antes do processo cirúrgico.

Devem assim ser adotadas de maneira correta as recomendações para prevenção da infecção, a equipe multiprofissional deve aplicar os métodos de acordo com a necessidade e tipo do procedimento, realizar as orientações ao paciente para que ele também contribua para o sucesso de uma cirurgia segura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson DJ (2011). Surgical Site Infections. *Infectious Diseases Clinics of North America*, 25: 135- 153.
- Anderson DJ et al. (2014). Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infect. Control Hosp. Epidemiol*, 35(6): 605-627.
- Anvisa (2017). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília.
- Anvisa (2020). Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília.
- Barros CSMA et al. (2018). Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em procedimentos cirúrgicos cardíacos. *Rev baiana enferm*, 32.
- Batista TF et al. (2012). Vigilância de infecção do sítio cirúrgico pós alta hospitalar em hospital de ensino do Distrito Federal, Brasil: estudo descritivo retrospectivo no período 2005-2010. *Epidemiol Serv Saude*, 21(2): 253-64.
- Branch-Elliman W et al. (2019). Association of duration and type of surgical prophylaxis with antimicrobial associated adverse events. *JAMA Surgery*, 154(4): 1-9.
- Braz NJ et al. (2018). Infecção do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas: uma análise do perfil epidemiológico. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 8.
- Braz NJ et al. (2018). Vigilância por pistas ou retrospectiva? Qual o impacto na notificação das infecções do sítio cirúrgico em cirurgia cardíaca. *Texto Contexto Enferm*, 27(4).
- Campos JA et al. (2015). Produção científica da enfermagem de centro cirúrgico de 2003 a 2013. *Rev SOBECC*, 20 (2): 81-95.

- CDC. Centers for Disease Control and prevention (2015). The National Healthcare Safety Network (NHSN) Manual: Surgical Site Infection (SSI) Event: Procedure-associated Module SSI. Atlanta, 27p.
- CDC. Centers for Disease Control and prevention (2017). Procedure-associated module: SSI. Atlanta: CDC, 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscscscurrent.pdf>. Acesso em: 14 de novembro de 2020
- Franco LMC (2013). Infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a procedimentos ortopédicos com implante, em um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG. Departamento da Universidade Federal de Minas Gerais (dissertação), lavras 147 f.
- Franco LMC et al. (2017). Efeitos do banho pré-operatório na prevenção de infecção cirúrgica: estudo clínico piloto. REME – Rev Min Enferm, 21: e1053.
- Fusco SFB et al. (2016). Infecção de sítio cirúrgico e seus fatores de risco em cirurgias de cólon Rev Esc Enferm USP, 50(1).
- Izaias EM et al. (2014). Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. Ciênc. saúde coletiva, 19(8).
- Lima ALLM et al. (2013). Medidas de prevenção de infecção cirúrgica. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA. 67-87p.
- Nascimento DC (2015). Aspectos epidemiológicos das infecções de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas com implantes. Escola de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. (Dissertação), Belo Horizonte. 88f.
- Magill SS et al. (2014). Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. N Engl J Med, 370(13).
- Manzo BF et al. (2012). Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP, 46(2): 388-94.
- Martins MA et al. (2012). Infecções de sítio cirúrgico na criança e no adolescente. Rev. Méd. Minas Gerais, 22(3).
- Mendes KDS et al. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enfermagem, 17(4): 758-764.
- NHSN (2018). Surgical Site Infection (SSI) Event. Procedure-associated Module SSI. Atlanta.
- Reis RG et al. (2017). Infecção de sítio cirúrgico pós-alta: ocorrência e caracterização de egressos de cirurgia geral. Cogitare Enferm, 22(4).
- Pereira BRR et al. (2014). Artroplastia do quadril: prevenção de infecção do sítio cirúrgico. Rev. SOBECC, São Paulo. 19(4): 181-187.


WHO (2014). Health care-associated infections fact sheet. Geneva. Disponível em: https://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf. Acesso em 13 de dezembro de 2020


WHO (2018). Protocol for surgical site infection surveillance with a focus on settings with limited resources. Geneva. 39p.


Correlação entre o perfil de resistência de *Streptococcus pyogenes* e o tratamento empírico das faringoamigdalites entre 2017 e 2018, no Cariri cearense

Recebido em: 15/03/2021

Aceito em: 08/04/2021


 10.46420/9786588319710cap2

Laryza Souza Soares¹ 

Ana Carla Da Silva Mendes² 

José Reinaldo Riquet Siqueira² 

Vitória Thêmis Henrique Freitas² 

Fernando Gomes Figueredo^{3*} 

INTRODUÇÃO

Segundo a Anvisa (2008), entre 15 e 30% das faringoamigdalites (FA) são causadas pelo *Streptococcus pyogenes*. Geralmente o quadro agudo da infecção apresenta odinofagia, febre moderada, cefaleia e calafrios. Fazendo-se a antibioticoterapia adequada, as complicações são raras, todavia, a não-erradicação do agente, pode gerar, tardiamente, enfermidades mais graves como febre reumática e glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNPE) (ANVISA, 2008).

A antibioticoterapia empírica vigente consiste em uma única injeção intramuscular da benzipenicilina do tipo: penicilina G benzatina, 50.000 unidades/kg em crianças até 10 anos e 1,2 a 2,4 milhões unidades em pacientes acima dessa idade. Por via oral, o tratamento deve durar 10 dias, independentemente da resolução do quadro clínico, e a indicação é: penicilina V (fenoximetilpenicilina) 50 mg/kg/dia para crianças e 750 mg/dia para adultos, ou amoxicilina mais ácido clavulânico 40-50 mg/kg/dia de 8/8h, somente em adultos e, preferencialmente, nas situações recorrentes. As cefalosporinas de primeira geração representam outra alternativa, com dosagem de 1.000 mg/dia no adulto e 30 mg/kg/dia na criança, em dose única diária, durante 10 dias (Nascimento-Carvalho et al., 2006; ANVISA, 2008; Mourão et al., 2008).

Ademais, para pacientes alérgicos à penicilina, o protocolo é o uso de macrolídeos, nos mesmos 10 dias, sendo a primeira escolha a eritromicina 30 a 50 mg/kg/dia para crianças e 2 a 4 g/dia para adultos, dividida em quatro doses. Também podem ser utilizados a azitromicina, 5 a 12 mg/kg/dia em crianças e

¹Autora principal e discente da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte FMJ.

²Co-autores e discentes da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte FMJ.

³Docente da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte FMJ.

* Autor correspondente: fgfigueredo@gmail.com

em adultos: 500 mg/dia, em dose única diária, ou, ainda, claritromicina, 15 mg/kg/dia nas crianças e 1 g/dia nos adultos, divididos em duas doses diárias (ANVISA, 2008; Mourão et al., 2008).

Neste contexto o objetivo deste trabalho é avaliar o perfil de resistência da bactéria *Streptococcus pyogenes*, em culturas de secreção de orofaringe, no período de 2017 a 2018, do Cariri Cearense, e correlacionar com o tratamento empírico vigente das faringoamigdalites estreptocócicas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, observacional, quantitativo e retrospectivo, em que foram avaliadas culturas de orofaringe do período de 01 janeiro de 2017 a 31 dezembro de 2018. Os dados foram fornecidos pelo Laboratório Vicente Lemos, e englobam dados de 15 cidades do interior cearense. O projeto de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o CAAE 43210215000005055, o estudo utiliza dados secundários (laboratoriais), não houve exigência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para realização desse estudo foram selecionados os dados da literatura mais atuais que tratasse acerca do tratamento empírico vigente das faringoamigdalites estreptocócicas. Posteriormente, esses dados foram comparados aos achados da referida pesquisa e correlacionados.

Inclui-se nesse estudo dados de pacientes com culturas orofaríngeas positivas para algum microorganismo e com resistência e sensibilidade há qualquer antibiótico, sendo selecionados os antibióticos com tratamento empírico mais prevalentes, a saber: amoxicilina + ac. clavulânico, ampicilina, penicilina, cefalotina, sulfa +trimetropim e eritromicina.

O material foi coletado da plataforma informatizada existente no laboratório, a qual continha as variáveis: sexo, idade, unidade de coleta, sensibilidade e resistência a antimicrobianos e microorganismo. Para organização dos dados foram feitas planilhas no programa Microsoft Excel® 2016, que permitiram avaliar a positividade para microorganismos, inclusive *S. pyogenes*, além de permitir análise da sensibilidade e da resistência dos antibióticos. Para a seleção dos antibióticos com tratamento empírico mais prevalentes foi usada a tabela dinâmica também no Microsoft Excel® 2016 e incluídos filtros para os antibióticos de interesse. Após isso calculou-se as razões de prevalência das positivities, das resistências e das sensibilidades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa demonstram que houve 51,91% (n:448) em 2017, e 45,60% (n:311) em 2018 de prevalência para *S. pyogenes* nas 1523 amostras com positividade de crescimento, as quais representam cerca de 80% do total de amostras (n:1911) (Figura 1). Sabendo que a *S. pyogenes* só correspondem a cerca de 30% das faringoamigdalites agudas, mas representam quase a totalidade daquelas com maior gravidade, o que pode justificar os 80% de prevalência da *S. pyogenes* nas culturas, visto que a

maior parte dos pacientes acometidos com faringoamigdalites possuem um quadro viral, leve e autolimitado, isso faz com que não busquem auxílio médico ou não tenham indicação de realizar cultura, reservando a solicitação da cultura para os quadros mais característicos de faringoamigdalites bacterianas (ANVISA, 2008).



Figura 1. Fluxograma acerca da Totalidade das amostras e positividade geral e específica para *S. pyogenes*. Fonte: os autores.

Em relação a resistência às drogas de escolha de primeira linha temos: apenas 2,58% de resistência ao grupo das benzilpenicilinas em 2017 e 3,28% em 2018. Para a aminopenicilina do tipo ampicilina tem-se resistência de 0,51% em 2017 e 0,66 % em 2018, e com a aminopenicilina de amplo espectro (amoxiciclina + ácido clavulânico) houve 0,81% em 2017 e 0,59% em 2018 (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil de resistência e sensibilidade do *S. pyogenes* (2017-2018). Fonte: os autores.

Ano: 2017	Percentual (N° DE AMOSTRAS)
INTERMEDIÁRIO	
AMOXILINA + AC.CLAVULANICO	12,63% (N: 155)
CEFALOTINA	2,44% (N:03)
ERITROMICINA	26,97% (N:331)
PENICILINA	42,86%(N:526)
RESISTENTE	
AMOXILINA + AC.CLAVULANICO	8,96% (N:11)
CEFALOTINA	1,14% (N:14)
ERITROMICINA	16,29% (N:200)
PENICILINA	4,23% (N:52)
SENSÍVEL	
AMOXILINA + AC.CLAVULANICO	38,54%(N:473)
BENZILPENICILINA	0,81% (N:01)
CEFALOTINA	66,17% (N:812)
ERITROMICINA	26,32% (N: 323)
PENICILINA	51,42%(N:631)
2018	
INTERMEDIÁRIO	
AMOXILINA + AC.CLAVULANICO	24,44%(N:03)
CEFALOTINA	0,81% (N:01)
ERITROMICINA	26,33%(N:323)
PENICILINA	40,74%(N:05)
RESISTENTE	
AMOXILINA + AC.CLAVULANICO	48,89%(N:06)
CEFALOTINA	2,20%(N:27)
ERITROMICINA	20,04%(N:246)
PENICILINA	4,80%(N:59)
SENSÍVEL	
AMOXILINA + AC.CLAVULANICO	51,5% (N:632)
CEFALOTINA	49,95%(N:613)
ERITROMICINA	28,52%(N:350)
PENICILINA	44,74%(N:579)
Totalidade das amostras	(N:1227)

Em todas as literaturas buscadas a penicilina foi eleita a primeira escolha para exterminar qualquer estreptococos do grupo A, sendo o tratamento padrão feito com a penicilina G benzatina. Essa preferência não é só devido à eficiente ação bactericida, mas também devido a sua eficácia na prevenção da febre reumática, ao espectro estreito que reduz o desenvolvimento de resistência aos antibióticos e ao baixo custo. Ainda assim, encontrou-se uma diminuição da sensibilidade dessa classe de antibiótico, devido a

fatores como: presença da enzima beta-lactamase e baixa capacidade de penetração nas amígdalas (Mourão et al., 2002; Nascimento-Carvalho et al., 2006; ANVISA, 2008; Funahashi et al., 2008; Brook, 2017). Esses achados corroboram com os resultados encontrados de baixa resistência e elevada sensibilidade para essa classe de antibióticos.

Inúmeros estudos têm apontado para o uso da amoxicilina, pois se verificou uma eficácia semelhante, tanto clínica como bacteriologicamente à da penicilina V oral. Além disso, esse antibiótico exige apenas uma dose diária, o que aumenta a adesão ao tratamento. (Mourão; Palma, 2002) No presente estudo a eficácia da amoxilina + ac. Clavulânico foi de 7,92%, sendo superior em 0,33% à penicilina (7,59%).

Nos alérgicos às penicilinas prioriza-se o uso das cefalosporinas de primeira geração, nas amostras analisadas tem-se resistência de 1,00% em 2017 e 1,43% em 2018 para a cefalotina. Com respeito aos macrolídeos analisou-se a eritromicina, cuja resistência foi de 14,9% em 2017 e 15,60% em 2018 (Gráfico 1) á as contraindicadas sulfonamidas e tetraciclina encontrou-se que, com sulfa+ trimetropim a resistência era de 14,11% em 2017 e 13,05% em 2018. Outrossim, não foram analisadas resistências das tetraciclina.

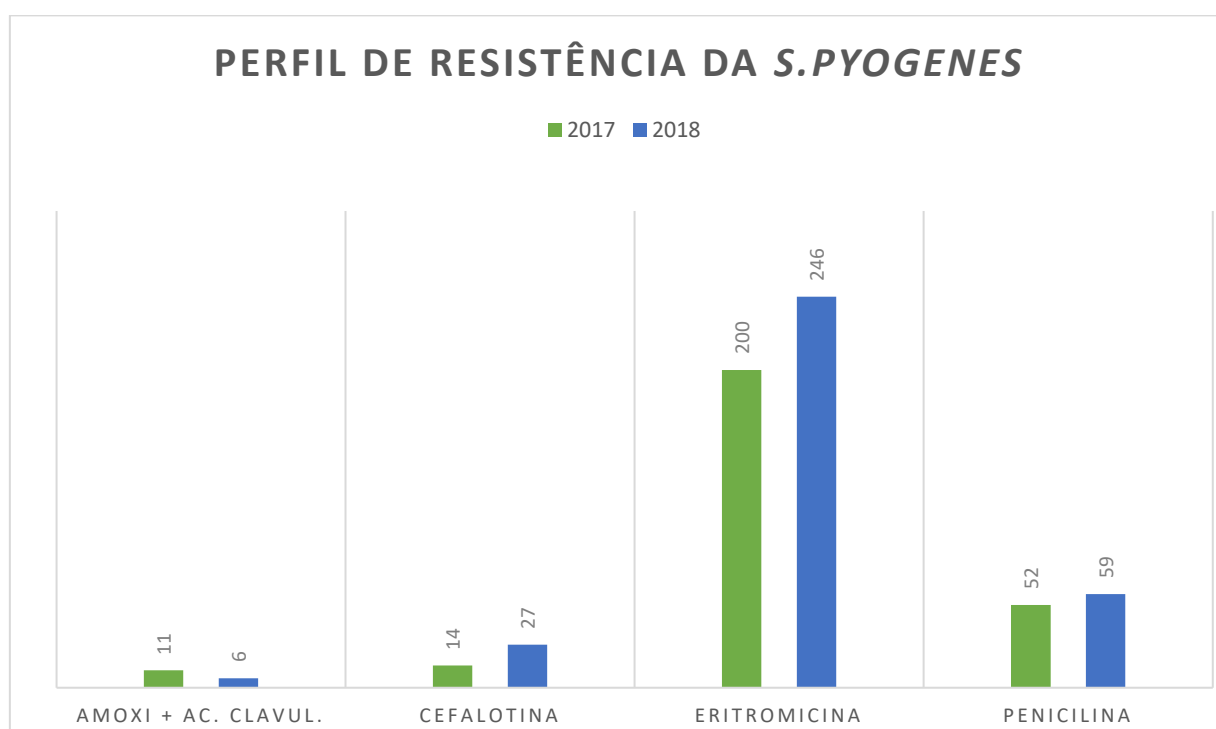


Gráfico 1. O perfil de resistência da bactéria *S. pyogenes*. Fonte: os autores.

Encontrou-se que há resistência da *S. pyogenes* aos macrolídeos em diferentes lugares, dando a esse grupo eficácia inferior em comparação às penicilinas. Outros sim, sulfonamidas e tetraciclina são contraindicadas para o tratamento das FA estreptocócicas, mesmo contribuindo para melhora clínica, por apresentam elevados índices de falha na erradicação da *S. pyogenes* (Nascimento-Carvalho et al., 2006).

Estudos feitos em Portugal, Espanha e Itália, por exemplo, encontraram prevalência de resistência do *S.pyogenes* à eritromicina de 35,8 % e nos mesmos estudos e 16,4% também à tetraciclina (Mourão; Palma, 2002). Já neste presente estudo do interior do Ceará, Brasil, tem-se valores entre 14,9 e 15,6 % de resistência à eritromicina (2017-2018). Apesar disso, na prática clínica os macrolídeos são preferidos em alguns casos pelas suas características apelativas como: menor número de doses diárias e melhor tolerância (Mourão et al. 2002; Gauntlett et al., 2008).

É importante uma avaliação tanto clínica, quanto epidemiológica para o tratamento das FAs, pois sua prevalência é elevada, sendo a maioria de etiologia viral e autolimitada. Ainda assim, com o objetivo de prevenir a febre reumática e outras complicações da FA, porém sem base em evidências, observou-se inúmeras iatrogenias relacionadas à prescrição de antibióticos nos casos de amigdalite aguda não-bactericida. Um estudo feito em Portugal, por exemplo, demonstrou prescrição de antibioterapia em mais de 98% dos casos de FA (Mourão et al., 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, percebe-se que as aminopenicilinas de amplo espectro, amoxicilina + ácido clavulânico são uma escolha importante nas faringoamigdalites estreptocócicas, pois representaram elevada sensibilidade e baixa resistência. Além disso, as benzilpenicilinas também mostraram bons resultados e continuam sendo uma ótima escolha, principalmente quando a adesão terapêutica é questionada. A eritromicina continua sendo contraindicada segundo o presente estudo por baixa sensibilidade e moderada resistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANVISA (2008). Tecnologia Em Serviços De Saúde - Controle De Infecção Em Serviços de Saúde. Disponível Em: <<https://www.anvisa.gov.br/servicos/controle/index.htm>>. Acesso Em: 15/ /Março/2021.
- Brook I (2017). Treatment Challenges Of Group A Beta-Hemolytic Streptococcal Pharyngo-Tonsillitis. International Archives of Otorhinolaryngology, 21(3): 286–296.
- Faringotonsilite - distúrbios do ouvido, nariz e garganta. Manuais MSD Edição Para Profissionais. Disponível Em: <<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/disturbios-do-ouvido,-nariz-e-garganta/disturbios-orais-e-faringeos/faringotonsilite>>. Acesso Em: 15 /Março/2021.
- Funahashi K et al. (2008). T Serotypes and antimicrobial susceptibilities of group a streptococcus isolates from pediatric pharyngotonsillitis. Japanese Journal of Infectious Diseases, 61(6): 454–456.
- Gauntlett JC et al. (2008). Molecular analysis of bccr, a membrane-bound bacitracin sensor and DNA-binding protein from enterococcus Faecalis. Journal of Biological Chemistry, 283(13): 8591–8600.


Mourão P et al. (2002). Amigdalofaringite aguda – proposta de abordagem baseada na evidência. Revista Portuguesa de Clínica Geral, (18): 385–98.

Nascimento-Carvalho CM et al. (2006).The Brazilian society of pediatrics, department of infectious diseases guidelines for the management of children and adolescents with acute pharyngitis . Jornal de Pediatria, 82(1): 79–80.

Infecções por *Candida* spp. na orofaringe: Uma revisão de literatura

Recebido em: 23/03/2021


Aceito em: 05/04/2021


 10.46420/9786588319710cap3

Yasmim Maria Ferreira Lopes^{1*} 

Thatyelle Vieira Araújo¹ 

Herison Victor Lima Muniz¹ 

Antonio Fialho da Silva Neto¹ 

Wellyson da Cunha Araújo Firmo¹ 

INTRODUÇÃO

A candidíase ou candidose é uma doença fúngica que é considerada tanto primária quanto secundária, endógena ou exógena, e também reconhecida como uma doença sexualmente transmissível (DST), causada por leveduras do gênero *Candida*. As lesões causadas por esses fungos podem variar de crônica ou aguda, superficiais ou profundas, podem envolver diversos locais do organismo como boca, genitálias, garganta, língua, pele, assim como também órgãos internos. A epidemiologia da candidíase depende da predisposição do hospedeiro. Três fatores que podem gerar uma candidíase patogênica no organismo do hospedeiro: imunodepressão, carga parasitária e virulência fúngica (Martins et al., 2017).

Candida spp. são fungos dimórficos que podem se multiplicar como leveduras ou hifas e geralmente podem se propagar de uma pessoa para outra. *Candida* spp. faz parte da flora normal e também pode participar de certas patologias. Ela está presente na microbiota oral, e é considerada o único gênero de fungo na cavidade oral humana, onde mais de 500 microrganismos podem ser simbióticos, já em outros casos podem gerar doenças. Dentre as espécies de *Candida*, a *Candida albicans* é o mais comumente patogênica. De acordo com a literatura, infecções causadas por essas espécies são conhecidas como candidíase, ou mais recentemente, candidose (Soares et al., 2019).

A candidíase vulvovaginal e oral são consideradas as duas formas mais comuns de infecção fúngica oportunista, e quando há um desequilíbrio desse fungo no organismo, ele passa da forma saprófita para a forma patogênica. O gênero *Candida* coloniza a cavidade oral de cerca de 30 a 35% da população adulta sem sinais de infecção. Das três formas clínicas da candidíase, a pseudomembranosa, considerada como primária, é a mais comum na via oral, e também conhecida popularmente como “sapinho”. A síndrome

¹ Universidade Ceuma, São Luís, Maranhão, Brasil.

* Autora correspondente: yasmimmarialopes@gmail.com

da imunodeficiência adquirida (AIDS), está associada a esse tipo de infecção, assim como a má higiene dentária, aparelhos ortodônticos e outras doenças imunossupressora (Soares et al., 2018).

A Candidose pseudomembranosa pode ocorrer em qualquer idade, afetando indivíduos imunodeficientes e os lactentes. A eritematosa pode surgir como seqüela da anterior, ou instalar-se na mucosa oral, após tratamento com antibióticos de largo espectro, corticoides ou imunodepressores, já a mucocutânea crônica deve considerar-se uma candidose oral secundária e pertence ao grupo relativamente raro das patologias imunológicas (Gama et al., 2018).

Doenças causadas por fungos passaram a receber maior atenção no século passado, principalmente nas duas décadas finais, com o advento da AIDS, avanços nas terapêuticas de doenças de base, maior uso de antibacterianos, aprimoramento de técnicas de transplantes, enfim, com a maior sobrevivência de pacientes de variadas enfermidades. Vale ressaltar que o diagnóstico para candida é difícil e a taxa de mortalidade é elevada, e na maioria dos casos, o diagnóstico da candidose oral é baseado nos sinais e sintomas (Mezzari et al., 2017).

Este estudo visa realizar uma revisão de literatura sobre as infecções por *Candida* spp. na orofaringe. Visando mais especificamente, analisar as espécies que estão mais envolvidas com nos números de casos, o público alvo mais acometido e o tratamento mais eficazes no combate a infecção.

MATERIAL E MÉTODOS

TIPO DE PESQUISA

O estudo se trata de uma pesquisa básica, descritiva, com abordagem qualitativa.

COLETA DE INFORMAÇÕES

As pesquisas de artigos científicos foram realizadas através das bases de dados PubMed, Google Acadêmico e SciELO. Foi utilizado operadores booleanos (AND, OR e NOT) e descritores em português e inglês, Candidíase (Candidiasis), Candidíase Oral (Oral candidiasis) e Medicamentos Fitoterápicos (Phytotherapeutic Drugs), para a busca dos artigos científicos.

SELEÇÃO DE ARTIGOS

Foram coletados 100 artigos científicos sobre a temática do estudo abordado. Para os critérios de inclusão serão utilizados, artigos entre os anos de 2016 a 2020, artigos que se relacionam ao tema proposto, abordando sobre as infecções de *Candida* spp. na orofaringe, epidemiologia, casos, tratamento, principais

espécies patogênicas e fitoterapias. Para os critérios de exclusão, assuntos que não se adequam a temática do estudo e publicações anteriores ao ano de 2016.

CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS

A revisão de literatura deve ser construída utilizando sempre dois autores para a comprovação das informações apresentadas e quando as informações de ambos não se correlacionam é utilizado um terceiro artigo para a discussão dos dados apresentados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Candidíase é a infecção fúngica mais comum na mucosa bucal, cujo agente etiológico de maior frequência a espécie *C. albicans*, que corresponde cerca de 80% de todos os microrganismos isolados nas lesões orais. Ainda, pode originar infecções superficiais das mucosas até infecções sistêmicas disseminadas. A capacidade de crescer em formas de levedura e hifas é uma característica da sua patogenicidade. A candidíase oral ocorre quando há um desequilíbrio entre hospedeiro e fungo, sendo a mais virulenta a que apresenta a espécie de *C. albicans* como agente patogênico. De forma semelhante, porém com menor frequência, outras espécies de *Candida* também podem ser encontradas, sendo elas: *Candida glabrata*, *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis*, *Candida krusei*, *Candida lusitaniae* e *Candida guilliermondii* (Alves, 2019).

O poder patogênico de *Candida* spp. está particularmente bem estudado na *C. albicans*, permitindo-nos afirmar que a relação parasita-hospedeiro é dependente não só de fatores do hospedeiro, mas também dos fatores de virulência do fungo. Dentre estes, são de realçar as capacidades de adesão e de formação de tubos germinativos e a produção de proteases extracelulares. Assim, *Candida* spp. podem causar doença no homem por invasão tecidual, por indução de estados de hipersensibilidade ou por produção de toxinas. De acordo com a última classificação referida, a candidose oral pode manifestar-se na forma aguda e crônica e apresentar lesões associadas. Em muitos pacientes, surge numa única apresentação clínica, enquanto noutros, manifesta-se com mais de uma forma (Simões et al., 2013).

CANDIDÍASE ORAL AGUDA

CANDIDÍASE PSEUDOMEMBRANOSA

A Candidose pseudomembranosa é a forma mais comum da doença, ocorrendo em qualquer idade, afetando, em particular, indivíduos imunodeficientes e os lactentes (sistema imunitário debilitado ou em desenvolvimento). É caracterizada pelo aparecimento de placas moles, multifocais ou difusas, ligeiramente elevadas, localizadas na mucosa jugal, língua, palato e região retromolar, e qualquer área da mucosa oral pode ser afetada. Essas placas, ou pseudomembranas, assemelham-se ao leite coalhado e são

formadas por uma mistura de hifas do fungo, fibrina, leucócitos, bactérias, epitélio descamado e queratina. Quando removidas com uma gaze, é possível observar uma mucosa normal, ligeiramente eritematosa ou ulcerada. Em casos graves, pode haver atingimento de toda a cavidade oral. Se não for tratada, pode evoluir para o estado crônico (Simões et al., 2013).

A candidíase pseudomembranosa é frequentemente observada em recém-nascidos, em pacientes imunocomprometidos (infecção pelo HIV), ou que tomam fármacos imunossupressores (citotóxicos, corticosteroides). Os pacientes especialmente os diabéticos, com áreas erosivas extensas, podem apresentar queixas de ardência, sensibilidade ou disfagia. Descrições prévias de uma mucosa “crua” e sangrenta após a remoção das placas são pouco equivocadas, pois as hifas de *Candida* spp. quase nunca penetram além da camada de queratina mais externa. Se houver sangramento da superfície, o paciente provavelmente tem um problema superveniente, como líquen plano ou pênfigo (Plas, 2016).

CANDIDÍASE ERITEMATOSA

A candidíase eritematosa era anteriormente conhecida como “boca ferida por antibióticos” está associada com o uso de corticosteroides, antibióticos de amplo espectro e com a infecção pelo HIV. A candidíase eritematosa pode surgir como consequência da candidíase pseudomembranosa aguda persistente. Clinicamente a candidíase eritematosa aparece como uma mancha vermelha, normalmente na zona posterior-média do dorso da língua, palato ou na mucosa bucal. Normalmente é assintomática, e permanece despercebida se o clínico não estiver alerta durante a inspeção da mucosa oral. Uma variante eritematosa que se apresenta mais difusa pode ser observada em indivíduos que tomam antibióticos de largo espectro, especialmente tetraciclina. Neste caso, os pacientes queixam-se de sensação de escaldado ou de ardência da boca e a superfície dorsal da língua apresenta uma dramática aparência devido à perda das papilas filiformes (Plas, 2016).

CANDIDÍASE ORAL CRÔNICA

CANDIDÍASE HIPERPLÁSICA

A candidíase hiperplásica pode se manifestar na forma nodular ou placas esbranquiçadas, mais comumente na mucosa bucal e envolvendo as comissuras labiais. Frequentemente bilateral e com menos frequência na borda lateral de língua e palato. Essas lesões podem ser pequenas e translúcidas, como também largas e opacas. As lesões podem ser nodulares ou salpicadas clinicamente. Não podem ser destacáveis e são semelhantes à leucoplasia. São lesões incomuns. Nesta forma da doença, as hifas da *Candida* spp. encontra-se tanto no nível da superfície epitelial quanto em níveis mais profundos (Freire, 2016).

CANDIDÍASE ATRÓFICA

As leveduras quando presentes na mucosa bucal, causam o surgimento de áreas eritematosas denominadas candidíase atrófica crônica (CAC), também conhecida como estomatite por dentadura, estomatite da prótese ou inflamação bucal por dentadura, que se caracteriza por vários graus de eritema, petéquias hemorrágicas, localizadas na área das bordas de dentaduras de uma prótese removível, e ocorre frequentemente em pessoas que usam próteses superiores completas. O paciente com CAC apresenta alterações inflamatórias vistas por debaixo da prótese total, com uma superfície vermelha viva, aveludada e pedregosa, de forma circunscrita ou difusa, ulcerada ou não. O palato encontra-se hiperemiado e doloroso. As causas responsáveis pelo surgimento da estomatite por dentadura são várias, como: traumatismo crônico, secundário às próteses mal adaptadas; relações oclusais não ideais, e não remoção da prótese durante a noite, relacionada à má higiene do paciente (Vieira, 2016).

DIAGNÓSTICO

A maioria dos casos o diagnóstico da candidíase orofaríngea é baseado em sinais e sintomas clínicos. Quando o exame clínico é incerto ou o paciente não responde a terapia antifúngica, podem ser feitos exames complementares de diagnóstico, como a citologia esfoliativa, a biópsia, a cultura microbiológica e testes de suscetibilidade. A confirmação do exame clínico pode ser obtida por citologia esfoliativa. A área suspeita é raspada com um instrumento estéril ou um raspador de língua, e o material colhido é aplicado numa lâmina de vidro. A aplicação de algumas gotas de hidróxido de potássio a 10% na colheita citológica permite a observação imediata no microscópio. A biópsia é raramente indicada, mas pode revelar penetração do tecido epitelial. Se o tratamento de terapia antifúngica baseada no exame clínico não resultar, com a cultura e teste de suscetibilidade poderá obter-se o diagnóstico conclusivo e identificar a presença de organismos resistentes (Plas, 2016).

TRATAMENTO

O tratamento da candidíase oral baseia-se em um diagnóstico precoce e preciso, efetuando uma correta identificação do tipo de infecção e qual a necessidade terapêutica antifúngica, tal como a história médica e clínica para avaliar fatores que possam predispor a doença. Ao se tratar de pacientes sem implicações sistêmicas, prescreve-se medicações tópicas eficazes como Nistatina, considerada a primeira escolha para tratamento de candidíase oral localizada. Pode-se ainda utilizar substâncias desinfetantes que reduzem o estado de inflamação da mucosa oral como o Digliconato de Clorexidina, podendo ocasionar o aparecimento de efeitos colaterais como pigmentação dentária e/ou da mucosa, alteração do paladar

e/ou hipersensibilidade da mucosa, geralmente transitório e reversível. A Nistatina apresenta-se em comprimidos ou em suspensão de aplicação tópica, e ocasiona uma resposta terapêutica favorável quando em contato com a lesão, sendo imprescindível uma boa higiene oral, podendo apresentar efeitos colaterais como problemas gastrintestinais e hipersensibilidade. O Nitrato de Miconazol é uma medicação alternativa também indicada para o tratamento de candidíase bucal, apresentando-se na forma de gel, verniz ou pastilha elástica, e por possuir sabor agradável, é preferido pelos pacientes. Possui efeitos adversos semelhantes aos da Nistatina, porém é contra indicado para os indivíduos que fazem uso de Varfarina, por potencializar o seu efeito anticoagulante. O derivado azólico Fluconazol tem sua administração oral, sem apresentar efeitos colaterais secundários, sendo a medicação sistêmica de primeira escolha. Em casos mais graves de infecção devem ser utilizadas a associação da terapia sistêmica e local (Alves, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura, a principal espécie associada à candidíase oral é a *C. albicans*. Os diferentes estudos analisados demonstraram uma grande diversidade de doenças ocasionadas pelo gênero *Candida*, demonstrando-se um grande problema, sobretudo, em indivíduos com outros fatores que favorecem às infecções por esses fungos. Ainda assim, há várias alternativas disponíveis que auxiliam no diagnóstico da doença, como o diagnóstico citológico. Em relação ao tratamento, existe classes de antifúngicos que são comumente utilizados, como os triazólicos, que tem como principal representante o fluconazol, além disso, em alguns casos são utilizadas terapias associadas. Diante disto, há uma grande importância em estudar os diferentes tipos de acometimentos ocasionados por espécies do gênero *Candida*, uma vez que representa um importante problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


- Alves DP (2019). Candidíase Oral - Revisão De Literatura. Universidade Luterana do Brasil (Monografia), Canoas. 44p.
- Freire NA (2016). Avaliação da mucosa bucal através do exame clínico na identificação da candidíase. Universidade Federal Fluminense (Dissertação), Niterói. 68p.
- Gama MDR et al. (2018). Candidíase pseudomembranosa oral em neonato: relato de caso. Revista da Academia Brasileira de Odontologia, 27(1): 116-120.
- Martins HJA et al. (2017). Avaliação clínica da candidíase bucal dos pacientes portadores de próteses removíveis. Mostra Científica do Curso de Odontologia, 2(1).
- Mezzari A et al. (2017). Prevalência de Micoses Superficiais e Cutâneas em Pacientes Atendidos Numa Atividade de Extensão Universitária, 21(2): 151-156.

- Plas RV (2016). *Candidíase Oral: Manifestações clínicas e Tratamento*. Universidade Fernando Pessoa (Dissertação), Porto. 61p.
- Simões RJ et al. (2013). Infecções por *Candida* spp. na cavidade oral. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, 12(1): 19-22.
- Soares DM et al. (2019). *Candidíase Vulvovaginal: uma revisão de literatura com abordagem para Candida Albicans*. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 25(1): 28-34.
- Vieira JN (2016). *Candida* spp. na cavidade oral de indivíduos hospitalizados e não-hospitalizados e ação antifúngica de óleos essenciais sobre isolados de *Candidíase Atrófica Crônica*. Instituto de Biologia Universidade Federal de Pelotas (Tese). 74p.


Obstáculos enfrentados pelo enfermeiro no ACCR face ao paciente vítima de infarto


Recebido em: 11/05/2021


Aceito em: 14/05/2021


 10.46420/9786588319710cap4


Dennis Gonçalves Novais^{1*} 

Emilly Matias Souza Vieira² 

Dhonnell Oliveira da Silva¹ 

Alice dos Santos Silva Alcântara¹ 

Vanessa Silva Souza Viana¹ 

Raelque Sousa e Silva¹ 

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem-se como um problema de saúde pública, e nos últimos anos vem evoluindo de maneira assustadora em toda a América Latina. Fazem parte desse grupo as doenças cardiovasculares (DCV), neoplasias, diabetes mellitus (DM) e as doenças do aparelho respiratório em caráter crônico, que juntas, são encarregadas por 38 milhões das mortes que ocorrem anualmente em todo o mundo (Malta et al., 2013; Dutra et al., 2016; Malta et al., 2017).

No país brasileiro a estimativa é de que as doenças cardiovasculares, inclusas no contexto das DCNT, sejam responsáveis por 33% dos óbitos, podendo aumentar se considerado apenas as populações idosas, onde 40% das mortes decorrem de eventos cardíacos isquêmicos (Dutra et al., 2016).

Um dos grandes componentes das DCV é o infarto agudo do miocárdio (IAM), que chega a ser responsável por 6% a 10% dos óbitos que ocorrem em todo o Brasil, e no ano de 2014 foi o principal fator para 101.167 internações nas instituições de saúde. Estima-se que o problema cause entre 300 e 400 mil casos por ano, e que a cada 5-7 casos haja um óbito (Figueiredo et al., 2013; Paraná, 2016).

A doença caracteriza-se pela isquemia do músculo cardíaco decorrente, na maior parte das vezes, do bloqueio dos ramos responsáveis pela irrigação do órgão, as artérias coronarianas, e como consequência a isto ocorre falência parcial ou total do órgão, iniciando o processo de necrose celular (Alves et al., 2013; Vargas et al., 2017). De acordo Jarros et al. (2014), pacientes em suspeitas de IAM tem seus sinais avaliados primariamente por exame clínico, sendo os mais comuns a elevação da pressão arterial, presença de dor no peito, bem como irradiação desta para o membro superior esquerdo, e Paraná (2016) reforça que ainda pode se observar ansiedade, palidez e dispneia.

¹ Faculdade do Bico do Papagaio – FABIC.

² Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS.

* Autor correspondente: enfdennisnovais@hotmail.com

Para Cascaldi et al. (2014) os problemas consequentes ao infarto dependem do período que se passa para reconhecimento do mesmo, e que as lesões miocárdicas são “tempo-dependentes”, em outras palavras, quanto mais rápido reconhece-se o problema, mais intervenções são aplicadas e mais chances de boa recuperação. Em conformidade ao autor, Passinho et al. (2018) salienta também que o prévio reconhecimento de sinais e sintomas, principalmente a dor precordial que surge decorrente da falta de oxigênio no músculo cardíaco, faz com que os indivíduos tenham prognósticos mais positivos.

No Brasil as unidades frequentemente responsáveis pelos primeiros atendimentos a pacientes vítimas de IAM são as de urgência e emergência, entendidas como uma das “portas de entrada” do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de instrumento chamado Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), cujo objetivo principal é priorizar atendimentos, agilizando o cuidado para aqueles que estiverem em situações mais graves (Soares; Brasileiro; Souza, 2018).

A atuação nas emergências hospitalares exige rapidez no reconhecimento de patologias, por meio dos sinais e sintomas, diferenciando-os e afastando falsas suspeitas, haja vista a urgência nas condutas a serem tomadas (Félix, 2018). É neste ponto, onde de acordo Moura et al. (2014) que o enfermeiro ganha destaque, pois frequentemente é ele o profissional responsável pela triagem dos usuários, encaminhando-os para as áreas clínicas adequadas.

O enfermeiro das urgências e emergências, de acordo Freire et al. (2019), precisa ser líder, ágil e preciso, haja vista a constante exigência para rápidas e assertivas tomadas de decisões quanto ao cuidado a ser realizado em determinado paciente, além da administração do fluxo de pessoas, sempre alto quando relacionado a este setor.

Nesta perspectiva, este estudo teve como principal objetivo conhecer o processo de classificação de risco e analisar as dificuldades do seu uso pelo enfermeiro diante do paciente vítima de infarto agudo do miocárdio a partir da revisão integrativa da literatura.

METODOLOGIA

Estudo de revisão integrativa da literatura, descritivo, utilizando abordagem qualitativa dos dados. A pesquisa foi realizada a partir da busca por artigos científicos que estivessem indexados nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* – SciELO, Base de Dados em Enfermagem – BDENF e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS.

Foram utilizados 3 descritores validados pelo Descritores em Ciências da Saúde (DECS), os quais foram: assistência de enfermagem, atendimento de emergência e infarto agudo do miocárdio. Para localização dos estudos fez-se uso do booleano “AND” para cruzamento dos termos e, as combinações utilizadas foram: “assistência de enfermagem AND infarto agudo do miocárdio”, “assistência de enfermagem AND emergência” e “atendimento de emergência AND infarto agudo do miocárdio”.

Em ampla pesquisa, somada as três bases de dados, encontrou-se 2.053 artigos. Dado o tamanho da amostra fez-se uso de filtração dos estudos disponibilizados pelas próprias bases de dados. Os parâmetros adotados para seleção dos artigos foram a disponibilidade em texto completo, estar em língua portuguesa, datado entre 2009-2019, e excluindo ainda os estudos de revisão, teses de doutorado, dissertações de mestrado, cartas, recomendações e páginas de livros, chegando ao total de 908 artigos.

Após a seleção fez-se leitura de resumos com enfoque no objetivo destes, analisando e selecionando aqueles que mais pudessem contribuir no resultado final da pesquisa. Ao fim desta etapa chegou-se a 68 artigos, realizando-se posteriormente a leitura integral dos mesmos, chegando ao resultado final de 9 estudos, conforme demonstra a Figura 1.

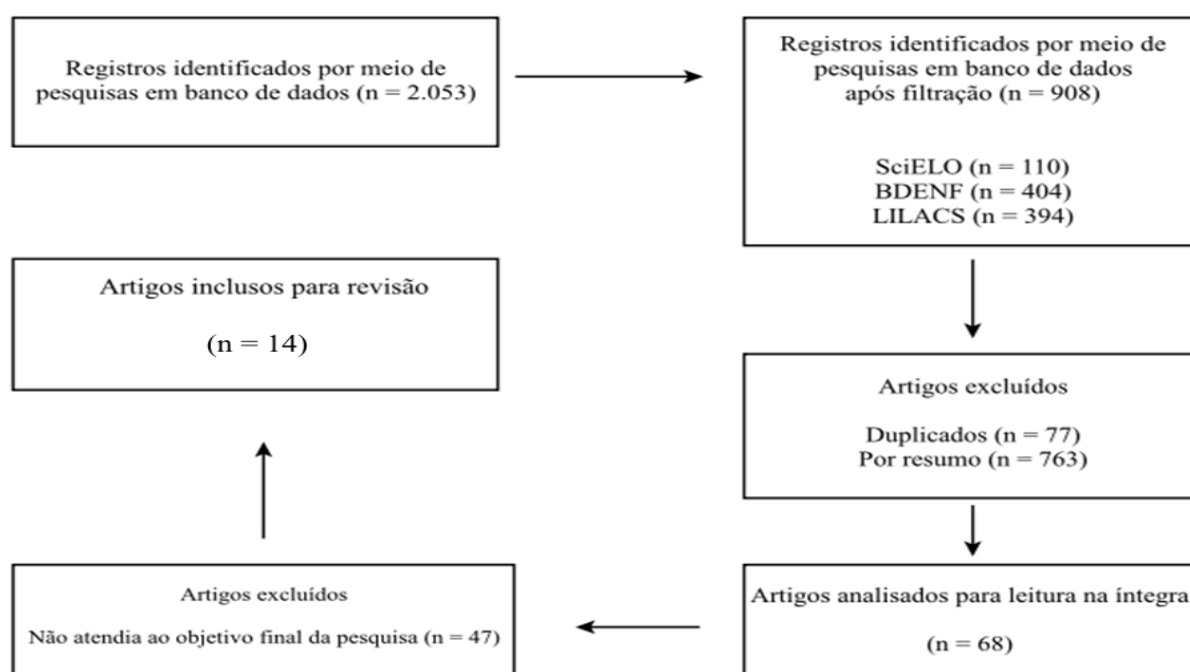


Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos. Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

RESULTADOS

Informa-se que os temas mais pertinentes dos artigos de maior relevância para este estudo foram relacionados à atuação e qualidade de atendimento do enfermeiro face ao paciente vítima de infarto, seguido por classificação de risco e avaliação da dor (Quadro 1).

Quadro 1. Estudos selecionados para pesquisa. Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Nº	AUTORES	ANO	TÍTULO	OBJETIVO
1	VIEIRA, A.C; BERTONCELLO, K.C.G; GIRONDI, J.B.R; NASCIMENTO, E.R.P; HAMMERSCHMIDT, K.S.A; ZEFERINHO, M.T.	2016	Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torácica.	Identificar a percepção de enfermeiros do serviço de emergência de um hospital do Sul do Brasil sobre a utilização de um protocolo de enfermagem para classificar a dor torácica.
2	ALVES, T.E; SILVA, M.G; OLIVEIRA, L.C; ARRAIS, A.C; JÚNIOR, J.E.M.	2013	Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do miocárdio.	Analisar a assistência emergencial do enfermeiro frente ao usuário acometido por IAM.
3	SANTOS, F.G; CAMPANHARO, C.R.V; LOPES, M.C.B.T; OKUNO, M.F.P; BATISTA, R.E.A.	2015	Avaliação da qualidade do atendimento ao paciente com síndrome coronariana aguda no serviço de emergência.	Avaliar os indicadores de qualidade no atendimento aos pacientes com suspeita de SCA e associá-los a alta, óbito e tempo de internação hospitalar.
4	CAVEIÃO, C; SANTOS, R.B; MONTEZELI, J.H; VISENTIN, A; BREY, C; OLIVEIRA, V.B.C.A.	2014	Dor Torácica: Atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola.	Identificar a atuação do enfermeiro frente ao paciente com dor torácica em uma unidade de pronto atendimento.
5	SOARES, T; SOUZA, E.N; MORAES, M.A; AZZOLIN, K.	2009	Tempo porta-eletrocardiograma (ECG): um indicador de eficácia no tratamento do infarto agudo do miocárdio.	Mensurar o tempo porta-eletrocardiograma (ECG) nos pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) atendidos na emergência de um hospital geral.
6	PRUDÊNCIO, C.P.G; MONTEIRO, R.A.N; RIBEIRO, B.C.M; GOMES, M.S.M; MANHÃES, L.S.P.	2016	Percepção de enfermeiros sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento.	Conhecer a percepção de enfermeira (o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento e analisar as dificuldades dessa(e)s enfermeira(o)s para realizarem esse serviço.
7	GOUVÊA, V.E.T; REIS, M.A.M; GOUVÊA, G.M; LIMA, H.N; ABUABARA, A.	2015	Avaliação do sistema de triagem de Manchester na síndrome coronariana aguda.	Avaliar o atendimento a pacientes com síndrome coronariana aguda, submetidos ao sistema de triagem de Manchester aplicado por enfermeiros.

8	PAULA, C.F.B; RIBEIRO, R.CH.M; WERNECK, A.L.	2019	Humanização da assistência: acolhimento e triagem na classificação de risco.	Estabelecer relações entre a humanização da assistência e o acolhimento e a triagem na classificação de risco pela enfermagem nos serviços médicos de emergência.
9	SILVA, A.P; DINIZ, A.S; ARAÚJO, F.A; SOUZA, C.C.	2013	Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester.	Identificar a presença da queixa de dor nos diferentes níveis de prioridade estabelecidos no protocolo de Manchester.
10	CHIANCA, T.C.M; COSTA, R.M; VIDIGAL, M.V; SILVA, L.C.R; DINIZ, G.A; ARAÚJO, J.H.V; SOUZA, C.C.	2016	Tempos de espera para atendimento usando sistema de triagem de Manchester em um hospital de urgência.	Avaliar tempos de espera para atendimento de pacientes em hospital público de urgência.
11	SANTOS, J.L.G; LIMA, M.A.D.S; KLOCK, P; ERDMANN, A.L.	2012	Concepções de enfermeiros sobre gerência do cuidado em serviço de emergência: estudo exploratório-descritivo.	Analisar as concepções de enfermeiros de um serviço hospitalar de emergência sobre gerência do cuidado.
12	AMARAL, E.M.S; CONTIM, D; VIEIRA, D.S; CHAVAGLIA, S.R.R; OHL, R.I.B	2017	Percepções sobre o trabalho da equipe de enfermagem em serviço hospitalar de emergência de adultos.	Conhecer a percepção dos profissionais que integram a equipe de Enfermagem da Unidade de Urgência e Emergência de Adultos sobre o trabalho em equipe, situações de cuidado ao paciente crítico e ambiente físico.
13	JORGE, V.C; BARRETO, M.S; FERRER, A.L.M; SANTOS, E.A.Q; RICKLI, H.C; MARCON, S.S.	2012	Equipe de enfermagem e detecção de indicadores de agravamento em pacientes de pronto-socorro.	Descrever como a equipe de enfermagem atuante em um pronto-socorro (PS) de um hospital-escola percebe os sinais e sintomas sugestivos de agravamento no quadro clínico de pacientes em observação no setor.
14	MARIA, M.A; QUADROS, F.A.A; GRASSI, M.F.O.	2012	Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e	Analisar a viabilidade de implantação da SAE em um serviço de urgência e emergência hospitalar.

			emergência: viabilidade de implantação.	
--	--	--	---	--

Na plataforma SciELO obteve-se 110 artigos somadas as 3 combinações dos descritores elegíveis para leitura de resumos. Após essa análise, teve-se 13 artigos selecionados, onde após a leitura integral destes, se escolheu 2 estudos para compor os resultados desta pesquisa.

Na plataforma BDENF em análise inicial tinha-se 404 artigos somadas as 3 combinações dos descritores e aplicado critérios eletivos para leitura de resumos. Após avaliação, teve-se 31 artigos selecionados, onde após a leitura integral destes, se escolheu 10 trabalhos para compor os resultados desta pesquisa.

A base de dados LILACS inicialmente forneceu 394 estudos que estavam aptos para leitura de resumos. Posteriormente a leitura e feita à triagem se chegou a 24 trabalhos. Realizando a leitura integral destes trabalhos obteve-se por fim 2 estudos para fazerem parte dos resultados desta pesquisa, onde todos vieram do cruzamento “assistência de enfermagem AND emergência”.

DISCUSSÃO

Evidencia-se por Santos et al. (2015) que a realização do ACCR no Brasil é atividade privativa do enfermeiro regulamentada pela Resolução COFEN 423/2012, pois se avalia que este serviço possui características demasiadamente complexas e, portanto, exige profissional qualificado para sua execução.

E segundo Prudêncio et al. (2016), ao enfermeiro alocado nestes setores compete a realização de entrevista, exame físico, verificação dos sinais vitais, bem como solicitação de exames complementares, caso seja necessário e, a partir disso, classifica e encaminha o paciente para assistência que achar apropriada.

Dado este contexto, evidencia-se que o enfermeiro se encontra com o paciente vítima de infarto primariamente, em grande parte das vezes, no serviço de acolhimento, cabendo a ele a tarefa de identificar o problema e encaminhar a assistência adequada, tornando-se desse modo o profissional com maior taxa de responsabilidade quanto a um bom ou mau prognóstico.

Todavia, encontra-se na literatura que uma quantia de profissionais se sentia incomodados na realização do ACCR, alegando que a atividade era cansativa, estressante e que não recebia a devida valorização tanto dos pacientes quanto dos outros profissionais de saúde, tratando o sistema como algo banal. A visualização da atividade como algo desinteressante diminui a atenção quando realizada, tornando mais provável o aparecimento de erros.

Caveião et al. (2014) conjuntamente com Santos et al. (2015) definem que o tempo é o parâmetro crucial para redução da morbimortalidade causada pelo IAM, pois o rápido reconhecimento desemboca na aplicação de terapêuticas em tempos oportunos. Entretanto, aponta-se por Soares et al. (2009), Gouvêa

et al. (2015) e Chianca et al. (2016) em suas pesquisas que o tempo médio para atendimento inicial foi de 8, 12,2 e 12,23 minutos, respectivamente.

A demora para inicialização da triagem pode ser explicada pelos apontamentos de Santos et al. (2012) e Prudêncio et al. (2016). Os autores avaliam que frequentemente nos serviços de urgência e emergência há mistura de queixas, entre pacientes graves e leves, se classificados conforme o modelo biomédico, o que provoca superlotação das unidades e transtornos no atendimento profissional.

Ressalta-se por Gouvêa et al. (2015) que se analisado apenas o contexto hospitalar, o tempo aumenta para 14,7 minutos e Chianca et al. (2016) reitera que quanto menor a gravidade dos sintomas apresentados pelos pacientes, mais tempo para o atendimento. O Sistema de Triagem de Manchester (STM), um dos protocolos mais utilizados para realização do ACCR, determina que os pacientes sejam acolhidos a partir da sua chegada nas urgências, logo há uma quebra de recomendações que impactam significativamente na vida do usuário.

O achado de Chianca et al. (2016) torna-se ainda mais importante, pois de acordo Alves et al. (2013) os sinais existentes no IAM são diversificados, e além dos mais comuns, podem estar presentes náuseas, vômitos e dores epigástricas, que podem ser facilmente associados a outras patologias. Nota-se, desta maneira, que pacientes com sinais atípicos estão mais sujeitos a classificações errôneas e conseqüentemente a isto, a um maior tempo de espera para atendimento médico ou até serem referenciados para serviços de menor complexidade, como as unidades básicas de saúde (UBS).

O desconforto relatado pelos usuários mais encontrado nos estudos foi à dor precordial que se alastra ao membro superior esquerdo. Este achado vai de encontro aos trabalhos de Caveião et al. (2014) e Vieira et al. (2016) que demonstraram ser esta a principal queixa daqueles que buscam os serviços de emergência. Evidencia-se ainda conforme os dois últimos autores que por mais que esse sinal seja frequente, ainda é de difícil avaliação pelos enfermeiros.

Analisa-se por Silva et al. (2013) que a avaliação da dor é importante nos serviços de urgência, entretanto, a subjetividade do sintoma, acompanhada da insegurança do profissional quanto a veracidade desta e a falta de materiais que auxiliem na mensuração, dificultam o processo de classificação e tornam o procedimento mais complexo. A avaliação incorreta deste sinal pode causar transtornos no fluxo de pacientes, bem como aumentar as chances de mortalidade do usuário.

Outro problema observado na literatura são as condições precárias em que, geralmente, atua a equipe de enfermagem. Verificou-se que os ritmos intensos, associados ao estresse e esforços físicos contribuem para piora na qualidade da assistência ao paciente. Analisa-se ainda que essas situações possam desencadear problemas psicológicos, como ansiedade e frustração e a partir daí, gerar relações conflituosas entre equipe (Maria et al., 2012; Jorge et al., 2012; Amaral et al., 2017).

Além disso, observa-se que muitos dos profissionais que atuam nas unidades de urgência não possuem capacitação profissional tampouco habilidades técnicas e específicas para atuação na área, aprendendo conforme o trabalho exercido no dia a dia, o que interfere a qualidade da assistência (Rocha et al., 2017).

É nesta perspectiva que Paula et al. (2019) junto de Caveião et al. (2014) avaliam que o enfermeiro alocado no ACCR deve possuir competências e habilidades técnicas e científicas capazes de produzir boa assistência, selecionando pacientes graves e leves de forma eficaz, proporcionando deste modo rápida intervenção.

CONCLUSÃO

A análise das situações que permeiam a equipe de enfermagem, principalmente o enfermeiro, na realização do Acolhimento com Classificação de Risco é de relevância nacional, pois retoma a necessidade de aprofundamento nas questões de urgência e emergência, haja vista os frequentes casos desta natureza em todo o país.

Conclui-se, a partir de toda essa pesquisa, que o ACCR é o modelo estratégico adotado pelo Brasil para diminuição de fluxo e agilidade no atendimento, entretanto, o dispositivo vem tendo problemas para ser executado da maneira correta, tal como a demora na sua realização em razão, por exemplo, da superlotação nas unidades, quando o recomendado é imediato a chegada nos serviços de urgência e emergência.

Identificou-se que o infarto possui sintomas diversos e que pacientes com sinais clínicos leves demoram mais tempo para serem acolhidas, representando um risco para essas situações, haja vista a possibilidade de este demonstrar-se de maneira atípica.

Evidenciou-se que por mais que o ACCR seja privativo do enfermeiro em razão das suas competências técnicas e científicas, a análise da dor, principal sintoma presente no paciente vítima de infarto, ainda se constitui como um dos maiores problemas enfrentados por estes devido à subjetividade do sintoma e falta de materiais que ajudem na sua avaliação.

Face a este problema, acredita-se que o investimento em atividades de educação permanente aos profissionais em intervalos semestrais pode contribuir para o aperfeiçoamento destes, capacitando-os do melhor modo para execução correta da assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves TE et al. (2013). Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do miocárdio. *Revista de Enfermagem UFPE*, 7(1): 176-83.


- Amaral EMS et al. (2017). Percepções sobre o trabalho da equipe de enfermagem em serviço hospitalar de emergência de adultos. *Revista Mineira de Enfermagem*, 21: e-1023.
- Cascaldi BG et al. (2014). Infarto agudo do miocárdio sob a ótica da população brasileira. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 27(6): 409-417.
- Caveião C et al. (2014). Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 4(1): 921-928.
- Chianca TCM et al. (2016). Tempos de espera para atendimento usando sistema de triagem de Manchester em um hospital de urgência. *Revista Mineira de Enfermagem*, 20: e988.
- Dutra DD et al. (2016). Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. *Revista Cuidado é Fundamental [online]*, 8(2): 4501-4509.
- Félix LRS (2018). Assistência de Enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. Departamento de Enfermagem, Universidade de Cuiabá – UNIC (Monografia), Cuiabá, 27p.
- Figueiredo AE et al. (2013). Determinação do tempo de apresentação a emergência de pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Revista de Enfermagem da UFSM, [S.l.]*, 3(1): 93-101.
- Freire GV et al. (2019). Liderança do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(3): 2029-2041.
- Gouvêa VET et al. (2015). Avaliação do sistema de triagem de Manchester na Síndrome Coronariana Aguda. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 28(2): 107-113.
- Jarros IC et al. (2014). Avaliação de risco cardíaco e o diagnóstico do infarto agudo do miocárdio no laboratório de análises clínicas. *Revista UNINGÁ Review*, 19(3): 5-13.
- Jorge VC et al. (2012). Equipe de enfermagem e detecção de indicadores de agravamento em pacientes de pronto-socorro. *Escola Anna Nery*, 16(4): 767-774.
- Malta DC et al. (2017). Non communicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 51(1): 4.
- Malta DC et al. (2013). O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão, *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 22(1): 151-164.
- Maria MA et al. (2012). Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2): 297-303.
- Moura MAA et al. (2014). O papel do enfermeiro no atendimento humanizado de urgência e emergência. *Revista Recien*, 4(11): 10-17.
- Paraná. (2016). Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia de infarto do miocárdio – Curitiba: SESA. 120p.


- Passinho RS et al. (2018). Sinais, sintomas e complicações do infarto agudo do miocárdio. *Revista de Enfermagem UFPE*, 12(1): 247-264.
- Paula CFB (2019). Humanização da assistência: acolhimento e triagem na classificação de risco. *Revista enfermagem UFPE on line*, 13(4): 997-1005.
- Prudêncio CPG et al. (2016). Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30(2): 1-10.
- Santos FG et al. (2015). Avaliação da qualidade do atendimento ao paciente com síndrome coronariana aguda no serviço de emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(4): 98-107.
- Santos J et al. (2018) Conceptions of Nurses on Management of Care in an Emergency Department Descriptive Exploratory Study. *Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]*. 5(1): 123-132.
- Silva AP et al. (2013). Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo protocolo de Manchester. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 3(1): 507-517.
- Soares T et al. (2009). Tempo porta-eletrocardiograma (ECG): um indicador de eficácia no tratamento do infarto agudo do miocárdio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(1): 120-126.
- Rocha NHG et al. (2017). Atitudes da equipe e qualidade da assistência de enfermagem em um pronto socorro adulto. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 6(2): 105-117.
- Vargas RA et al. (2017). Qualidade de vida de pacientes pós-infarto do miocárdio: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE*, 11(7): 2803-2809.
- Vieira AC et al. (2016). Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torácica. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, 25(1): e1830014.


Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes de um hospital municipal da região do Bico do Papagaio - TO


Recebido em: 11/05/2021


Aceito em: 14/05/2021


 10.46420/9786588319710cap5


Dennis Gonçalves Novais^{1*} 

Emilly Matias Souza Vieira² 

Dhonnell Oliveira da Silva¹ 

Alice dos Santos Silva Alcântara¹ 

Vanessa Silva Souza Viana¹ 

Raelque Sousa e Silva¹ 

INTRODUÇÃO

A higienização das mãos é realizada friccionando toda a superfície das mãos e punhos, com a utilização de sabão ou detergente, e em seguida o enxágue em água corrente. Essa ação corresponde à medida mais simples e importante para prevenir e controlar as infecções em hospitais e nas unidades básicas de saúde.

Nesse contexto, é importante destacar que os profissionais de saúde mesmo tendo conhecimento de que a higienização das mãos constitui uma ação simples e essencial para a promoção da saúde e prevenção de doenças, a realização dessa técnica de forma correta continua não sendo realizada por alguns trabalhadores da saúde (Santos, 2008).

Diante disso, ressalta-se que o comportamento de alguns profissionais da saúde contraria com as determinações de precauções - padrão, compreendidas como medidas de proteção que devem ser praticadas por todos os profissionais da saúde ao prestar atendimento ao paciente ou ao manipular artigos contaminados, ou seja, em toda situação que implique risco de contaminação, por exemplo, contato direto com sangue, líquidos corporais, secreções, excreções e mucosas, cujo principal objetivo é evitar a transmissão de cadeia de infecção do paciente para o profissional de saúde. Em vista dessas discussões, questiona-se: qual a qualidade da higienização das mãos dos profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital Público de Araguatins - TO?

A realização desse estudo surgiu a partir de observações notadas no ambiente hospitalar em que foi constatado atentamente o uso inadequado da técnica de higienização das mãos, por alguns profissionais

¹ Faculdade do Bico do Papagaio – FABIC.

² Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS.

* Autor correspondente: enfdennisnovais@hotmail.com

de enfermagem. Além disso, não foi realizado nenhum estudo anterior nesse hospital sobre esta temática e também não se conhece a taxa de infecção hospitalar no mesmo. Diante disto, faz-se necessário que os profissionais de enfermagem tenham compreensão do uso correto dessa técnica, como procedimento preventivo das infecções, no âmbito da saúde e, notadamente, no campo da ciência da Enfermagem.

Nesse contexto, o presente estudo se faz necessário no intuito de contribuir de modo significativo para a prevenção e controle da disseminação da infecção hospitalar, a partir da elaboração de um referencial que sirva de subsídio para os profissionais de saúde em geral, a fim de orientá-los e incentivá-los a adoção de práticas corretas como a técnica correta da higienização das mãos e maior adesão a essa prática.

Assim sendo, o estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da higienização das mãos dos profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital Municipal de Araguatins - TO.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa. As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista na formulação de problemas, mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Estas são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado fato.

Por outro lado, levando em consideração os fundamentos de Fachin (2006), tratou - se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, pois é determinada em relação aos dados ou as proporções numéricas. Seu objetivo foi mensurar e permitir o teste de hipóteses, já que os resultados são concretos e menos passíveis de erros de interpretação.

O Hospital Municipal de Araguatins é uma unidade hospitalar de pequeno porte, localizado no norte do estado do Tocantins, presta atendimento vinte e quatro horas por dia, e atende a toda a população do município e região, possui um pronto socorro, clínica médica, pediatria, e clínica cirúrgica. Em sua composição interna possui 38 leitos, duas enfermarias masculinas, duas enfermarias femininas, duas enfermarias pediátricas uma enfermaria destinada as puérperas e recém-nascidos, uma sala de pré-parto, uma enfermaria destinada a casos de isolamento.

A população foi constituída por profissionais de enfermagem que atuam no Hospital em estudo, sendo em média vinte e oito profissionais são eles: 21 técnicos de enfermagem, 3 auxiliares de enfermagem e 10 enfermeiros e a amostra será composta por 25 profissionais.

Os dados foram coletados através de um questionário, que foi aplicado no mês de setembro de 2015, conforme rotina de funcionamento do hospital. Para aplicar o questionário, foram adotados alguns critérios para inclusão dos sujeitos na pesquisa, como: a disponibilidade, a aceitação e o interesse em

participar da investigação, mediante assinatura do termo de consentimento que será encaminhado aos mesmos. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o questionário pôde ser aplicado.

RESULTADOS

A população do estudo foi composta por profissionais de enfermagem que atuam em um hospital de um município na região do Bico do Papagaio, Tocantins e a amostra representada por 70% de técnicos de enfermagem, 26% enfermeiro e 4% auxiliar de enfermagem, conforme pode ser visualizado no Gráfico 1.

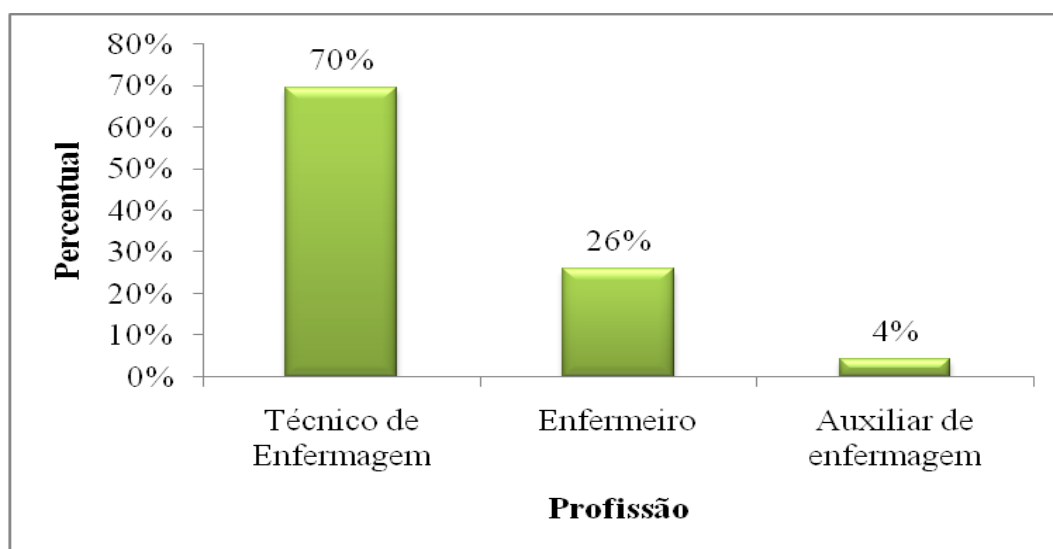


Gráfico 1. Representação percentual quanto à profissão dos participantes do estudo, novembro de 2015. Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Como podemos observar o quantitativo de técnicos de enfermagem é amplamente maior que os de enfermeiros, isso nos remete às funções distintas que ambas as profissões desenvolvem dentro do ambiente hospitalar, sendo que enquanto o técnico e o auxiliar de enfermagem desenvolvem ações técnico-assistências, o enfermeiro desenvolve ações de gerência e supervisão da equipe de enfermagem, o que resulta em uma quantidade menor de enfermeiros. Pois cada uma das categorias profissionais (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro) corresponde um processo de formação próprio, que pressupõe um conjunto distinto de atividades.

Em estudo realizado por Inoue et al. (2009) estas observaram a necessidade de um quantitativo maior de profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem em comparação com profissionais enfermeiros durante a assistência intra-hospitalar, pois isso é imprescindível para a garantia de recursos humanos suficientes e competentes para o alcance, manutenção da qualidade da assistência e desenvolvimento das atividades cotidianas, tendo em vista as diferentes funções realizadas por cada categoria da enfermagem.

Além da ação de cuidar, o enfermeiro possui outra atividade que é a de administrar, onde este realiza a organização, o controle e o favorecimento das práticas de cuidar que serão desenvolvidas por ele e sua equipe junto aos clientes hospitalizados. A atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional de saúde parece ser o elemento de ligação entre a direção, os funcionários e os pacientes, além de ele ter se mostrado como o profissional que mais valoriza o saber interdisciplinar (Backes et al., 2005).

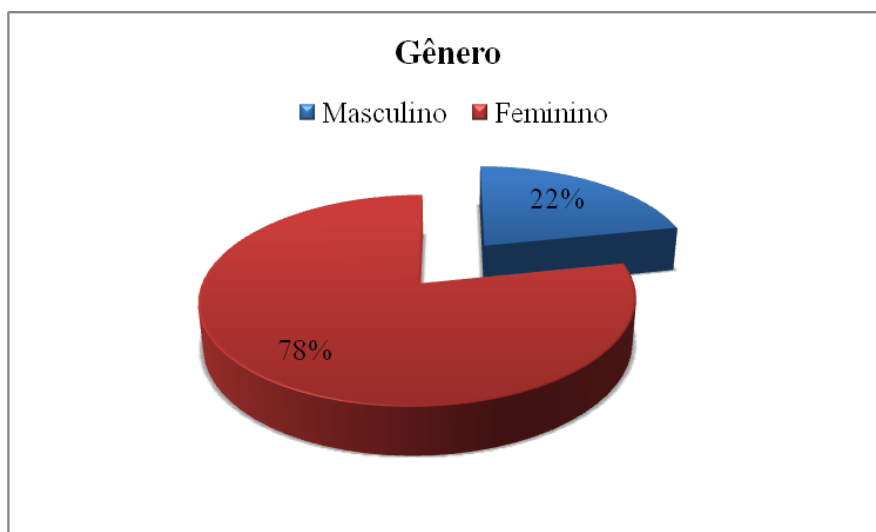


Gráfico 2. Representação percentual quanto ao gênero dos participantes do estudo, novembro de 2015. Fonte: pesquisa de campo, 2015.

No que diz respeito ao gênero, verifica-se a partir do gráfico 2 a predominância do gênero feminino no estudo, provavelmente este fato está relacionado à origem da profissão, ao qual é exercida quase que exclusivamente por mulheres. Como já sabido, a feminilização é outra característica forte da enfermagem como profissão, ou seja, a maioria da força de trabalho é feminina, representando atualmente mais de 70% de todo o contingente – e com tendência ao crescimento para os próximos anos (Machado et al., 2012).

Desse modo, acrescenta-se que atualmente o sexo feminino representa alta prevalência em empregos formais em todo o mundo, ressaltando que a participação das mulheres no mercado de trabalho se intensifica a cada dia. Além disso, a predominância feminina na enfermagem está relacionada à origem da profissão, ao qual é exercida quase que exclusivamente por mulheres, constituindo assim de fato a maioria, pois a mulher apresenta um instinto de cuidadora.

Reforçando as argumentações anteriores Martins et al. (2006) consideram ser um traço estrutural das atividades do setor de saúde, a preponderância da força do trabalho feminino nas atividades que envolvem o trato e o cuidado com as pessoas.

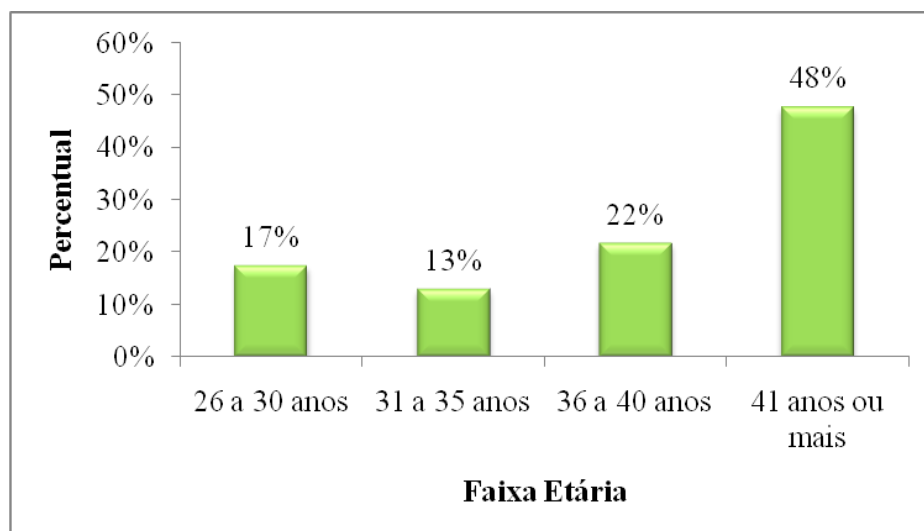


Gráfico 3. Representação percentual segundo a faixa etária dos participantes do estudo, novembro de 2015. Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Com base nos resultados do gráfico 3, fica evidente que a equipe de enfermagem que atua no referido hospital é composta em sua maioria adultos de uma faixa etária mais experiente, quase metade dos pesquisados afirmaram ter mais de 41 anos, o que nos remete a pressupor que tal fato influêncie nas práticas de enfermagem desenvolvidas naquela unidade de saúde.

Assim, contrapondo os resultados do estudo onde a maioria dos participantes tem 41 anos ou mais (48%), Coelho et al. (2011) ao realizarem pesquisa sobre a frequência de higienização das mãos por profissionais de enfermagem que atuavam em um Hospital Universitário localizado no município de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, constataram que a maioria dos participantes do estudo apresentava faixa etária entre 26 a 45 anos, com representação percentual de 60% da população, e em seguida com 24% tinham mais de 45 anos e 14% tinham de 18 a 25 anos.

Evidencia-se através do gráfico 4, que a maioria dos profissionais entrevistados (44%) realizaram sua formação profissional há 11 anos ou mais, fato considerado positivo na realização do estudo, pois sabe-se que os profissionais de enfermagem precisam ter competência para o exercício da profissão, bem como conhecimentos e habilidades para desenvolver tal função, e essas competências são inerentes à pessoa com tempo considerável de formação e atuação, refletindo-se isso na qualidade das ações por elas desenvolvidas.

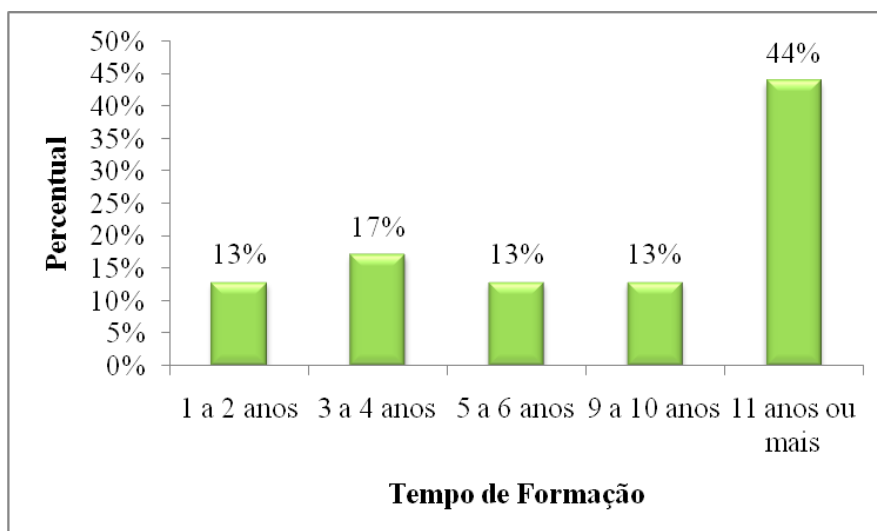


Gráfico 4. Representação percentual quanto ao tempo de formação dos participantes do estudo, novembro de 2015. Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Na categoria tempo de profissão, 36% dos sujeitos possuíam de 6 a 15 anos de profissão, 34% com mais de 15 anos de experiência, 28% com até 5 anos, sendo que 2% não responderam a esta questão. Estes dados caracterizam que grande parte dos sujeitos pode ser considerada experiente se avaliarmos seu tempo de atuação profissional.

Felix et al. (2009) destacam a importância de os profissionais de saúde apresentarem conhecimento sobre a finalidade principal da higienização das mãos e da realização da técnica correta. Tal medida está associada às boas práticas de higiene no estabelecimento de saúde e permite proteger o paciente das infecções, durante toda internação, tendo em vista que as infecções hospitalares se fazem presentes no cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem e são sempre consideradas como um risco. Além disso, é válido ressaltar que o conhecimento e a adesão a técnica correta da higienização das mãos estão associados a maturidade e o tempo de formação dos profissionais.

Os resultados do gráfico 5 demonstram que a maioria dos profissionais de saúde (52%) que atuam no hospital em estudo, apresentam conhecimento com relação à existência da CCIH no hospital.

Pertinente a isso, a Fiocruz (2015) afirma que as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) foram estabelecidas no ano de 1998 através da Portaria nº 2.616 do Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que foi criado o Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) que compreende um conjunto de ações que visa à redução da incidência e a magnitude das infecções hospitalares. Compete à CCIH o desenvolvimento de ações do PCIH, onde a comissão presta assessoria à autoridade máxima do estabelecimento, a qual está subordinada.



Gráfico 5. Representação percentual com relação ao conhecimento sobre a existência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar entre os participantes do estudo, novembro de 2015. Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Desse modo, frisa-se que a CCIH é formada por profissionais de saúde, com nível superior, que são indicados e nomeados pela direção do hospital. Os profissionais que compõem a CCIH são elencados com membros consultores ou membros executores. O presidente da CCIH poderá ser qualquer um dos membros, designado através da Direção (Brasil, 2007).

Ao indagar aos participantes de estudo que relataram a existência da CCIH e quais as medidas adotadas por esta frente à higienização das mãos com o intuito de diminuir os riscos de infecções, obteve-se respostas semelhantes, dentre elas:

“Lavar as mãos constantemente, e antes e após os procedimentos e fazer uso de luvas” (Part. 1).

“Formação e conhecimento” (Part. 5).

“Lavar as mãos” (Part.3).

“Usar os equipamentos de proteção individual” (Part.20).

“Se proteger” (Part. 22).

Neste contexto, destaca-se que uma das responsabilidades da CCIH é oferecer capacitações de forma sistemática, com o objetivo de minimizar os riscos de infecções hospitalares, portanto, é de suma importância que os profissionais de enfermagem participem de capacitações sobre as medidas de prevenção e controle, uma vez que, a prevenção e controle das infecções hospitalares dependem de ações conjuntas de toda equipe multiprofissional (Trivinos, 2006).

Neste contexto, a Fiocruz (2015) destaca as seguintes atribuições da CCIH: participar da elaboração, implementação e monitoramento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar; implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica a fim de monitorar as infecções associadas à assistência à saúde; implementação e supervisão das normas e rotinas, tendo em vista a prevenção e o

controle das infecções ligadas à assistência à saúde; realizar treinamentos e capacitações dos profissionais que atuam no estabelecimento de saúde, no que concerne à prevenção e ao controle das infecções advindas da assistência à saúde, a partir da educação Continuada; participação, juntamente com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, para elaboração de políticas de utilização de antimicrobianos, saneantes e materiais médico-hospitalares, de modo a contribuir para o uso racional destes insumos; fazer investigação epidemiológica dos surtos e estabelecer medidas imediatas de controle e contenção; elaboração, implementação e supervisão das normas e rotinas visando evitar a propagação de germes hospitalares, a partir de medidas de isolamento e contenção; elaboração, implementação, divulgação e monitoramento das normas e rotinas a fim de prevenir e tratar adequadamente as infecções hospitalares; elaboração e divulgação, periódica, dos relatórios direcionados à autoridade máxima da instituição e às chefias dos serviços, com informações acerca da situação das infecções ligadas à assistência à saúde prestada pela instituição.

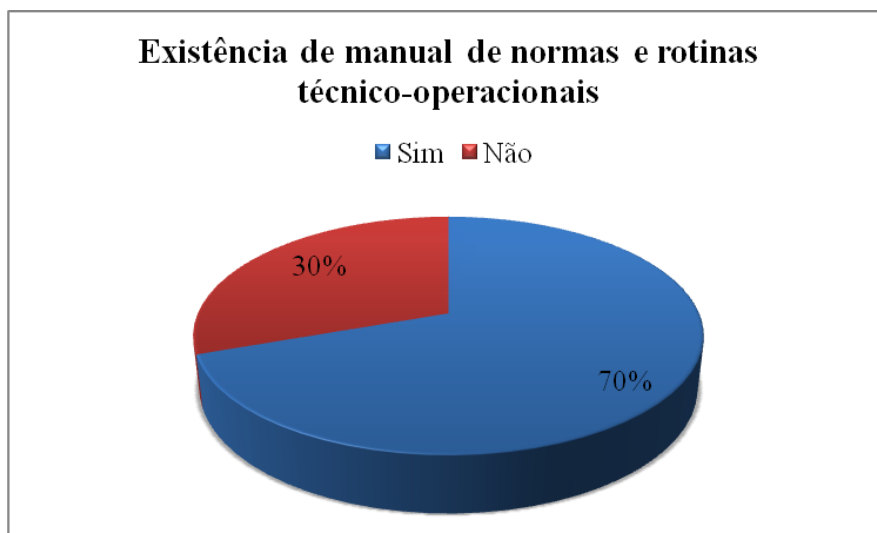


Gráfico 6. Representação percentual acerca da existência de manuais ou rotinas técnico-operacionais dos participantes, novembro de 2015. Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Verifica-se, então, no gráfico 6 que a maioria dos participantes afirmaram existir manuais ou rotinas para a prevenção e controle da infecção no hospital em estudo. Tal achado mostra-se de grande valia, tendo em vista que a utilização desses manuais obedece a uma metodologia de planejamento, avaliação e execução das práticas de combate e prevenção das infecções hospitalares, alcançando-se assim os objetivos da CCIH, em promover a conscientização os profissionais para esse problema.

Em estudo semelhante realizado por Fontana et al. (2006) verificou-se que 71,4% dos participantes da pesquisa referiram existir manual de rotinas de enfermagem, escritas na instituição, no qual se incluem atividades de prevenção e controle de infecções. Esses dados refletem um quadro animador, já que estes

profissionais trabalham sob a luz de manuais de rotinas, evidenciando uma preocupação em sistematizar as ações da CCIH. No entanto, cabe analisar a qualidade das informações contidas nesses manuais, uma vez que se observa nos mesmos práticas desatualizadas de prevenção e controle de infecções.

Desse modo, realça-se que compete a CCIH, a implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares; adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, que visam a prevenção e o controle das infecções hospitalares; capacitação dos funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares; o uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares; contribuir com o órgão de gestão do SUS, ao fornecer, informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes; notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva, entre outros (Brasil, 2007).

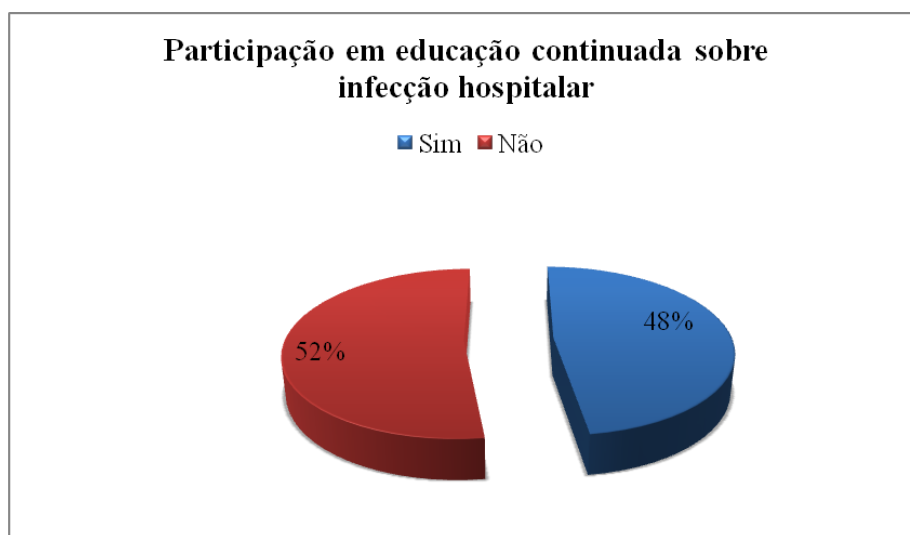


Gráfico 7. Representação percentual quanto a terem participado de educação continuada sobre Infecção hospitalar, novembro de 2015. Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Os resultados do gráfico 7 são considerados negativos, uma vez que a maioria dos participantes referiram não ter participado de qualquer treinamento sobre infecção hospitalar. É válido ressaltar que compete aos administradores dos hospitais disponibilizarem educação continuada sobre a temática em estudo, pois os profissionais de enfermagem por serem os profissionais responsáveis diretamente pelos cuidados prestados aos pacientes internados nas unidades hospitalares, e conseqüentemente respondem por grande parte dos mecanismos de transmissão das infecções cruzadas.

Nesse sentido torna-se essencial que todos os profissionais que atuem no hospital participem de educação continuada, a fim de buscar soluções e reflexões sobre a prática da profissão e prestar uma assistência ao paciente livre de danos e prejuízos maiores a sua saúde (Lima, 2007).

Para Oliveira (2005) compete à instituição hospitalar disponibilizar capacitações nessa temática, pois, os profissionais de enfermagem respondem por grande parte dos mecanismos de prevenção, na execução das atividades administrativas quando supervisiona e faz treinamento de pessoal, e, além disso, são responsáveis diretamente pelos cuidados prestados aos pacientes internos no hospital. Pertinente a isso, Trivinos (2006) afirma que a prevenção e controle das infecções hospitalares dependem de ações conjuntas de toda equipe multiprofissional.

Ao serem questionados se durante o turno de trabalho em quais situações o profissional higienizaria as mãos, 100% dos participantes do estudo referiram todas alternativas, ou seja, antes e após realizar qualquer procedimento, antes e após entrar em contato com o paciente.

Neste contexto, Barreto et al. (2009) ao realizarem estudo acerca da adesão a higienização das mãos entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica verificou os procedimentos realizados com menor observação à esta prática, entre eles: as anotações de enfermagem (3,03%), a instalação e/ou manutenção de oxigenoterapia” (6,25%), a manutenção de acesso venoso (8,33%) e monitorização e/ou verificação dos SSVV (8,99%). Corroborando com estes achados, a pesquisa desenvolvida por Neves et al (2006) observou adesão a técnica de higienização das mãos em 89,6% dos profissionais de saúde após o preparo de medicamentos, 87,5% após os procedimentos de fonoaudiologia e 78,1% após aspiração oro/endotraqueal.

Segundo Vitari (2015) à higienização das mãos deve ser realizada ao iniciar e ao término dos plantões, e também após usar o toalete, antes e após entrar em contato com o paciente, antes de preparar as medicações e na presença de sujidades visível nas mãos. Desta forma, a higienização das mãos deve ser realizada com água e sabão por 10 a 20 segundos, podendo ser complementada com a fricção das mesmas com álcool a 70% e com 2% de glicerina.

Reforçando a argumentação anterior, Portugal (2010) pontua a necessidade dos profissionais de saúde aderirem à metodologia proposta pela campanha de higiene das mãos da Organização Mundial de Saúde, que ressalta os “Cinco Momentos” cruciais para realizar a higienização das mãos no serviço de saúde, tais como: antes de entrar em contato com o paciente; antes da realização dos procedimentos considerados limpos ou assépticos; após o risco de ex-posição aos fluidos orgânicos; após contato com o paciente; e após o contato com o ambiente que envolve o indivíduo doente.

Quanto à técnica correta de higienização das mãos para realizar os procedimentos, verifica-se na tabela 1 os seguintes resultados: 87% dos sujeitos da pesquisa afirmaram que sempre retiram os adornos para higienizar as mãos; indica ainda que, 87% desses sujeitos usam sabão antisséptico; 91% sempre

higienizam a palma e o dorso das mãos; 83% higienizam os espaços interdigitais; 70% higienizam o polegar separadamente; 83% higienizam as unhas e extremidades dos dedos; 87% sempre higienizam os punhos das unhas e extremidades dos dedos e 83% dos participantes afirmaram que fecham a torneira com papel toalha.

Tabela 1. Condutas durante a realização da técnica de higienização das mãos, novembro de 2015. Fonte: pesquisa de campo, 2015.

Técnica correta de higienização das mãos	Sim	Não
	Nº (%)	Nº (%)
Sempre realiza a retirada de adornos	20 (87%)	3 (13%)
Sempre usa sabão antisséptico	20 (87%)	3 (13%)
Sempre higieniza a palma e o dorso das mãos	21 (91%)	2 (9%)
Sempre higieniza os espaços interdigitais.	19 (83%)	4 (17%)
Sempre higieniza o polegar separadamente	16 (70%)	7 (30%)
Sempre higieniza as unhas e extremidade dos dedos	19 (83%)	4 (17%)
Sempre higieniza os punhos	20 (87%)	3 (13%)
Fecham a torneira com papel toalha	19 (83%)	4 (17%)

Os dados da tabela 1 refletem a realização, em geral, da técnica correta de higienização das mãos por parte dos participantes da presente pesquisa. Tal dado nos infere a maioria dos participantes do estudo realiza a técnica de higienização das mãos de forma correta, sendo considerado aspecto positivo e relevante para o controle das infecções hospitalares.

Conforme Vitari (2015) os microrganismos patogênicos podem não ser removidos com a higienização das mãos apenas com sabões e detergentes, sendo necessária em alguns casos, para remoção completa destes, com a utilização de produtos que contenham agentes antimicrobianos, conhecidos como antissépticos.

De acordo com o Ministério da Saúde a técnica correta adotada na prática diária da higienização das mãos, consiste em abrir a torneira e molhar as mãos, sem encostar-se na pia; aplicar na palma da mão sabão líquido em quantidade suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos; ensaboar as palmas das mãos e friccioná-las entre si. Em seguida, esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta; esfregar o polegar direito, com a palma da mão esquerda, através de movimentos circulares. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra

a palma da mão direita, fechada em concha, com movimento circular. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira. Secar as mãos com papel-toalha descartável, começando pelas mãos e em seguida os punhos. Após secar as mãos, deve-se desprezar o papel-toalha em lixeira para resíduos comuns (Brasil, 2007).

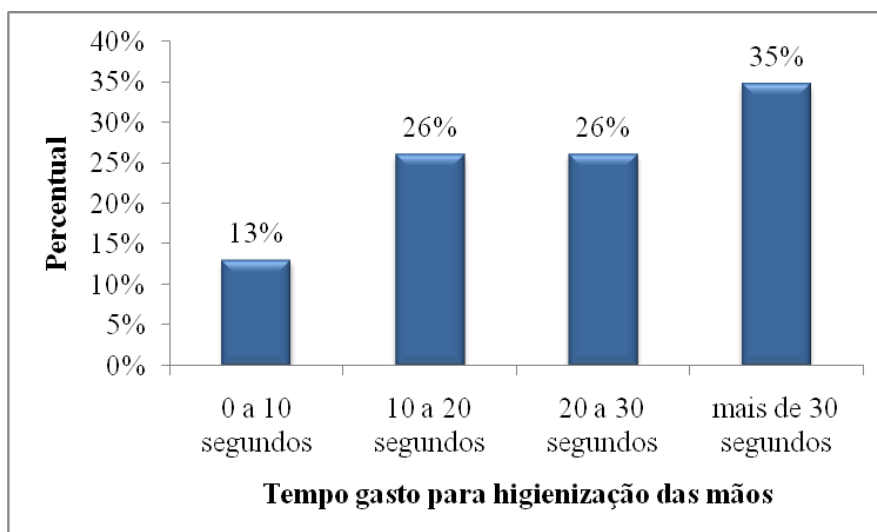


Gráfico 9. Representação percentual com relação ao tempo gasto para higienização das mãos, novembro de 2015. Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Dessa forma, com base nos dados do gráfico 09, verifica-se que as maiorias dos participantes do estudo gastam mais 30 segundos, desse modo a maioria dos participantes do estudo utiliza o tempo correto para higienizar as mãos, demonstrando que estes apresentam conhecimento sobre a temática em estudo.

Os manuais do ANVISA que regulam e discutem o procedimento de higienização das mãos preconizam que o tempo necessário para se realizar esse procedimento deverá ser em torno de 40 a 60 segundos (Brasil, 2007). Porém, de acordo com as falas de Potter et al. (2009), o tempo suficiente para que um profissional possa realizar a técnica correta da higienização das mãos varia entre 10 e 20 segundos.

Em estudo semelhante realizado por Martinez; Campos, Nogueira (2009) estes observaram que dos participantes de sua pesquisa 13 pessoas gastaram menos de dez segundos (43%), 12 gastaram entre dez e 20 segundos (40%), quatro gastaram entre 20 e 30 segundos (13%) e apenas uma pessoa gastou mais de 30 segundos (3%), o que difere do resultado encontrado no presente estudo, o que mais uma vez nos demonstra que os participantes desta realizam todo o procedimento de higienização das mãos.

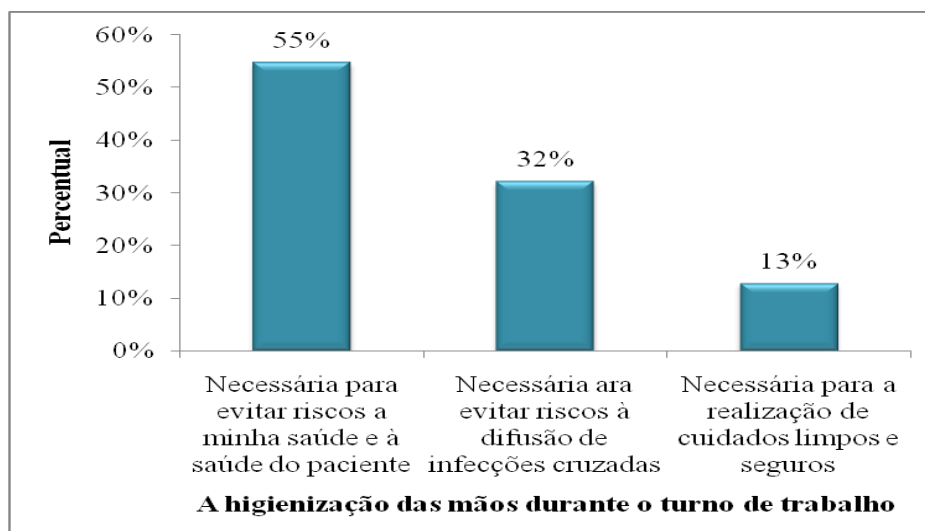


Gráfico 10. Representação percentual quanto à higienização das mãos durante o turno de trabalho, novembro de 2015. Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Pode-se observar através dos resultados do gráfico supracitado que os profissionais de enfermagem estudados possuem conhecimento acerca dos benefícios de uma prática correta da higienização das mãos, pois esta está diretamente relacionada aos casos de infecções durante a assistência à saúde, pois são as mãos que transportam o maior número de micro-organismos aos pacientes, por meio contato direto ou através de objetos.

As mãos além de abrigar microrganismos, também têm capacidade para transferi-los de uma superfície a outra, seja por contato direto, pele com pele, ou indireto, através de contato com objetos. Portanto, a higienização correta das mãos com água e antissépticos, reduz significativamente a quantidade de microrganismos patogênicos existentes nessa região, contribuindo assim para prevenir a transmissão de microrganismos e conseqüentemente a ocorrência das infecções hospitalares (Oliveira, 2005).

Santos (2008) destaca que todos os profissionais de saúde devem ser conscientizados, motivados, estimulados e orientados no exercício de sua profissão, para higienizar as mãos antes e após a realização de procedimentos e das visitas nas enfermarias, fazendo-a de forma precisa, retirando anéis, pulseiras e relógios.

Em via destas discussões, pontua-se que todas as alternativas apontadas pelos participantes do estudo são consideradas corretas, pois a higienização das mãos é utilizada para evitar riscos à saúde do paciente e a do profissional, bem como, para evitar às infecções cruzadas e na realização de cuidados limpos e seguro.



Gráfico 11. Representação percentual sobre a ter dificuldade para realizar a higienização das mãos, novembro de 2015. Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

No que concerne à existência de dificuldades para higienizar as mãos, torna-se oportuno dizer que os resultados apresentados no gráfico 11 são positivos, uma vez que a maioria dos entrevistados afirma não ter nenhuma dificuldade, o que nos implica a verificar o oferecimento dos meios necessários, por parte da instituição, para a orientação quanto à prática correta.

O MS destaca a higienização das mãos como a estratégia mais importante para prevenir e controlar as infecções nos estabelecimentos de saúde. Ressalta, ainda que, a OMS, também tem se esforçado para estabelecer diretrizes e estratégias que visem à adesão dos profissionais de saúde a prática diária da higienização das mãos (Brasil, 2007).

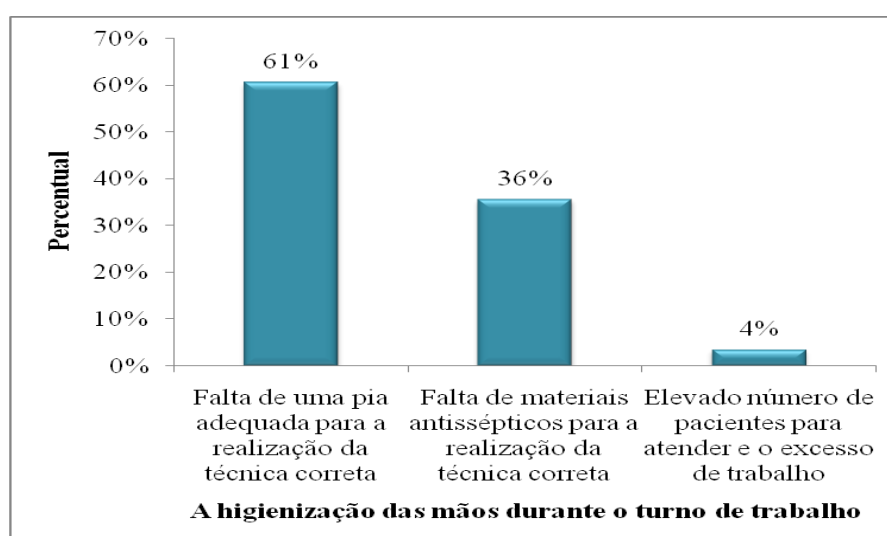


Gráfico 12. Representação percentual quanto às dificuldades para realizar a higienização das mãos, novembro de 2015. Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Pudemos observar que a principal dificuldade vivenciada pelos participantes da pesquisa para a realização da técnica ideal de lavagem das mãos ainda é um fator institucional, pois muitas medidas de controle das infecções hospitalares esbarram na falta de estrutura física dos hospitais, e tais dificuldades acabam por dificultar a realização de procedimentos mais seguros para o cliente e os profissionais da saúde.

Contraopondo aos resultados do estudo, Andrade (2013) ao realizar também uma pesquisa acerca da perspectiva dos profissionais de saúde frente à prática de higienização das mãos constatou como a principal dificuldade a sobrecarga de trabalho (83,65), em segundo lugar apontaram os poucos profissionais durante o turno (34,3%) e em terceiro, (23,9%) dos profissionais afirmaram que as unhas compridas e com verniz constituem dificuldades para à adequada higienização das mãos.

Segundo Potter et al. (2012) afirmam que as condições mínimas que devem ser oferecidas para a prática correta da higienização das mãos seriam os seguintes equipamentos: pia de fácil acesso com água corrente quente/fria, sabão antimicrobiano ou comum, toalhas de papel ou secador de ar, lixeira com saco plástico ou tampa de acionamento por pedal. Outro aspecto que deve ser destacado é a frequência e o produto usado na higienização, que podem conduzir ao ressecamento, aumentando a probabilidade de colonização das mãos por patógenos potenciais e elevando, por consequência, o risco de infecção cruzada no ambiente hospitalar.

CONCLUSÃO

Ao avaliar a higienização das mãos entre os profissionais do hospital, conclui-se que a maioria dos participantes demonstrou conhecimento referente à prática de higienização das mãos, principalmente acerca da técnica correta para realizar tal procedimento, que embora pareça simples, pode e muito contribuir com a redução da incidência de infecções hospitalares no hospital em estudo.

Em via destas discussões, considera-se imprescindível que todos os profissionais de saúde e de um modo especial, os de enfermagem, continuem aperfeiçoando seus conhecimentos, a fim de buscar estratégias que tenham como principal finalidade melhorar a qualidade do serviço, e conseqüentemente a assistência prestada pelos profissionais que nele atuam, de modo a respeitar a vida e a dignidade humana, contribuindo de forma significativa com a recuperação e reabilitação do paciente.

Desta forma, a importância prática desse estudo foi reafirmar a necessidade da instituição de programas de educação continuada que visem estabelecer e manter a adesão à técnica correta de lavagem das mãos e seu cumprimento. E o sucesso da implementação depende desta estratégia, ou seja, de um programa educacional, que deve ser cuidadosamente planejado atendendo às necessidades específicas do referido hospital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade OMB (2013). Perspectiva dos Profissionais de Saúde sobre a Prática de Higienização das Mãos, Escola Superior de Saúde de Viseu (Dissertação), Viseu. 149f.
- Backes DS et al. (2005). Implementação da sistematização da assistência de Enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. *Ciência, Cuidado e Saúde Maringá*, 4(2): 182-188.
- Barreto RASS et al. (2009). Higienização das mãos: a adesão entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica. *Revista Eletrônica Enfermagem*, 11(2): 334-40.
- Brasil (2007). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa. 52p.
- Coelho MS et al. (2011). Higienização das mãos como estratégia fundamental no controle de infecção hospitalar: um estudo quantitativo. *Rev. Enfermería Global*, 21(1).
- Fachin O (2006). Fundamentos de Metodologia. 5ª. Ed. Saraiva.
- Felix CCP et al. (2009). Avaliação da técnica de lavagem das mãos executada por alunos do Curso de Graduação em Enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, 43(1).
- Fiocruz (2015). Comissão de Controle de Infecção hospitalar. Disponível em: <http://www.ini.fiocruz.br/ccih> . Acesso em 21 de novembro de 2015.
- Fontana RT et al. (2006). A prevenção e o controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras. *Rev Bras Enferm*, 59(3): 257-261.
- IBGE - Instituto Brasileiro De Geografia Estatística (2015). Região do Bico do Papagaio. Base cartográfica.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. (2015). Estimativa de População ano de 2010.
- Inoue KC et al. (2009). Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. *Rev Eletr Enf*, 11(1): 55-63.
- Lima MVR (2007). Condutas em controle de infecção hospitalar: uma abordagem simplificada. São Paulo: Iátria.
- Machado MH et al. (2012). Construindo o perfil da enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 3(3): 119-122.
- Marconi MA et al. (2008). Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 7 ed. São Paulo: Atlas.
- Martinez RM et al. (2009). Adesão à técnica de lavagem de mãos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Paul Pediat.*, 27(2): 179-85.
- Martins IS et al. (2006). Endemic ex-spectrum beta lactamase producing *Klebsiella pneumoniae* at na ICU: risk factors for colonization and infection. *Microb Drug Resist*, 12(1): 50-58.
- Oliveira AC (2005). Infecção Hospitalar, epidemiologia, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Portugal (2010). Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde – Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Circular Normativa n.º Perspectiva dos profissionais de saúde sobre a prática de higienização das mãos Otilia Maria de Bastos Andrade 101 13/DQS/DSD, com Documento de Apoio. (A/B).

Potter PA et al. (2012). Fundamentos de enfermagem. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 1509p.

Santos NCM (2008). Enfermagem na prevenção e controle de infecção hospitalar. 3 ed. São Paulo: Érica, 4(1): 37-38.

Sbd - Sociedade Brasileira de Dermatologia. (2015).

Sobiologia (2015). Epitélios de revestimento. Disponível em: <<http://www.sobiologia.com.br/conteudos/Histologia/epitelio4.php>>.

Triviños ANS (2006). Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas.


World Health Organization (Who). (2006). Safe Use of Wastewater, Excreta and Greywater. Volume IV: Excreta and greywater use in agriculture.

Vitari FC (2015). Importância da higienização das mãos. Disponível em: www.3apoliclinica.cbmerj.rj.gov.br/modules.php?

Detecção da Atividade Ventricular Cardíaca empregando Separação Cega de Fontes

Recebido em: 15/05/2021

Aceito em: 25/05/2021

 10.46420/9786588319710cap6

Bruno Rodrigues de Oliveira^{1*} 

INTRODUÇÃO

A análise da atividade elétrica do coração é de grande importância para avaliar a saúde desse órgão bem como a saúde do indivíduo (Guyton e Hall, 2006). Um dos exames mais empregados para esse propósito é o Eletrocardiograma (ECG) que registra essa atividade elétrica por meio de eletrodos dispostos em locais específicos do corpo. O posicionamento destes registra a atividade elétrica de diferentes maneiras, pois as sobreposições e o tempo decorrido, dos impulsos elétricos que chegam até eles, são distintas (Hampton, 2014).

Esses impulsos elétricos são decorrentes da repolarização e despolarização das células cardíacas, o que, por sua vez, é devido às aberturas de canais específicos na membrana celular. Visto que o coração é composto por quatro câmaras, dois átrios e dois ventrículos, e cada uma delas é responsável pelo bombeamento do sangue para locais diferentes, a atividade elétrica também é distinta em cada uma dessas câmaras (Guyton e Hall, 2006).

As células cardíacas podem ser agrupadas em células de condução rápida e lenta. No primeiro grupo temos as células do sistema de Purkinje e dos músculos atrial e ventricular, e no segundo as células do Nódulo SA (Sinoatrial) e Nódulo AV (Atrioventricular). Para se ter uma ideia melhor desta distinção, observamos que o potencial de ação das células de condução rápida estão entre 110 a 120 microvolt (mV), enquanto que aquelas de condução lenta estão no intervalo 60 a 80 mV. Já em relação a velocidade de propagação do impulso elétrico, no primeiro grupo esta é de 100 a 500 milissegundos (ms), enquanto no segundo variam entre 100 a 300 ms (Hampton, 2014).

Isso implica que a atividade elétrica registrada pelo ECG tem características peculiares para cada uma das câmaras, por isso, no ECG são especificadas algumas ondas características: onda P, que representa a despolarização atrial, complexo QRS, formado pelas ondas Q, R e S que explica a atividade elétrica dos

¹ Editora Pantanal.

* Autor correspondente: bruno@editorapantanal.com.br

ventrículos e, devido a velocidade de propagação dos impulsos elétricos, esta atividade sobrepõe àquela da repolarização atrial; e por fim, a onda T que representa a repolarização dos ventrículos.

O reconhecimento das atividades elétricas devidas à cada uma das câmaras do coração é uma tarefa essencial para a análise do ECG, principalmente quando são utilizados sistemas computacionais automatizados. Esse reconhecimento possibilita, por exemplo: identificar certas doenças cardíacas que se manifestam em regiões específicas do coração (Gossler et al., 2016; Oliveira et al., 2019); obter um parâmetro para computar a frequência cardíaca ou também a variabilidade desta frequência; e também analisar as arritmias cardíacas que alteram o ritmo normal.

Neste trabalho é apresentada uma metodologia simples para obtenção das atividades ventriculares, que é baseada na decomposição do sinal de ECG em fontes distintas de informações, provenientes das atividades atriais e ventriculares, utilizando um método de separação cega de fontes. A intenção é determinar, num intervalo de tempo, quando ocorre o maior potencial elétrico da despolarização ventricular. Em outros termos, o objetivo é localizar um intervalo de ocorrência dos picos das ondas R dos complexos QRS.

SEPARAÇÃO CEGA DE FONTES

O problema da separação cega de fontes (*Blind Source Separation* – BSS) consiste em obter as informações de várias fontes que foram misturadas por algum processo de mistura desconhecido. Na Figura 1 a seguir tem-se uma ilustração deste conceito.

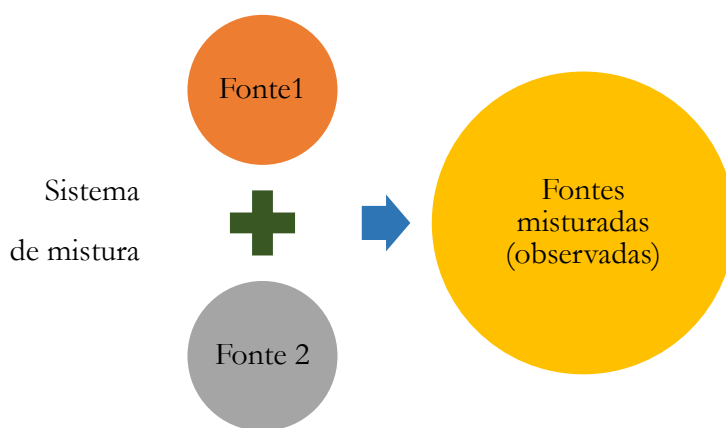


Figura 1. Ilustração do problema de separação cega de fontes.

No problema BSS as informações individuais das fontes não são conhecidas, pois apenas as fontes misturadas é que são observadas. Entretanto, geralmente são feitas algumas suposições sobre estas, tais como: serem estacionárias e com média nula, mutuamente estaticamente independentes e decorrelacionadas. Algumas destas suposições podem ser relaxadas e cada método de resolução pode

também empregar suas próprias exigências sobre certas características dos sinais fontes. Além disso o sistema de mistura também é latente ao problema.

Matematicamente, os sinais misturados que são observadas são representadas por (Hyvärinen et al., 2001):

$$x_m(t) = \sum_{n=1}^N a_{mn}s_n(t) + v_m(t)$$

onde $m = 1, 2, \dots, M$ é a quantidade de sensores que captam as N fontes $s_n(t)$; a_{mn} é uma constante que representa o quanto o sensor m capta da fonte n ; e $v_m(t)$ é um sinal de ruído no sensor m .

Várias metodologias já foram propostas para resolver o problema BSS. Neste trabalho será empregada o método denominado de *Algorithm for Multiple Unknown Signal Extraction* (AMUSE), que pode ser resumido nos seguintes passos (Tong et al., 1990):

1. Estimação da matriz de covariância da matriz das fontes misturadas, onde cada linha é um sinal $x_m(t)$;
2. Cálculo da decomposição em valores singulares (DVS) dessa matriz e estimação da quantidade de fontes e da variância do ruído;
3. Obtenção de uma transformação de ortogonalização, baseada nas matrizes de valores e vetores singulares;
4. Cálculo novamente a DVS, mas para uma matriz de covariância simétrica obtida da matriz de mistura ortogonalizada e construção de uma automatriz com os autovetores obtidos;
5. Estimação da matriz de mistura e das fontes empregando a automatriz obtida no passo anterior.

A multiplicação dessa automatriz pelos sinais fontes misturados produz um efeito similar a uma filtragem sub-banda de dois canais, porque resulta em um sinal de mais baixa frequência e em outro de alta frequência (Oliveira, 2020), onde a segunda componente representa a atividade ventricular de despolarização, uma vez que os complexos QRS estão relacionados as mudanças mais bruscas do sinal de ECG, geralmente no intervalo de 0 a 20Hz (Lin, 2008).

METODOLOGIA

A metodologia aqui discutida foi apresentada por Oliveira (2020). Nesta pesquisa o autor constatou que os sinais de ECG captados por cada eletrodo são a sobreposição das atividades ventriculares, atriais e dos demais sistemas adjacentes, como o sistema Purkinge e o Nódulo AV e AS. Isso ocorre porque as células cardíacas possuem diferentes velocidades de despolarização e além disso, o impulso elétrico dissipado também é distinto.

Por isso, foi proposta a utilização de técnicas de BSS, especificamente o AMUSE, para analisar os sinais de ECG, porque este método permite separar a atividade ventricular. Mas, para implementar esse algoritmo, é necessário que o sinal de ECG seja separado em duas partes, pois o AMUSE espera por mais de uma fonte como entrada. Assim, são consideradas duas versões do sinal de ECG: uma inicia-se na primeira amostra do sinal e vai até a penúltima, e a outra inicia-se na segunda amostra em vai até a última. Ou seja, a segundo sinal representa uma versão transladada no tempo, por uma amostra.

Na Figura 2 (a) tem-se um sinal de ECG, e nas Figuras 2 (b) e (c) as fontes estimadas a partir desse sinal.

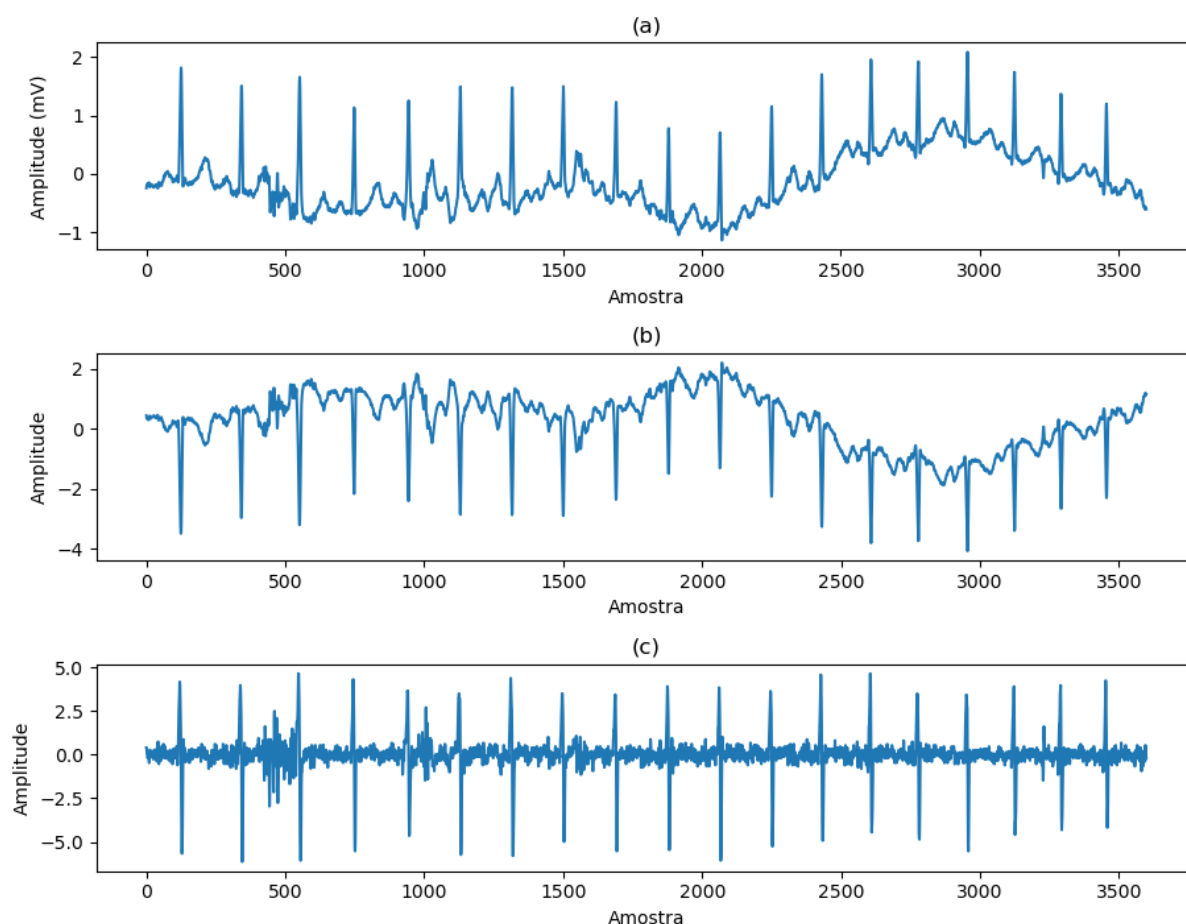


Figura 2. Exemplo de aplicação do AMUSE para análise de um sinal de ECG.

Observa-se que a fonte estimada na Figura 2 (c) destaca a atividade ventricular de despolarização, ou seja, os complexos QRS, enquanto que a fonte na Figura 2 (b) apenas representa uma versão do sinal original, mas invertido na amplitude. Se mais segmentos defasados do ECG são passados para o AMUSE, as demais componentes estimadas estarão relacionadas aos ruídos do sinal de ECG. Tais ruídos são prejudiciais a análise, tanto pelo médico quanto pelo cardiologista e por isso vários métodos têm sido propostos para sua eliminação/atenuação (Oliveira et al., 2018).

Com base nesta constatação, propõe-se aqui empregar o segundo sinal estimado pelo AMUSE como um sinal de entrada para detecção da atividade ventricular, ou dos picos das ondas R. Para tanto será empregada a técnica de limiar, que já foi anteriormente utilizada no trabalho apresentado por Oliveira et al. (2015). Essa técnica consiste em calcular um limiar como sendo um percentual do valor máximo do valor absoluto do seguimento analisando, e associar todos os valores acima desse limiar como sendo pertencentes a atividade ventricular de despolarização.

O valor absoluto é considerado porque existe no método AMUSE, implicitamente, uma ambiguidade de rotação (defasagem) dos sinais fontes estimadas. Isso pode ser observado, por exemplo, na Figura 2 (b), onde a fonte estimada tem uma defasagem de 180° . Além disso, dependendo da derivação a onda R pode estar invertida, ou seja, o ponto de máximo torna-se um ponto de mínimo.

RESULTADOS

Para o trecho do sinal ECG analisado, Figura 2 (a), serão empregados três percentuais de limiares, iguais a 30%, 40%, 50% e 60% do valor máximo do seguimento de ECG que foi filtrado pelo AMUSE, ou seja, a segunda fonte estimada, Figura 2 (c), que está relacionada a atividade ventricular de despolarização.

Após a aplicação do limiar, itera-se por cada amostra do sinal filtrado, Figura 2 (c), fazendo uma marcação naquelas que são superiores ao limiar. Em termos práticos, considera-se um novo sinal composto de 0 e 1, onde 1 representa o trecho de maior atividade ventricular de despolarização no sinal de ECG original. A Figura 3 ilustra a implementação da metodologia proposta.

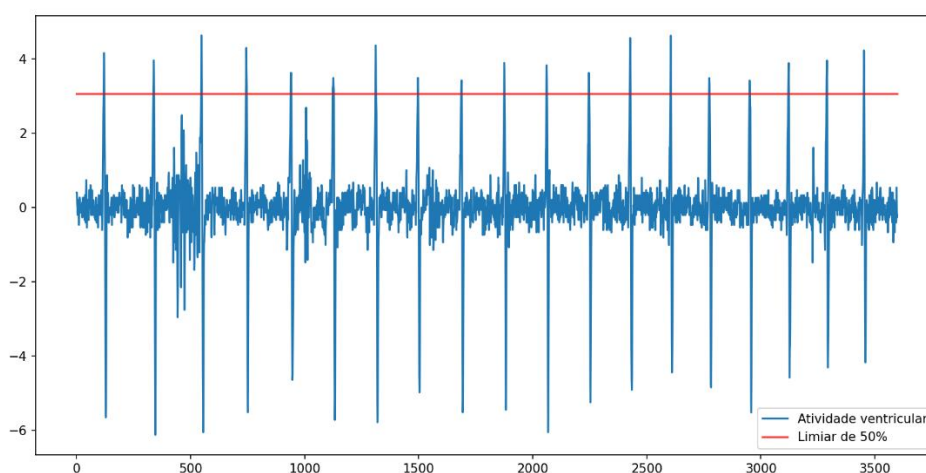


Figura 3. Exemplo do sinal de ECG filtrado (atividade ventricular) e do limiar de 50%.

Nas Figuras 4, 5 e 6 estão ilustrados os resultados aplicando os percentuais de limiares de 40%, 50% e 60%, respectivamente.

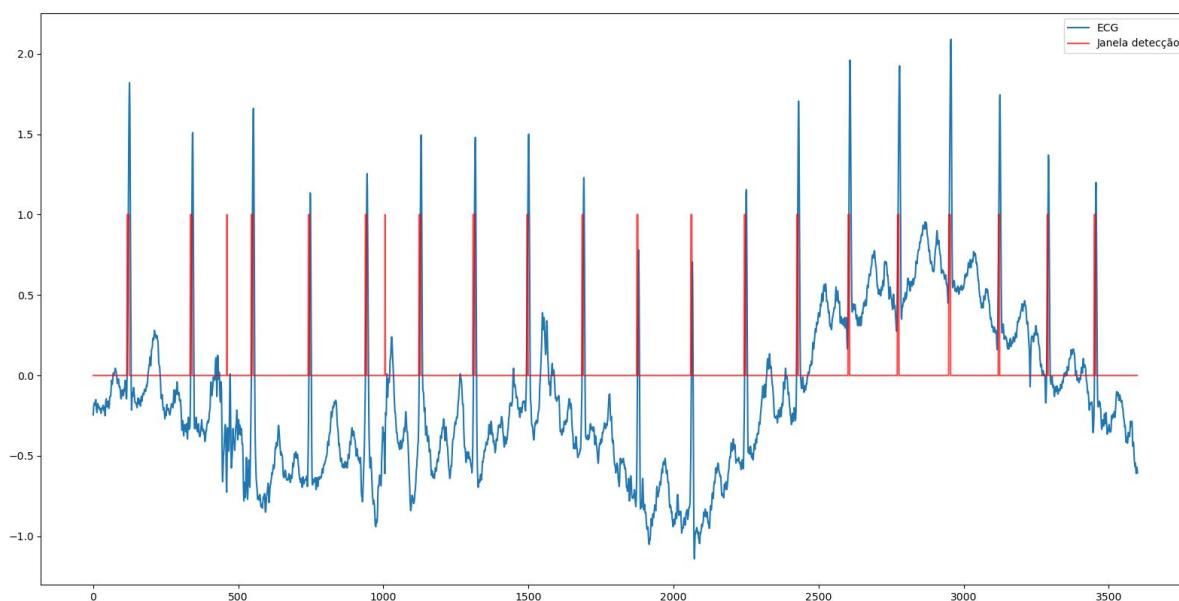


Figura 4. Resultado da detecção para um percentual de limiar de 40%.

Nota-se na Figura 4 que, para o percentual de limiar de 40%, todas as atividades ventriculares de despolarização foram detectadas, mas ocorreram dois erros de detecção, após o segundo o quinto complexos QRS. É interessante observar nesta figura, que devido a mudança da linha isoeletrica, a simples aplicação de um limiar sobre o sinal de ECG original não seria adequada, porque em certos trechos de sinal, as ondas T tem quase que a mesma amplitude do complexo QRS.

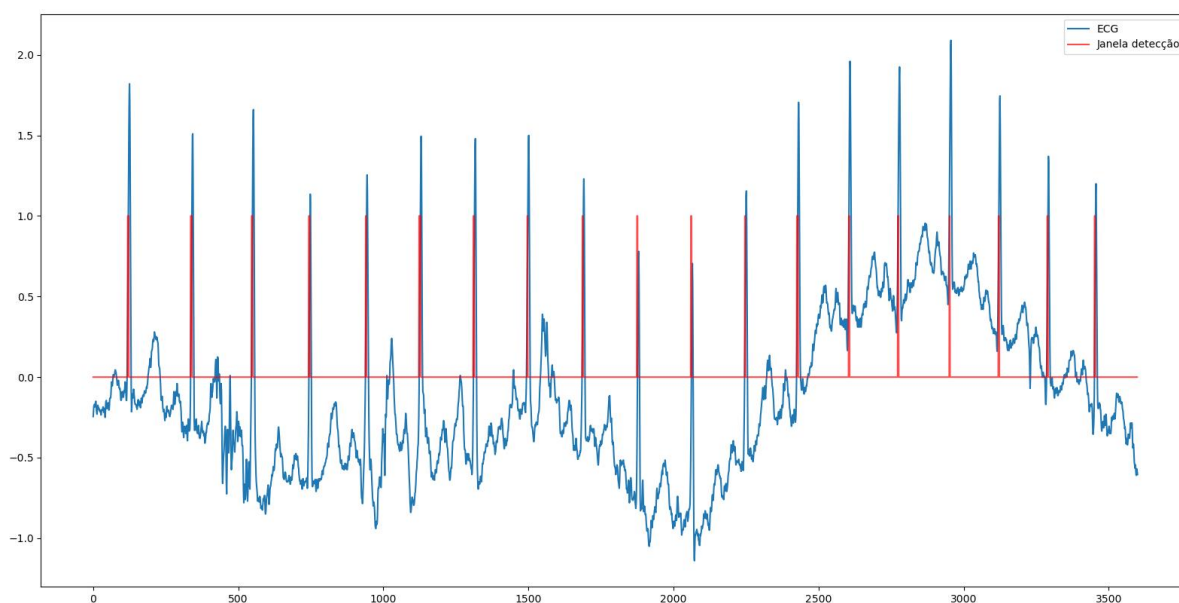


Figura 5. Resultado da detecção para um percentual de limiar de 50%.

Já na Figura 5 estão exibidas as janelas de detecções para um percentual de limiar de 50%. Neste caso a detecção foi perfeita, pois todas as atividades ventriculares foram detectadas e não foram feitas falsas detecções como nos casos apresentados anteriormente, para os percentuais de 30% e 40%.

A fim de verificar se um incremento maior nesse percentual tem algum efeito positivo ou negativo, aplica-se também um percentual de 60%. Os resultados estão ilustrados na Figura 6, onde pode-se constatar que a utilização desse percentual acarretou na diminuição das detecções das atividades ventriculares, porque 7 complexos QRS deixaram de ser detectados.

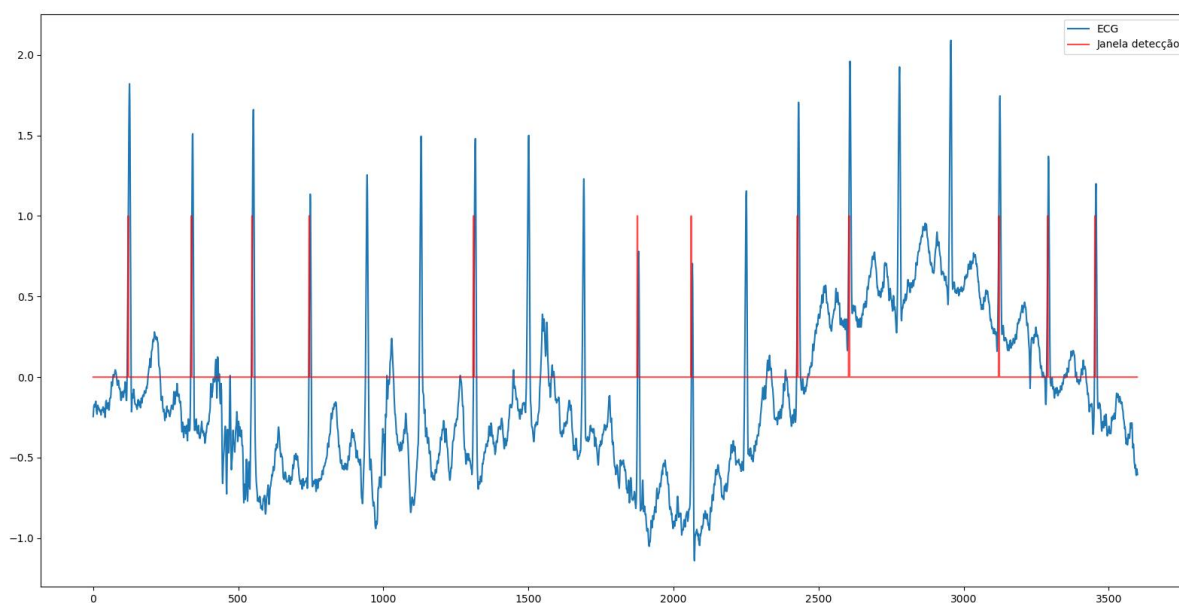


Figura 6. Resultado da detecção para um percentual de limiar de 60%.

Enfim, pode-se concluir que a aplicação do método AMUSE para filtragem do sinal de ECG, para obtenção de componentes relativas à atividade ventricular de despolarização, é adequada dependendo do percentual do limiar escolhido. Embora o limiar com percentual de 50% tenha gerado precisão de 100% na detecção dos complexos QRS, este não deve ser adequado para qualquer situação, pois os sinais de ECG são muito dinâmicos. Logo, uma abordagem de limiar adaptativo deve ser pensada.

Também é importante destacar que a metodologia apresentada ainda está em fase muito inicial de projeto, sendo necessários incrementos consideráveis para que seja eficaz na detecção de sinais de ECG que apresentem ruído ou arritmias que modificam as morfologias do complexo QRS.


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gossler, F.E et al. (2016). A wavelet generated from Fibonacci-coefficient polynomials and its application in cardiac arrhythmia classification. In Proc. of XIX ENMC-National Meeting on Comp. Model. and VII ECTM-Meeting on Materials Science and Tech.
- Guyton AC et al. (2006). Tratado de fisiologia médica. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Hampton JR (2014). ECG Essencial. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Hyvärinen A et al. (2001). Independent Component Analysis. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Lin CH (2008). Frequency-domain features for ECG beat discrimination using grey relational analysis-based classifier. Computers & Mathematics with Applications, 55(4): 680-690.
- Oliveira BRD (2020). Reconhecimento de Contração Prematura Ventricular utilizando separação cega de fontes e comitê de máquinas bayesianas (Tese), Ilha Solteira-SP. 152p.
- Oliveira BRD et al. (2015). Detecção de Complexos QRS do ECG pela Decomposição em Valores Singulares em Multirresolução. IX ENAMA - Encontro Nacional de Análise Matemática e Aplicações: 143-144.
- Oliveira, BRD et al. (2018). A wavelet-based method for power-line interference removal in ECG signals. Research on Biomedical Engineering [online], 34(1): 73-86. DOI: 10.1590/2446-4740.01817
- Oliveira, BRD et al. (2019). Geometrical features for premature ventricular contraction recognition with analytic hierarchy process based machine learning algorithms selection. Computer methods and programs in biomedicine, 169: 59-69. DOI: 10.1016/j.cmpb.2018.12.028
- Tong L et al. (1990). Indeterminacy and identifiability of blind identification. Circuits and Systems, IEEE Transactions on, 38(5): 499-509.

O papel do enfermeiro no atendimento humanizado ao público LGBTQIA+


Recebido em: 15/05/2021

Aceito em: 04/06/2021

 10.46420/9786588319710cap7


Jocimar Silva Melo^{1*} 


Marcia Aparecida Dias² 

Beatriz Regina da Silva³ 

Aive Oliva Santos⁴ 

Thais de Novais Degani⁵ 

Waldênia Rodrigues Gomes⁶ 

Cristina Ila de Oliveira Peres⁷ 

INTRODUÇÃO

O enfermeiro é um profissional qualificado para prestar assistência de saúde tendo para isso o papel fundamental no cuidar, trabalhar, educar e orientar a população a respeito da orientação sexual e identidade de gênero dentro da disseminação das políticas de saúde.

Contudo, no âmbito da saúde, alguns autores relacionam práticas discriminatórias recorrentes de alguns profissionais de saúde, aos padrões normatizados da heterossexualidade na sociedade. O processo de saúde-doença de uma população LGBTQIA+ é complexo e específico para cada sigla, sendo necessário transformações no serviço de saúde e no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde. Neste sentido torna-se relevante este estudo para gerar uma reflexão nos profissionais de saúde acerca da necessidade de conhecerem a população LGBTQIA+ e assim prestar um acolhimento de qualidade e livre de preconceitos.

Esse debate é de extrema importância, uma vez que diferentes profissionais encontram desafios semelhantes e posteriormente a análise e as soluções poderão vir a ajudar vários trabalhadores. Nesse sentido pretendeu-se com este estudo compreender qual o papel do enfermeiro no atendimento humanizado ao público LGBTQIA+.

¹ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Pitágoras, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

² Docente tutora EAD do grupo Lépton da Faculdade Pitágoras.

³ Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Pitágoras.

⁴ Mestrado em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Pitágoras.

⁵ Especialização em enfermagem do trabalho. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Pitágoras.

⁶ Mestrado em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Pitágoras.

⁷ Mestrado em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Pitágoras.

* Autor correspondente: jocimarbale@gmail.com

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de uma revisão bibliográfica de artigos, teses e monografias tendo como base de pesquisa os bancos de dados renomados como SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), revistas na área da saúde, como a Revista Brasileira de Enfermagem e a Revista Brasileira Eletrônica de Acervo da Saúde, com relevância no período de 2015 até 2020. Os descritores utilizados foram: “Enfermagem”; “LGBTQIA+”; “Assistência”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

População LGBTQIA+ e as dificuldades para acessar a saúde

No século XIX a homossexualidade por diversas vezes foi considerada como uma doença, uma maldição para toda a vida, independente de diferentes culturas, sendo motivo de punição, vergonha, segregação e violência contra todos aqueles que atravessassem a fronteira da heteronormatividade (Santos et al., 2019).

Alguns rótulos de gênero e opção sexual como: lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, vêm fazendo parte de uma realidade mais presente no século XXI, estes termos apresentam atrações homoafetivas que representam pessoas do mesmo sexo ou indivíduos de sexo oposto. Sendo que estas pessoas que possuem um vínculo afetivo diferente do padrão heterossexual conhecido pela sociedade são hoje alvo de um avantajado preconceito que representa tabus, seja religioso ou social (Orientação, 2020).

O Ministério da Saúde (2015) reconhece que gênero, é a designação dada para o sexo de nascimento da pessoa, limitando-se em apenas sexo masculino e o sexo feminino, a identidade de gênero tem um papel de construção social, o gênero pode ser moldado, podendo ser entendido como algo mutável e não se limitando ao sexo biológico de nascimento da pessoa (genitália masculina ou feminina).

No Brasil a homossexualidade deixou de ser considerada crime em 1830, com uma Lei Federal que proibia a punição de qualquer tipo a pessoas que mantinham relacionamentos homoafetivos. Desde então a comunidade LGBTQIA+ no Brasil tomou força, mas sempre com a estigmatização e preconceito permeando os indivíduos que compõe este grupo (Desenhamos, 2020).

Cada letra da sigla LGBTQIA+ agrega um grupo de pessoas que se reconhece por uma orientação sexual ou uma identidade de gênero diversa daquelas que a sociedade convencionou como únicas (orientação heterossexual; gêneros masculino e feminino) (O QUE, 2020).

O L diz respeito às lésbicas e o G, a gays, mulheres e homens, respectivamente, que sentem atração afetivo-sexual por pessoas do mesmo gênero que o seu; enquanto o B representa as pessoas bissexuais, que sentem atração afetivo-sexual por homens e mulheres. O T, acolhe identidades de gênero dentro do amplo espectro de diversidade, transgêneros, transexuais e travestis: pessoas que se identificam com um gênero diferente do que foi designado no nascimento. O Q é de queer – quem transita entre os gêneros

feminino e masculino, e mesmo fora da binaridade masculino-feminino (o chamado não-binário, que rejeita os dois gêneros) (O QUE, 2020).

O I, que é mais recente, diz respeito ao intersexo – identidade de gênero de pessoas cujo desenvolvimento sexual corporal (seja por hormônios, genitais, cromossomos ou outras características biológicas) é não-binário; ou seja, não se encaixa na forma binária masculino-feminino (O QUE, 2020).

O A volta a se referir a orientação sexual. Agrega os assexuais, aqueles que não sentem atração afetivo-sexual por outra pessoa, independente de orientação sexual e de identidade de gênero. O sinal de mais (+), que há uns anos foi incorporado à sigla, abriga outras possibilidades de orientação sexual e identidade de gênero que existam (O QUE, 2020).

O público LGBTQIA+ enfrenta dificuldades no acesso a saúde, pois é observado que os funcionários: médicos, enfermeiros, atendentes, entre outros, não se apresentam preparados para conversar e atender essa parcela da população (Guimarães et al., 2017). Como exemplo é o relato de Sol Guiné de 23 anos que foi ao ginecologista em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em 2016, e afirmou durante a consulta que era lésbica e tinha várias parceiras, o médico afirmou em seguida: “não sei se vou conseguir continuar o atendimento com você, porque eu não sei tratar, não tenho o costume de atender pessoas com homossexualismo”. O relato do médico deu a entender que o fato da Sol Guiné ser lésbica configurava uma doença chamada homossexualismo, sendo que a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1990, deixou de classificar a homossexualidade como patologia e a retirou da Classificação Internacional de Doenças (Apesar, 2020).

Outra dificuldade encontrada pela comunidade LBGTQI+ é devido ao estereótipo criado pela comunidade de que todo homossexual possui alguma doença sexualmente transmissível, os médicos geralmente já pedem exames sorológicos de HIV e outros sem ao menos questionar o paciente sobre sua vida sexual, uma vez que eles já julgam ser necessário fazer os exames (Público, 2020).

Para travestis e transexuais, a principal barreira é fazer valer o uso no nome social e ser tratado conforme o gênero com o qual se identifica. Keila Simpson, presidente da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) afirma que alguns profissionais desconsideram o cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) e levam em conta o documento original (sem o nome social). O que é contraditório, uma vez que o serviço de saúde foi o primeiro a utilizar o nome social em seu sistema (Apesar, 2019).

Embora avanços tenham sido apresentado nos últimos anos, os serviços de saúde ainda tendem a se organizar para uma clientela heterossexual, limitando suas possibilidades de atuação efetiva junto a pacientes LGBTQIA+. No estudo realizado por Langaro (2019) aponta que as práticas sexuais ou identidades sexuais não normativas de pacientes podem interferir negativamente nas formas de cuidado que recebem em determinados serviços de saúde, dificultando o acesso desse público aos serviços de saúde.

Essa problemática do acesso aos serviços de saúde torna essa população mais suscetível a adquirir doenças mais prevalentes a esse público, tais como: problemas de cunho psicológicos, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), câncer de colo do útero, câncer de mama e câncer de próstata. O que justifica a prevalência dessas doenças nesse público é justamente a falta de um acompanhamento de rotina para prevenção das mesmas, visto que os profissionais se sentem desconfortáveis na prestação do cuidado aos pacientes com orientação sexual diferente da heterossexualidade (Silva et al., 2018).

Nota-se que a chamada população das normas desviantes passa por um processo preocupante, visto que nos últimos anos a violência contra grupos de homossexuais, bissexuais, transexuais, lésbicas entre outros tendem a crescer.

De acordo com Sousa e Arcoverde (2019) “o Brasil registrou 141 mortes de pessoas LGBT de janeiro a 15 de maio deste ano, segundo relatório do Grupo Gay da Bahia (GGB) divulgado nesta sexta-feira (17). Segundo a entidade, foram 126 homicídios e 15 suicídios, o que representa a média de uma morte a cada 23 horas”.

Vale ressaltar que os números relacionados a violência mental, sexual e física não são registrados. A região nordeste encontra-se com os maiores índices de violência contra esta parcela da população, o que possivelmente está atrelado a não aceitação de outros tipos de orientações sexuais, que não seja homem com mulher e vice-versa (Ceará, 2018).

Estudo feito por Lustosa e Gonçalves (2019) “observou-se que a maioria dos enfermeiros entrevistados não sabe a diferença entre orientação sexual e identidade gênero”. Guimarães et al. (2017) também afirma que a equipe de enfermagem está despreparada para atender o público LGBTQIA+. Diante disso, a discriminação dos profissionais e o despreparo por partes destes principalmente do enfermeiro para lidar com as especificidades que acometem esta população respalda o fato de que é primordial desenvolver práticas éticas em enfermagem, como: o “saber ouvir” e entender as pessoas de orientação sexual diferenciada antes de olhá-las como marginalizadas por sua diversidade (Rosa et al., 2019).

Diante de tais afirmações vale ressaltar que é importante que os profissionais de saúde em especial os enfermeiros saibam compreender as especificidades do público LGBTQIA+ para prestar uma assistência individualizada e direcionada para as necessidades e as demandas de cada usuário respeitando sua orientação e sua essência bem como garantindo seus direitos da cidadania. Ademais faz se necessário também neste contexto compreender os direitos e diretrizes de atendimento ao público LGBTQIA+ e também como deve ser o atendimento de saúde de forma humanizado para o público LGBTQIA+.

Políticas e diretrizes para o atendimento ao público LGBTQIA+ nas unidades de saúde

A orientação sexual e a identidade de gênero são categorias reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, entre outros, a agravos decorrentes do estigma e da exclusão social (Filho et al., 2019).

Vale a pena ressaltar que na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, Portaria nº 675/GM/2006 (que foi revogada para a portaria 1820 de 2009), que explicita os direitos dos usuários com o objetivo de garantir respeito às especificidades existentes na população brasileira, como conquista do movimento LGBTQI+, foi incluída a diversidade de orientação sexual e identidade de gênero (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde formulou a Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do SUS, com respaldo político e institucional explicitado no Pacto pela Saúde 2006, em suas três dimensões: o pacto pela vida, o pacto em defesa do SUS e o pacto de gestão do SUS, que integram o Programa Mais Saúde: direito de todos, lançado em 2008 e que se constitui numa reorientação das políticas de saúde com o objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade (Silva et al., 2020).

A Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT é uma resposta do estado brasileiro às necessidades e às demandas de saúde dessa população, conforme formuladas por seus representantes do poder público e movimentos sociais LGBT (BRASIL, 2013). No Anexo 01 deste trabalho é possível visualizar os artigos de 01 a 04 da Portaria 2.836 de 2011 que trata sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

No Programa Mais Saúde: direito de todos, são encontradas metas específicas para promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde (para grupos populacionais de negros, quilombolas, LGBTQIA+, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros). Por sua vez, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (Participa SUS) garante viabilidade às ações de promoção da equidade em saúde nos níveis estaduais e municipais (BRASIL, 2010).

As diretrizes e políticas são bem vistas para a comunidade LGBTQI+, contudo os materiais do governo são inespecíficos quanto a colocar as ações em prática. Cabe aos Estados e municípios implementarem as medidas, mas nem sempre isso ocorre (Oliveira et al., 2017).

Vale ressaltar que a Constituição Federal de 1988 (CF/88), garante a cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1.º, inc. II e III), reforçados no objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988, art. 3.º, inc. IV).

Para atendimento específico do processo de adoecimento, do sofrimento e da morte, foi criado um sistema único, público e universal, o SUS. Os princípios constitucionais do SUS são: a) a universalidade

do acesso, compreendido como o “acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”; b) a integralidade da atenção, “entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”; c) a participação da comunidade institucionalizada por meio de lei regulamentar nos conselhos e conferências de saúde – Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990, art. 7.º, inc. I, II, IV IX).

A educação permanente e educação popular em saúde devem ser pautadas na humanização; na dignidade da pessoa humana; e no respeito ao nome social e às identidades de gênero em ações de educação em saúde e na busca por um atendimento equânime. Discriminação, óbices de diálogo entre profissionais da saúde e LGBTQIA+, além da violação quanto ao uso do nome social, manifestam-se como entraves ao acesso de pessoas LGBTQIA+ aos serviços de saúde, contribuindo para o adoecimento, na medida em que os nega e dificulta cuidados em saúde. É essencial a inclusão desta temática nos currículos da saúde, para que todos os profissionais da saúde tenham o conhecimento dos fundamentos necessários para proporcionar acolhimento, prevenção, promoção e terapêutica de qualidade, e apresentar qual o papel do enfermeiro frente ao atendimento à população LGBTQIA+ (Langaro, 2019).

Relação da enfermagem e atendimento humanizado ao público LGBTQIA+

É importante salientar que o enfermeiro tem o papel fundamental no conceito de cuidar, trabalhar, educar e orientar em relação a sexualidade, diversidades e clarificar a população a respeito de orientação sexual e identidade de gênero como um detentor da educação em saúde dentro da disseminação das políticas públicas de saúde (Filho et al., 2019).

É imprescindível aos enfermeiros deter conhecimento, como também apoiar as políticas públicas voltadas para o usuário LGBTQIA+, desenvolvendo ações estratégicas para atrair esse usuário para os serviços de saúde, tendo como bases legais e norteadoras para o seu atendimento dentre outras a Portaria 1820/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde (Querino et al., 2017).

O enfermeiro deve estar sempre em busca de novas capacitações para acolher, cuidar e prestar uma assistência holística e humanizada a população LGBTQIA+, o poder público através do SUS precisa oferecer educação continuada, para que os profissionais possam prestar uma assistência de forma mais humanitária e qualitativa (Oliveira et al., 2017).

Algumas orientações gerais devem ser lembradas pelo profissional durante o atendimento mais humanizado, sendo elas: oferecer atendimento individualizado; tratar o paciente como gostaria de ser tratado; tratar o usuário com respeito e atenção; disponibilizar de tempo para uma conversa tranquila; manter sigilo das informações; proporcionar privacidade; notificar os casos necessários; evitar perguntas indiscretas e desnecessárias (Querino et al., 2017).

Nos casos em que sejam necessárias notificações o profissional deve proceder à investigação da caracterização de violência assim que o paciente estiver em condições de falar no assunto. É importante orientá-lo da importância da denúncia para as devidas medidas de prevenção ou impedimento de novos episódios, bem como, para penalização legal do agressor. Vale ressaltar que esta conduta deve ser realizada para qualquer paciente que apresentar sinais de algum tipo de violência, sendo eles da comunidade LGBTQIA+, mulheres, crianças ou idosos (Filho et al., 2019).

Após publicação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT vários documentos foram elaborados com intuito de normatizar o acesso e acolhimento da população LGBTQIA+. A seguir será apresentado modelos de Acolhimento e Fluxo de Atendimento a Diversidade, da Secretaria Estadual de Saúde de Tocantins e sistematizado por Fernandes (2020).

- Modelo de fluxo de atendimento de violência ao público LGBTQIA+ no resgate pelo SAMU;
Classificação de risco – escuta qualificada;

Atendimento Clínico/Ginecológico ou Clínico/Proctologista/Urologista – urgência clínica;

Exames laboratoriais – comunicação ou encaminhamento ao SAVS/D.

Encaminhamento ao serviço de referência para a Profilaxia Pós Exposição Sexual (PEP Sexual) se for o caso: de 2 a 72 horas: Profilaxia de IST, HIV/AIDS, Hepatite e Anticoncepção de Emergência; Gravidez decorrente do estupro – aborto legal;

Atendimento psicossocial;

Encaminhamento ao serviço de polícia – ocorrência no plantão policial/Delegacia da mulher, caso necessário;

Encaminhamento ao SAE em caso positivo para o HIV e/ou Hepatite B e C.

- Modelo de fluxo de atendimento de violência ao público LGBTQIA+ nas Unidades Básicas de Saúde (UBS):

Recepção e acolhimento humanizado – com escuta qualificada;

Identificação opcional da orientação sexual à usuária, nos documentos de triagem e registro, explicando sobre a importância de um atendimento individualizado e humanizado;

Triagem – detecção de possíveis sinais de violência fazer os encaminhamentos necessários;

Atendimento clínico;

Coleta e preservação de materiais;

Medicação;

Encaminhamentos específicos – SAVS/Plantão Policial/Delegacia Policial – caso necessário;

Encaminhamento ao serviço de referência para a Profilaxia Pós Exposição Sexual (PEP Sexual) se for o caso: nas primeiras 72 horas: Profilaxia de IST, HIV/AIDS, Hepatite e Anticoncepção de Emergência; Gravidez decorrente do estupro – aborto legal.

- Instruir o paciente sobre as seguintes informações:

Disque 100 – Disque Direitos Humanos (Disque 100), serviço utilizado para permitir que o cidadão denuncie atos de violência (SDH/Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República).

Disque 136 – Disque Saúde: serviço de atendimento ao cidadão e cidadã que utiliza o SUS. É um serviço de comunicação direta do usuário do Sistema SUS à Ouvidoria do SUS, do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES)/Ministério da Saúde (MS).

Disque 180 – Central de Atendimento à Mulher: serviço ofertado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) com o objetivo de receber denúncias ou relatos de violência, reclamações sobre os serviços da rede e de orientar as mulheres sobre seus direitos e sobre a legislação vigente, encaminhando-as para os serviços quando necessário.

- Modelo de fluxo de acolhimento ao público LGBTQIA+ nos serviços de saúde mental:

Recepção e acolhimento humanizado – com escuta qualificada;

Identificação da orientação sexual e identidade de gênero disponível ao usuário nas fichas de triagem e registro, explicando sobre a importância de um atendimento individualizado e humanizado;

Fomentar o fortalecimento junto a Rede de Atenção à Saúde Mental sobre o atendimento integrado também para a população LGBTQIA+;

Atentar para histórico familiar (situação de violência doméstica motivada pela orientação sexual e/ou identidade de gênero) e relacionamento social (afetivo e comunitário - amigos, vizinhos);

Qual a situação de moradia, renda, escolaridade, etc. (contextualização da vulnerabilidade social);

O atendimento não deverá se basear em padrões morais de qualquer natureza que não atender à saúde do indivíduo.

O governo de São Paulo em parceria com a Agência da ONU para Refugiados (ACNUR) promoveu a elaboração de uma cartilha sobre o Protocolo Operacional Padrão de Atendimento Humanizado à População Refugiada e Migrante Trans e Travesti na Cidade de São Paulo (BRASIL, 2020), a seguir foi colocado alguns pontos relevantes.

- Listagem apresentando quais os pontos que a equipe e enfermagem podem oferecer para um atendimento acolhedor ao público LGBTQIA+:

Estar familiarizada (o) com questões, nomenclaturas e serviços relacionados às pessoas trans e travestis;

Durante a sua introdução, mencione que as pessoas são livres para falar com você sobre qualquer assunto;

Perguntar se a pessoa tem um nome social e se prefere ser chamado por ele;

Incluir a opção de indicar nome social no sistema de registro. Neste caso, deve-se sempre lembrar de perguntar se a pessoa faz uso do mesmo nome que consta em sua documentação, ou se prefere ser chamada(o) por outro nome social ou apelido;

Evitar usar pronomes e outros termos que indicam gênero binário quando estiver falando com a pessoa pela primeira vez, já que não é possível adivinhar a identidade de gênero de alguém apenas a partir do nome, aparência ou de maneirismos de linguagem;

Usar os termos que as pessoas usam para descrever a si mesmas e a suas (seus) parceiras(os). Por exemplo, se alguém se chamar de “gay”, não use o termo “trans” ou “travesti”;

Utilizar a flexão correta de gênero, de acordo com a preferência da pessoa atendida, ao se comunicar com ela;

Garantir que as reuniões não sejam apressadas ou interrompidas. Dê à pessoa a sua total atenção e garanta que reconhece as suas questões e preocupações de forma positiva e solidária. O seguinte questionamento é interessante ser feito: “O que podemos fazer como equipe para tornar o ambiente um espaço mais seguro?”;

Possua pôsteres que sinalizem que o local é seguro para pessoas LGBTQIA+ no ambiente de escuta;

Forneça materiais informativos;

Quando apropriado e relevante, publique itens que identifiquem o espaço como amigável, como bandeiras de arco-íris, triângulos rosas, outros símbolos ou sinais de espaço seguro. Contudo, lembre-se de que há muitos lugares onde as pessoas LGBTQIA+ não reconhecem esses símbolos, e, por esse motivo, sua utilidade pode ser limitada. Você deve verificar com pessoas e organizações LGBTQIA+ se existem outros símbolos ou linguagens (escritos ou falados) ou outros mecanismos que possam ser úteis em outros contextos;

Indique o uso do banheiro de acordo com a identidade gênero da pessoa, e não com o sexo de nascimento. Inclua também placas de espaço seguro nos banheiros;

Ofereça funcionários de outro gênero, quando apropriado e quando solicitado pela pessoa atendida;

Peça às pessoas LGBTQIA+ que forneçam opiniões sobre os serviços e suporte que considerariam mais úteis.

O enfermeiro é um profissional que deve estar atento as diversidades, a cultura e as mudanças da sociedade, possuir mente aberta para compreender essas mudanças, aceitando e respeitando toda e qualquer diversidade. O produto final do profissional de enfermagem é a saúde e bem-estar do paciente, independente de idade, raça ou orientação sexual. As listagens feitas durante este capítulo servem para nortear os profissionais que ainda não possuem essa clareza.

Para um atendimento mais humanizado ao público LGBTQIA+ os profissionais de saúde podem criar um ambiente da saúde acolhedor a partir de uma reflexão sobre as crenças, preocupações e orientações sobre a sexualidade, para que assim diminua o descaso e o preconceito entre profissional e usuário e proporcionar mais cuidado e saúde, prevenindo, promovendo e ajudando a diminuir as principais doenças que acomete esta população (Santos et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do desenvolvimento deste trabalho foi possível compreender que a parcela LGBTQIA+ está desassistida pelos profissionais da saúde, dificultando o acesso dessa população a saúde, isso ocorre devido ao despreparo da equipe e preconceito cultural existente.

Inúmeras políticas e diretrizes foram instauradas visando proteger e acolher a população LGBTQIA+, contudo as medidas não são aplicadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de forma incisiva.

Foi possível compreender que o enfermeiro possui um papel de extrema importância no atendimento humanizado ao público LGBTQIA+, uma vez que ele possui papel fundamental no conceito de cuidar, trabalhar, educar e orientar em relação a sexualidade, diversidades e clarificar a população a respeito de orientação sexual e identidade de gênero como um detentor da educação em saúde dentro da disseminação das políticas públicas de saúde.

Conclui-se que a equipe de enfermagem está despreparada para atender o público LGBTQIA+, sendo responsabilidade do profissional de enfermagem e dos órgãos gestores do SUS realizarem cursos e palestras informando aos profissionais as novas portarias e diretrizes, como também elucidando sobre a importância de um atendimento humanizado e livre de preconceitos.

O enfermeiro deve ser um profissional que desempenha suas funções visando a saúde e bem-estar do paciente como produto final do seu trabalho, realizado de forma humanizada, livre de preconceitos e julgamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APESAR de políticas, público LGBT enfrenta dificuldades no acesso a saúde. Disponível em:

<<https://emails.estadao.com.br/noticias/bem-estar,apesar-de-politicas-populacao-lgbt-enfrenta-dificuldades-no-acesso-a-saude,70002889423#:~:text=Apesar%20de%20pol%C3%ADticas%2C%20popula%C3%A7%C3%A3o%20LGBT%20enfrenta%20dificuldades%20no%20acesso%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20X,->

4%20%7C%2011&text=Uma%20das%20maiores%20queixas%20feitas,acordo%20com%20o%20vocabul%C3%A1rio%20feminista.>. Acesso em: 20/agosto/2020.

Brasil (2020). Agência da ONU para Refugiados em parceria com o governo de São Paulo. Protocolo Operacional Padrão De Atendimento Humanizado À População Refugiada E Migrante Trans E Travesti Na Cidade De São Paulo. São Paulo: UNHCR ACENUR/ SP. 17p.

Brasil (2015). Ministério da Saúde. Transexualidade e travestilidade na Saúde. Brasília: MS/SGEP. 194p.

Brasil (2009). Ministério da Saúde. Portaria 1820: Direitos e deveres dos usuários da saúde.

Brasília: MS. 4p.

Brasil (2010). Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: MS/ SAPS. 302p.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 11 set. 1990.

Brasil (2013). Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: MS/ SGEPE. 36p.

CEARÁ é o quarto estado que mais mata gays, travestis e transexuais. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/ceara-e-o-quarto-estado-que-mais-mata-gays-travestis-e-transexuais.ghtml>>. Acesso em: 21/ agosto/ 2020.

DESENHAMOS as conquistas LGBTQI no Brasil. Disponível em: <<https://www.aosfatos.org/noticias/desenhamos-as-conquistas-lgbtqi-no-brasil/>>. Acesso em: 21/ agosto/ 2020.

Fernandes AA. (2020). Acolhimento e fluxo de atendimento a diversidade. Pesquisa da Secretaria de Saúde de Tocantins. 13p.

Filho IMM et al. (2019). O papel da enfermagem no rompimento dos preconceitos LGBT nos serviços de saúde. Revista Revisa, 8(3): 242-245.

Guimarães RCP et al. (2017). Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? Revista Tempus, 11(1): 121-139.

Langaro JP (2019). Transtornos Depressivos Em Pacientes Transexuais Atendidos Em Um Centro De Referência De Atendimento Da População LGBT. Universidade Federal da Fronteira Sul (Trabalho de Conclusão de Curso), Passo Fundo. 80p.

- Lustosa GR et al. (2019). Análise do conhecimento de enfermeiros relacionado a assistência a população LGBT. *Revista JRG Estudos Acadêmicos*, 5(2).
- Oliveira SR et al. (2017). O Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família e o Cuidado à População LGBT. *International Nursing Congress*. 4p.
- O QUE significa cada letra da sigla LGBTQIA+? Disponível em: <[https://mundoeducacao.uol.com.br/geografia/orientacao-sexual.htm](https://blogs.ne10.uol.com.br/social1/2020/06/30/o-que-significa-cada-letra-da-sigla-lgbtqia/#:~:text=De%20GLS%20a%20LGBTQIA%2B,%3B%20g%C3%AAneros%20masculino%20e%20feminino).>. Acesso: 27/ setembro/ 2020.</p><p>ORIENTAÇÃO sexual e identidade de gênero. Disponível em: <. Acesso em: 20/agosto/2020.
- PÚBLICO LGBT diz o que é importante para garantir o atendimento em saúde. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/50912-equidade-publico-lgbt-explica-o-que-e-importante-para-garantir-o-atendimento-em-saude-no-pais>>. Acesso em: 06/ novembro/ 2020.
- Querino MS et al. (2017). Ações Da Equipe De Enfermagem Na Implementação Da Política De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais- Revisão De Literatura. *Revista Acadêmica Sena Aires*, 6(1): 46-58.
- Rosa DF et al. (2019). Assistência de enfermagem a população trans: gênero na perspectiva da prática profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72: 311-319.
- Santos LRL et al. (2019). Políticas Públicas voltadas para a população LGBT: história, conceitos e fragilidades. *Núcleo de Estudos de Gênero. Revista Caderno Espaço feminino*, 32(1).
- Silva ACA et al. (2020). Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. *Revista Interface*, 24: 15.
- Silva AS et al. (2018). Percepções do grupo LGBT sobre câncer de próstata: uma revisão integrativa. *Revista Ciência Plural*, 4(3): 91-99.

ÍNDICE REMISSIVO

A

AMUSE, 58, 59, 60, 62
 assistência
 à saúde, 7, 12, 45, 51
 de enfermagem, 30, 33, 34, 37, 38
 atendimento
 de emergência, 30
 humanizado, 4, 37, 64, 69, 73
 atividade ventricular, 4, 58, 59, 60, 62

B

bactéria *Streptococcus pyogenes*, 16

C

Candida spp., 22, 23, 24, 25, 26, 28
 candidíase, 22, 24, 25, 26, 27
 candidose, 22, 23, 24
 complexo QRS, 56, 61, 62

D

diagnóstico, 10, 11, 23, 26, 27, 37

E

eletrocardiograma, 32, 38
 enfermagem, 6, 8, 13, 30, 33, 36, 37, 38, 39, 40,
 54, 55, 64, 65, 75
 cirúrgica, 8

F

faringoamigdalites estreptocócicas, 15, 16, 20
 fatores de risco, 4, 7, 8, 9, 10, 13
 fungos, 22, 23, 27

H

higiene das mãos, 48

I

infarto agudo do miocárdio, 29, 30, 32, 36, 37,
 38
 infecção
 de sítio cirúrgico, 9, 13, 14
 hospitalar, 13, 40, 47, 54, 55
 infecções, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 22, 23, 24, 27,
 39, 40, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54

O

onda R, 60
 orofaringe, 16, 22, 23

P

papel do enfermeiro, 37, 64, 69
 penicilina G benzatina, 15, 18
 profilaxia, 70
 público LGBTQIA+, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71,
 73

R

resistência aos antibióticos, 18
 revisão de literatura, 22, 23, 24, 28

T

tratamento, 4, 6, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 26, 27,
 32, 38
 empírico, 15, 16

 **ARIS VERDECIA PEÑA**



Médica (Oftalmologista) especialista em Medicina Geral (Cuba) e Familiar (Brasil). Mestre em Medicina Bioenergética e Natural. Professora na Facultad de Medicina # 2., Santiago de Cuba.



ISBN 978-658831971-0



Pantanal Editora

Rua Abaete, 83, Sala B, Centro. CEP: 78690-000
Nova Xavantina – Mato Grosso – Brasil
Telefone (66) 99682-4165 (Whatsapp)
<https://www.editorapantanal.com.br>
contato@editorapantanal.com.br

