

Revista Brasileira de Saúde Funcional

Volume 12

Número 1

Dezembro 2020

ISSN: 2358-8691

ESPAÇO TEMÁTICO

SAÚDE BUCAL DOS ALUNOS RESIDENTES NA FACULDADE ADVENTISTA DA BAHIA: INFLUÊNCIA DO DISTANCIAMENTO SOCIAL PELA COVID-19 *Angélica de Almeida Silva, Vitoria Lima Rocha, Raquel Cristina Silva de Jesus, Samia Ramos de Souza e Souza, Juan René Barrientos Nava e Marcia Otto Barrientos*

ARTIGOS ORIGINAIS

ANÁLISE DO ALINHAMENTO CERVICAL NA UTILIZAÇÃO DO SMARTPHONE NOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS
Diego Silva Patrício, Hian da Silva Oliveira, Ramilton Nascimento Santos e Julyana Pereira de Andrade

BOAS PRÁTICAS EM ALEITAMENTO MATERNO: UMA REVISÃO CRÍTICA DE AUDIOVISUAIS
Priscila Santana Menezes de Araújo, Elen da Silva Souza, Roberto Rodrigues Bandeira Tosta Maciel

AVALIAÇÃO DA ESCALA CONFUSION ASSESSMENT METHOD FOR THE INTENSIVE CARE UNIT (CAM-ICU) POR ENFERMEIROS INTENSIVISTAS DE UM HOSPITAL PRIVADO.
Ellen Fernandes Menezes, Nelcilene Ferreira de Jesus e Marcos Aurélio Pinto da Silva

SENTIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO CUIDADO DO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA E POTENCIAL DOADOR
Livia Costa de Freitas, Vivian Eiko Costa Chiba, Helade Beatriz Farias Figueiredo, Gustavo Fernando Sutter Latorre, Dayse Danielle de Oliveira Silva e Erica Feio Carneiro Nunes

ANÁLISE MULTIFATORIAL DA MENINGITE NA INFÂNCIA
Débora Zvicker da Silva, Julyana Pereira de Andrade, Diego Silva Patrício, Ana Karoline Maciel Lima e Rosângela Maria Giovelli da Silveira

AUTOMEDICAÇÃO DOS ALUNOS DA ÁREA DE SAÚDE DA FACULDADE ADVENTISTA DA BAHIA
Ivana Firme de Matos, Viviane Oliveira Santos, Dayane Araujo da Silva, Emanuelle Galvão Conceição, Djeyne Wagemacker Ferreira e Márcia Otto Barrientos

INFLUÊNCIA DO USO DO SMARTPHONE NA ANSIEDADE E NA DEPRESSÃO
Diego Silva Patrício, Glauber Araújo Silva, Álvaro Juliano Magalhães Borges e Julyana Pereira de Andrade

ARTIGO DE REVISÃO

INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DA GRADUAÇÃO À ATUAÇÃO PROFISSIONAL
Thais dos Santos Santana, Dalaine Nogueira Silva, Bruna Santos Lima, Andressa Jesus Novaes, Mariana Queiroz Souza e Ana Cláudia Conceição da Silva

Revista Brasileira de Saúde Funcional

Volume 12

Número 1

Dezembro 2020

EQUIPE EDITORIAL

EDITORA-CHEFE

Dra. Elenilda Farias de Oliveira

Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

CONSELHO EDITORIAL

Dr. Fabiano Leichsenring Silva - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Dr^a. Wilma Raquel Barbosa Ribeiro - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Dr^a. Djeyne Silveira Wagemacker - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Me. Luna Vitória Cajé Moura - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Editor administrativo Esp. - Emerson Kiekow de Britto Rodrigues Alves - Núcleo de Tecnologias Educacionais - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Bibliotecário - Uariton Boaventura - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

CORPO EDITORIAL

Dr. Daniel Antunes Freitas

Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Minas Gerais, Brasil

Me. Dayse Mota Rosa Pinto

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública- EBMSP, Brasil

Me. Izabela Ferraz

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública- EBMSP, Brasil

Dr^a Karla Ferraz dos Anjos

Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Ohana Cunha Nascimento

Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Brasil

Dr^a. Quessia Paz Rodrigues

Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Samylla Maira Costa Siqueira

Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Dr^a Vanessa Cruz Santos

Instituto de Saúde Coletiva – ISC / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Viviane Silva de Jesus

Instituto de Saúde Coletiva – ISC / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

REVISORES DE LÍNGUA PORTUGUESA, ESPANHOLA E INGLESA

Me. Leila Cunha Raposo. Mestra em Letras (PPGL-UESC).

Me. Samylla Maira Costa Siqueira, EEUFBA, Brasil

Carolina Larrosa Almeida, Faculdade Adventista da Bahia

Igor Seemann, Immediate Translations

DIAGRAMAÇÃO

Naassom Azevedo - Equipe de Comunicação da Faculdade Adventista da Bahia

Website

www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF

Revista Brasileira de Saúde Funcional

Volume 12

Número 1

Dezembro 2020

SUMÁRIO

ESPAÇO TEMÁTICO

SAÚDE BUCAL DOS ALUNOS RESIDENTES NA FACULDADE ADVENTISTA DA BAHIA: INFLUÊNCIA DO DISTANCIAMENTO SOCIAL PELA COVID-19

6

ARTIGOS ORIGINAIS

ANÁLISE DO ALINHAMENTO CERVICAL NA UTILIZAÇÃO DO SMARTPHONE NOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

12

BOAS PRÁTICAS EM ALEITAMENTO MATERNO: UMA REVISÃO CRÍTICA DE AUDIOVISUAIS

22

AVALIAÇÃO DA ESCALA CONFUSION ASSESSMENT METHOD FOR THE INTENSIVE CARE UNIT (CAM-ICU) POR ENFERMEIROS INTENSIVISTAS DE UM HOSPITAL PRIVADO.

32

SENTIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO CUIDADO DO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA E POTENCIAL DOADOR

46

ANÁLISE MULTIFATORIAL DA MENINGITE NA INFÂNCIA

60

AUTOMEDICAÇÃO DOS ALUNOS DA ÁREA DE SAÚDE DA FACULDADE ADVENTISTA DA BAHIA

68

INFLUÊNCIA DO USO DO SMARTPHONE NA ANSIEDADE E NA DEPRESSÃO

80

ARTIGO DE REVISÃO

INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DA GRADUAÇÃO À ATUAÇÃO PROFISSIONAL

90

Angélica de Almeida Silva

angelicasilva411@outlook.com

Acadêmica de odontologia. Faculdade Adventista da Bahia – FADBA. Povoado de Itapicuru/00, Monte Santo – BA, CEP 48800-000

Vitória Lima Rocha

vitoria_limarocha@hotmail.com

Acadêmica de odontologia. Faculdade Adventista da Bahia – FADBA

Raquel Cristina Silva de Jesus

quelra2791@gmail.com

Acadêmica de enfermagem. Faculdade Adventista da Bahia – FADBA

Samia Ramos de Souza e Souza

samiasouza-12@hotmail.com

Mestre em Odontopediatria – SLMandic, Especialista em Odontopediatria -UEFS, Cirurgiã Dentista - UEFS, Professora da Faculdade Adventista da Bahia – FADBA

Juan René Barrientos Nava

juan.barrientos@adventista.edu.br

Mestre em Materiais Dentários – FOP/UNICAMP, Especialista em prótese - UNIC, Cirurgião Dentista – UFRJ, Professor e coordenador do curso de odontologia da Faculdade Adventista da Bahia – FADBA

Marcia Otto Barrientos

marcia.barrientos@adventista.edu.br

Mestre em Ciências – CENA/USP, Farmacêutica - FAFABES/UFES, Doutoranda em Imunologia - UFBA, Professora da Faculdade Adventista da Bahia – FADBA

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP: 44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

SAÚDE BUCAL DOS ALUNOS RESIDENTES NA FACULDADE ADVENTISTA DA BAHIA: INFLUÊNCIA DO DISTANCIAMENTO SOCIAL PELA COVID-19

*ORAL HEALTH OF STUDENTS RESIDING AT FACULDADE
ADVENTISTA DA BAHIA: INFLUENCE OF SOCIAL
DISTANCING BY COVID-19*

INTRODUÇÃO

A síndrome respiratória aguda grave corona vírus 2 (SARS-CoV-2), mais conhecida como COVID-19 (doença do Coronavírus 2019), apresentou seus primeiros casos em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China. Devido à disseminação do patógeno para outros países, no dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou pandemia por COVID-19⁽¹⁾. No Brasil, o primeiro caso foi notificado em 25 de fevereiro de 2020⁽²⁾. Com a propagação expressiva do vírus, o país adotou restrições ao comércio, eventos culturais e transporte. Em 20 de março, a transmissão comunitária foi declarada no país pelo Ministério da Saúde (MS) com promoção de medidas de prevenção, como o distanciamento social⁽³⁾.

Concordando com estas medidas, muitas instituições educacionais adotaram o ensino remoto⁽⁴⁾. A Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), situada na cidade de Cachoeira – BA, estabeleceu medidas preventivas contra a COVID-19 determinadas pelos órgãos federativos (União, Estado e Município), as quais atingiram membros da comunidade e residentes da instituição. Em virtude da substituição de aulas presenciais por ensino remoto com sessões síncronas e assíncronas, utilizando dispositivos digitais; foi dada escolha aos alunos residentes na FADBA de permanecerem no campus ou retornarem para as suas residências familiares. Os que optaram por ficar, passaram a seguir um novo protocolo em distanciamento dentro do campus, onde foram alterados programas espirituais e de lazer, horários e revezamento de espaços⁽⁵⁾.

O distanciamento social ocasionou mudanças nos

hábitos e na rotina diária dos indivíduos⁽⁶⁾. O novo estilo de vida alterou os comportamentos alimentares, mentais e o autocuidado⁽⁷⁻⁸⁾. A dieta saudável é fundamental para fortalecer o sistema imunológico e é considerada uma medida de prevenção contra o SARS-CoV-2⁽⁶⁾. Além da alimentação saudável, a literatura recomenda a intensificação nos cuidados com a higiene bucal, uma vez que a boca é mencionada como uma das principais portas de entrada para o COVID-19⁽⁹⁾.

Diante do quadro pandêmico, o objetivo deste estudo foi verificar se as mudanças na rotina diária trouxeram consequências nos hábitos de higiene bucal e na saúde oral dos residentes da Faculdade Adventista da Bahia, no período de distanciamento social por COVID-19.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal, realizado na Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), Cachoeira – BA, aos 68 dias do período de distanciamento social por COVID-19. Participaram da pesquisa 55 indivíduos que, durante a distanciamento, estavam residindo no internato da FADBA.

O cálculo amostral foi realizado no programa Winpepi considerando as regras de proporções, com uma população de 435 residentes em 2020.1, sendo que na fase inicial de distanciamento social 198 alunos decidiram permanecer residindo no referido internato, margem de erro 4% e confiança de 95%. A amostra final foi composta por 55 pessoas. A amostragem foi por conveniência. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Adventista da Bahia sob o número 16917119.0.0000.0042, havendo também autorização da direção de bem estar estudantil do internato. Questionários autoadministráveis juntamente com o TCLE foram distribuídos entre os voluntários da pesquisa e devolvidos após o preenchimento por parte dos respondentes.

O questionário pontuou quatro aspectos principais: (I) dados sociodemográficos, (II) alterações na rotina diária e (III) nos hábitos de higiene bucal, bem como (IV) autoavaliação da condição oral com o distanciamento social. A presença de lesão oral, como alteração da cor, estrutura e continuidade da mucosa foi confirmada por um único cirurgião dentista residente no campus.

A seção de dados sociodemográficos incluiu informações sobre idade, sexo e cor da pele dos participantes. Em relação à alteração na rotina devido à quarentena, três questões foram abordadas: se houve mudança na rotina diária, na frequência e no tipo de alimentação. Sobre os hábitos de higiene bucal foi perguntado se a higiene oral era feita da mesma forma que antes. A autoavaliação da condição oral incluiu a percepção de mudança na saúde bucal, sensibilidade ao comer ou tomar algo gelado, presença de lesão na cavidade oral e necessidade de algum tratamento dentário durante o distanciamento.

Os dados foram analisados utilizando o Software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20. O teste qui-quadrado foi utilizado para testar associações entre as variáveis de classificação. O nível de significância estabelecido foi de 5%.

RESULTADOS

O perfil da amostra é de adultos jovens, com idade média $23,2 \pm 7,1$. A maioria pertence ao sexo feminino (58,2%) e se autodenomina preta ou parda (79,4%), frente à autodeclaração de 21,8% branca e 1,8% amarela. A Tabela 1 apresenta os resultados sobre alterações na rotina diária, hábitos de higiene bucal e autoavaliação da condição oral.

Tabela 1 – Alterações na rotina diária, hábitos alimentares, hábitos de higiene oral e da condição bucal.

| Variáveis | n (%) | IC 95% |
|---|-----------|-------------|
| Sua rotina diária alterou com o isolamento? | | |
| Não | 9 (16,4) | (9,1-29,2) |
| Sim, um pouco | 29 (52,7) | (40,9-67,3) |
| Sim, muito | 17 (30,9) | (18,2-43,0) |
| Na sua nova rotina você se alimenta na mesma frequência de antes? | | |
| Não, como mais vezes por dia | 4 (7,3) | (0,0-13,7) |
| Não, como menos vezes por dia | 17 (30,9) | (23,6-44,6) |
| Sim, não mudou nada | 39 (61,8) | (47,2-70,9) |
| O seu tipo de alimentação mudou com o isolamento? | | |
| Não, mantive o mesmo padrão alimentar | 31 (56,4) | (38,6-73,7) |
| Sim, tenho comido mais lanches e alimentos processados | 8 (14,5) | (4,5-28,2) |
| Sim, tenho comido mais alimentos açucarados | 5 (9,1) | (1,8-19,2) |
| Sim, tenho comido de forma saudável | 11 (20,0) | (9,9-31,1) |
| Na sua nova rotina diária você faz higiene oral da mesma forma que antes? | | |
| Não, higienizo mais vezes | 3 (5,5) | (0,9-11,9) |
| Não, higienizo menos vezes | 9 (16,4) | (7,3-29,2) |
| Sim, mantenho a mesma rotina de higiene oral | 43 (78,2) | (61,7-90,1) |
| Você percebeu mudança na sua saúde bucal | | |
| Não percebi nenhuma mudança | 48 (87,3) | (77,2-93,7) |
| Sim, minha gengiva parou de sangrar | 2 (3,6) | (0,0-10,1) |
| Sim, meus dentes doem | 1 (1,8) | (0,0-7,3) |
| Sim minha gengiva sangra | 4 (7,3) | (2,7-17,3) |
| Tem sensibilidade ao comer algo ou tomar algo gelado? | | |
| Não | 26 (47,3) | (33,6-61,0) |
| Sim | 29 (52,7) | (39,0-66,4) |
| Possui algum tipo de lesão na cavidade oral? | | |
| Não | 51 (92,7) | (85,5-99,1) |
| Sim | 4 (7,3) | (0,9-14,5) |
| Você precisou de algum tratamento dentário durante o isolamento? | | |
| Não tive nenhuma necessidade de tratamento | 45 (81,8) | (68,9-91,9) |
| Sim, e fui atendida no consultório odontológico presencial | 1 (1,8) | (0,0-6,4) |

| | | |
|-----------------------------------|----------|------------|
| Sim, mas não consegui atendimento | 2 (3,6) | (0,0-11,0) |
| Sim, preferir esperar passar | 7 (12,7) | (7,3-22,8) |

Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria expressiva dos participantes apontou que sua rotina diária alterou com a quarentena, sendo que 52,7% afirmou poucas mudanças e 30,9% alegou que ocorreram muitas mudanças. A maior parte dos residentes (61,8%) seguiu se alimentando na mesma frequência que antes e 30,9% comiam menos vezes. Um pouco mais da metade dos entrevistados (56,4%) manteve o mesmo padrão alimentar; 14,5% se alimentou mais de lanches e processados; 9,1% ingeriu maior quantidade de alimentos açucarados; e 20,0% afirmou uma alimentação saudável.

Um total de 78,2% dos indivíduos relatou ter mantido os mesmos hábitos de higiene bucal durante o distanciamento social. Acerca da mudança na saúde oral, 87,3% não notaram nenhuma alteração. Dos participantes, 81,8% não necessitaram de tratamento dentário entre os primeiros 68 dias do período de quarentena; 3,6% precisou, mas não conseguiu atendimento; 12,7% preferiu esperar; e somente 1,8% foi atendido em consultório odontológico.

As respostas foram dicotomizadas entre sim e não e testadas as associações tendo como variável dependente a alteração da rotina com o isolamento. Não foram encontradas associações estatisticamente significantes ($p > 0,05$), demonstrando que as alterações da rotina decorrentes do evento pandêmico não influenciaram no tipo e frequência alimentares, nos hábitos de higiene oral e saúde bucal autorreferida, envolvendo sensibilidade dentinária, presença de lesão e necessidade de atendimento odontológico.

DISCUSSÃO

A disseminação da infecção por COVID-19 ocasionou mudanças significativas na rotina diária da população mundial⁽¹⁰⁾. Este estudo mostrou visivelmente que a maioria expressiva dos entrevistados (83,6%) teve sua vida diária alterada durante o distanciamento social em resposta à pandemia do SARS-CoV-2. Uma pesquisa realizada na Itália revela que 53,9% dos participantes mudaram o estilo de vida no período do distanciamento social⁽⁶⁾. A quarentena é uma das medidas preconizadas para evitar a transmissão do patógeno⁽¹¹⁾ e, conseqüentemente, proteger às pessoas. No entanto, o confinamento pode causar impactos negativos na saúde mental e física, desencadeando diversos sintomas como ansiedade e estresse⁽¹²⁾. Estes sintomas podem comprometer os cuidados de uma alimentação saudável, levando os indivíduos a comer demasiadamente, em especial, alimentos açucarados⁽⁶⁾.

Estudo realizado na Polônia com universitários mostra que 43,5% dos estudantes relatam se alimentar com mais frequência durante o distanciamento social. O tipo de alimentação sofreu alterações, sendo apontado um aumento na ingestão de lanches, processados e alimentos açucarados⁽¹³⁾. No presente estudo, a mudança na rotina não influenciou no padrão alimentar da maioria dos indivíduos, sendo que uma parte relatou alteração para uma melhora do padrão alimentar. A disparidade entre esses estudos possivelmente se dá ao fato da FADBA estimular um estilo de vida saudável com os oito remédios naturais, seguir um padrão alimentar vegetariano com horários regulares das refeições e acompanhamento nutricional. É importante

ressaltar que a dieta equilibrada é crucial para manter o sistema imune e um fator essencial na prevenção contra o COVID-19⁽⁶⁾.

Além do consumo de alimentos saudáveis, os hábitos de higiene bucal também exercem papel fundamental na prevenção do SARS-CoV-2. A cavidade oral é indicada como uma das portas de entrada do vírus⁽⁹⁾. Durante a quarentena, 78,2% dos residentes da FADBA mantiveram uma rotina de higiene oral, não apresentando associação entre as mudanças que ocorreram na rotina diária com a higiene oral. Entretanto, uma pequena parte alegou uma diminuição nos cuidados bucais. Um estudo⁽⁹⁾ feito em 2020 mostra uma expressão do receptor ACE-2 do COVID-19 na mucosa oral. Tal achado revela que a cavidade bucal tem uma vulnerabilidade infecciosa maior pelo vírus. Isto explica a importância de manter e reforçar as práticas de higiene oral como fator preventivo da infecção.

Aos 68 dias do período de distanciamento social, 81,8% dos participantes não teve necessidade de tratamento odontológico, visto que quase a totalidade (87,3%) não percebeu mudanças na saúde bucal. Esses dados podem ser explicados devido ao fato de a maior parte dos residentes ter mantido os hábitos de higiene oral, uma vez que os cuidados bucais estão relacionados à prevenção de doenças e problemas bucais. Não foi encontrada associação entre a mudança na rotina diária e a sensibilidade ao comer algo gelado e a presença de lesão oral; estes podem ser eventos pré-existentes ou aleatórios.

As limitações do presente estudo incluíram falta de pesquisas sobre as práticas de higiene oral na pandemia. Nesta pesquisa, um forte ponto a ser considerado é o fato de ter sido realizada rapidamente no decurso pandêmico.

CONCLUSÃO

Os alunos residentes da FADBA passaram por mudanças na rotina diária no período de distanciamento social, porém, estas mudanças não influenciaram os hábitos alimentares, hábitos de higiene oral e a qualidade da saúde bucal. Há uma necessidade de estudos em outras amostras com estilo de vida semelhante, para fornecer dados mais representativos sobre o assunto.

AGRADECIMENTOS

À direção de Bem Estar Estudantil da FADBA pela confiança e apoio. À professora Sâmia por ter “andado a segunda milha mesmo com os pés descalços”. Aos alunos que, em tempos de adversidade, confiaram nos professores e participaram da pesquisa. Ao Núcleo de Pesquisa (NAIPE) da FADBA pelo incentivo e auxílio.

REFERÊNCIAS

1. OMS (Organização Mundial da Saúde). Palavras de abertura do diretor-geral da OMS no briefing para a mídia sobre COVID19. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 12 ago 2020

2. Ministério da Saúde (BR) [homepage na Internet]. Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Acesso em: 17 ago 2020.
3. Ministério da Saúde (BR) [homepage na Internet]. Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional>. Acesso em: 17 ago 2020.
4. Gewin V. Five tips for moving teaching online as COVID-19 takes hold. *Nature*. 2020 Apr;580(7802):295-296. DOI:10.1038/d41586-020-00896-7
5. Faculdade Adventista da Bahia. [homepage na Internet]. Entenda as medidas adotadas pela FADBA no combate à pandemia do covid-19. Disponível em: <http://www.adventista.edu.br/direito/noticias/medidas-adotadas-pela-fadba-combate-pandemia>. Acesso em: 12 ago 2020.
6. Di Renzo L, Gualtieri P, Pivari F, Soldati L, Attinà A, Cinelli G, et al. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. Version 2. *J Transl Med*. 2020 Jun 8;18(1):229. DOI: 10.1186/s12967-020-02399-5.
7. Arora T, Grey I. Health behaviour changes during COVID-19 and the potential consequences: A mini-review. *J Health Psychol*. 2020 Aug;25(9):1155-1163. DOI:10.1177/1359105320937053
8. Barber SJ, Kim H. COVID-19 Worries and Behavior Changes in Older and Younger Men and Women. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020 May 19:gbaa068.
9. Xu H, Zhong L, Deng J, Peng J, Dan H, Li T, et al. High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. *Int J Oral Sci*. 2020 Feb 24;12(1):8. DOI:10.1038/s41368-020-0074-x
10. Maugeri G, Castrogiovanni P, Battaglia G, Pippi R, D'agata V, Palma A, et al. The impact of physical activity on psychological health during COVID-19 pandemic in Italy. Version 2. *Heliyon*. 2020 Jun 24;6(6):e04315. DOI: 10.1016/j.heliyon.2020.e04315.
11. Afonso P. O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental [The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health]. *Acta Med Port*. 2020 May 4;33(5):356-357. DOI:10.20344/amp.13877
12. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greemberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):912-920. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
13. Sidor A, Rzimski, P. Dietary Choices and Habits during COVID-19 Lockdown: Experience from Poland. *Nutrients*. 2020 Jun 3;12(6):1657. DOI:10.3390/nu12061657
14. Silva Junior IF, Aguiar NL, Barros RC, Arantes DC, Nascimento LS. Saúde bucal do adolescente: Revisão de literatura. *Rev. Adolesc. Saúde*. 2016 ago-set 13(supl.1): 95-103.

Me. Diego Silva Patrício

dspatriciomestrado@gmail.com

Mestre. Docente do Curso de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA) Cachoeira – BA.

Hian da Silva Oliveira

hiansilva_sl@hotmail.com

Acadêmico de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA) Cachoeira – BA.

Ramilton Nascimento Santos

ramiltonnascimento@gmail.com.

Acadêmico de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA) Cachoeira – BA.

Julyana Pereira de Andrade

julyanaandrade54@gmail.com

Acadêmica da Universidade de Gurupi (UNIRG) - Gurupi-TO



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

ANÁLISE DO ALINHAMENTO CERVICAL NA UTILIZAÇÃO DO SMARTPHONE NOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

ANALYSIS OF CERVICAL ALIGNMENT IN THE USE OF SMARTPHONE IN UNIVERSITY STUDENTS

RESUMO

Introdução: O avanço exponencial da tecnologia e dos dispositivos móveis, trouxe consigo diversos benefícios para a sociedade, alterando a maneira do homem se relacionar. Conforme vão surgindo novas tecnologias, há aumento do tempo e da intensidade na utilização delas. Tal fato alertou mundialmente pesquisadores e profissionais da saúde quanto aos malefícios desse uso exacerbado, causando possíveis dores, desalinhamento postural e fadiga muscular. **Objetivo:** Este estudo tem por objetivo coletar e correlacionar dados referentes ao uso exacerbado do smartphone e seus possíveis desarranjos na coluna cervical. **Método:** Foi utilizado o tipo de pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, realizada na Faculdade Adventista da Bahia. Participaram do estudo 100 alunos dos cursos de saúde (nutrição, enfermagem, psicologia, fisioterapia e odontologia). Os dados iniciais foram obtidos e classificados através do questionário Smartphone Addiction Scale, em dependentes e não dependentes e, a variável alinhamento e mobilidade cervical foram avaliadas pelo instrumento goniômetro cervical. **Resultados:** Evidenciou-se que, da amostra, 16% não apresentaram dependência, enquanto 68% indicaram dependência leve, 14% moderada e 1% grave. A angulação média de flexão cervical se mostrou 54,7°, a média de flexão cervical em dependentes 54,6°, e a média 55,62° em participantes não dependentes. **Conclusão:** Com os dados apresentados, observa-se correlação entre diminuição na amplitude de movimento cervical em flexão e extensão e dependência do uso de smartphone.

PALAVRAS-CHAVE:

Angulação cervical. Alinhamento cervical.

ABSTRACT

Introduction: The exponential advancement of technology and mobile devices has brought with it several benefits for society, changing the way human beings relate. As new technologies emerge, there is an increase in time and intensity in their use. This fact alerted researchers and health professionals worldwide about the harmful effects of this exacerbated use, causing possible pain, postural misalignment and muscle fatigue. **Objective:** This study aims to collect and correlate data related to the exacerbated use of the smartphone and its possible breakdowns in the cervical spine. **Method:** The type of descriptive research with a quantitative approach was used, carried out at Faculdade Adventista da Bahia. 100 students from the health courses participated in the study (nutrition, nursing, psychology, physiotherapy and dentistry). The initial data were obtained and classified, through the Smartphone Addiction Scale questionnaire, into dependent and non-dependent individuals, and the cervical alignment and mobility variable were assessed using the cervical goniometer instrument. **Results:** It was evidenced that, of the sample, 16% had no dependence, while 68% mild dependence, 14% Moderate and 1% severe. The mean angulation of cervical flexion was 54.7°, the mean cervical flexion was 54.6°, and the average 55.62° in non-dependent participants. **Conclusion:** Correlation is observed between decreased cervical range of motion in flexion and extension and dependence on smartphone use.

Keywords: Smartphone. Cervical angulation. Cervical alignment.

INTRODUÇÃO

Após a segunda Guerra Mundial, a forma com que a tecnologia se comportava e era vista no mundo sofreu extremas modificações. Sempre houve mudanças sociais após guerras, entretanto, nunca uma que alavancasse tão rápido e mudasse tanto a vida dos indivíduos. Desde os primórdios, o domínio da ciência era garantia de soberania sobre os povos e nações, dessa forma era essencial estar na frente sempre em relação às modificações acontecidas, então, no final do século XIX, surgem os conceitos destas mudanças, visto que ciência tecnologia e inovação revolucionam a forma como o homem se comporta em relação a si, ao outro e ao ambiente em que vive⁽¹⁾.

As novas possibilidades introduziram facilidades e desafios para a população, comunicar-se tem um novo significado. A cibernética emerge como um território inexplorado e sem fronteiras, mais democrático e com poucas hierarquias; a comunicação e a informação tomam caminhos mais rápidos e densos, tanto em perfil recebedor quanto a quem envia. A velocidade e a forma linear com que a tecnologia se apresentou durante a última década tornou o modo de vida da sociedade atual mais objetivo e informativo, o acesso às tecnologias móveis de comunicação e informação deram novos contornos à cibercultura e propiciaram a interação e comunicação a qualquer momento e em qualquer lugar⁽²⁻³⁾

O interesse pelo tema surge ao observar estas mudanças no comportamento dos

jovens- adultos, visto que os smartphones tornaram-se dispositivos móveis essenciais na vida diária, e as pessoas muitas vezes demonstram a má postura ao usá-lo. Em um estudo feito pelo departamento de fisioterapia da U1 University liderado por Sang-Yong Lee⁽⁴⁾, relata que a flexão do pescoço é diretamente afetada pela duração de uso do smartphone. Em geral, à medida que o tempo de uso aumenta, o ângulo da flexão do pescoço também aumenta. Observa-se, assim, que a carga imposta aos músculos cervicais é superior ao peso do crânio em posição ereta.

Considerando as consequências do aumento do uso dos smartphones entre os jovens, é importante então identificar esse cenário. Portanto, esse artigo teve por objetivo apresentar possíveis repercussões no mau alinhamento cervical em relação à utilização dos smartphones por uso excessivo em estudantes universitários em uma faculdade Adventista na localidade do recôncavo baiano.

METODOLOGIA

O presente estudo tratou de estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado nas instalações da Faculdade Adventista da Bahia. Participaram do estudo 100 alunos dos seguintes cursos de saúde: nutrição, enfermagem, psicologia, fisioterapia e odontologia.

Inicialmente foi explicado o objetivo deste estudo e, caso aceitassem os termos, deveriam assinar o TCLE. Todos os procedimentos éticos, junto ao comitê, foram respeitados, sendo o projeto aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa.

Após esta etapa, foi aplicado o questionário sociodemográfico criado pelos autores e o questionário Smartphone Addiction Scale (SAS)⁽⁵⁾. A SAS é uma escala de autotransclassificação de 33 itens e seis pontos do tipo Likert desenvolvida por⁽⁶⁾. Com base na escala de dependência de Internet e os recursos dos smartphones. O alfa de Cronbach do SAS é 0,967. As opções nesta escala variam de 1 (definitivamente não) a 6 (absolutamente sim). Escores mais altos indicam um risco maior de dependência de smartphones. A pontuação total na escala pode variar entre 33 e 198.

Após a obtenção dos dados iniciais, as informações foram classificadas, através da SAS, em dependentes 84 (84%) e não dependentes 16 (16%).

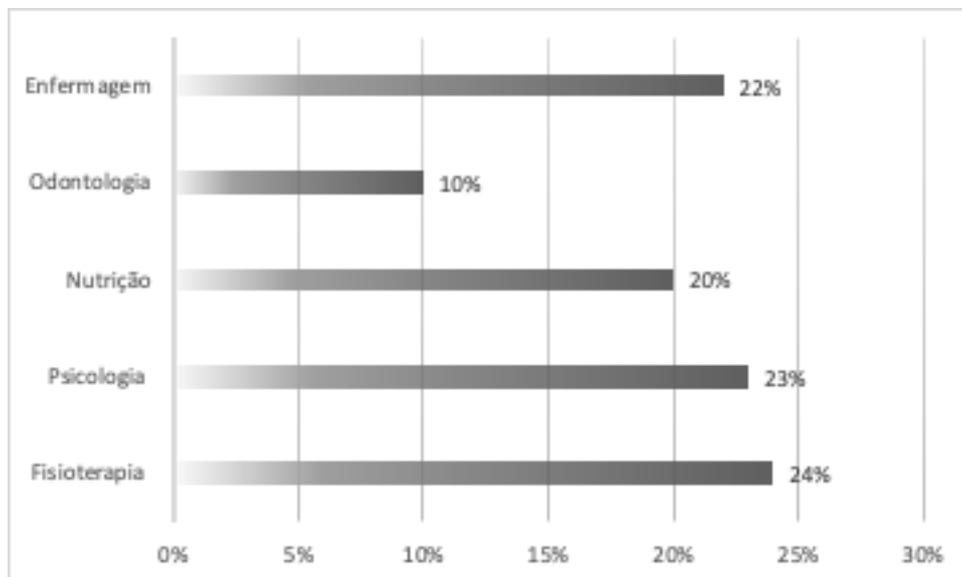
A variável Alinhamento e mobilidade cervical foram avaliadas pelo instrumento goniômetro cervical e escala de dor visual (EVA)⁽⁷⁾. Os resultados foram tabulados por meio de estatística descritiva, expressa em percentuais e média, sendo o armazenamento e a análise realizados em planilha eletrônica Microsoft Excel® for Windows e base de dados Spss 12 versão; e serão apresentados no tópico a seguir.

RESULTADOS

A amostra desta pesquisa foi composta por 100 acadêmicos ingressantes na Faculdade Adventista da Bahia, que compõem os seguintes cursos da área de saúde: fisioterapia, psicologia, nutrição, odontologia e enfermagem. Dentre os respondentes, 73% eram do sexo feminino

e 27% do masculino, com média de 21 anos de idade. Foi observado, por curso, que 24% da amostragem cursava fisioterapia, 23% psicologia, 20% nutrição, 10% odontologia e 22% de enfermagem, conforme gráfico 1:

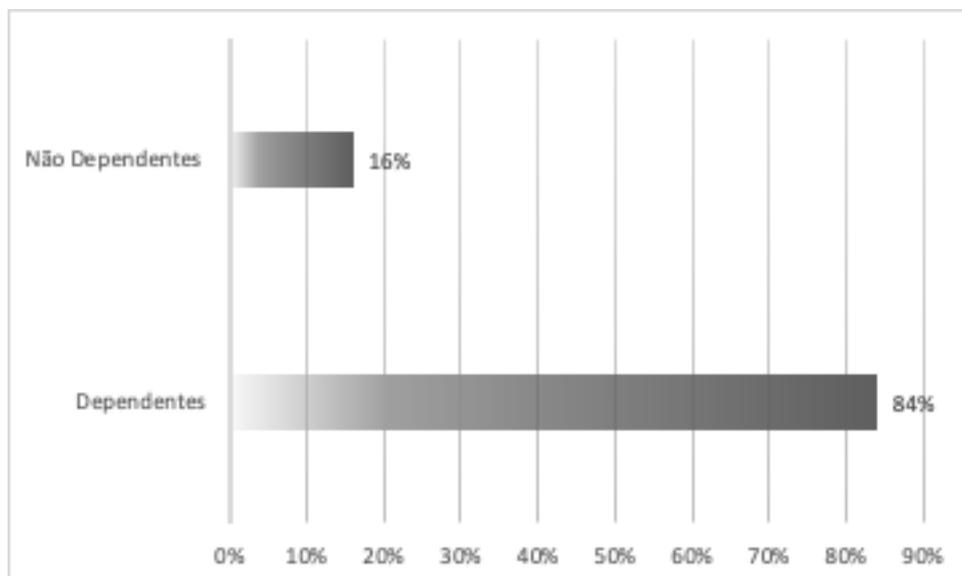
Gráfico 1 – Porcentagem de participantes por Curso



Fonte: Dados da pesquisa.

No que concerne à dependência ou não do uso de smartphone, evidenciou-se que 84% do total de respondentes eram dependentes e 16% eram não dependentes do uso de smartphone. O resultado está descrito no gráfico 2:

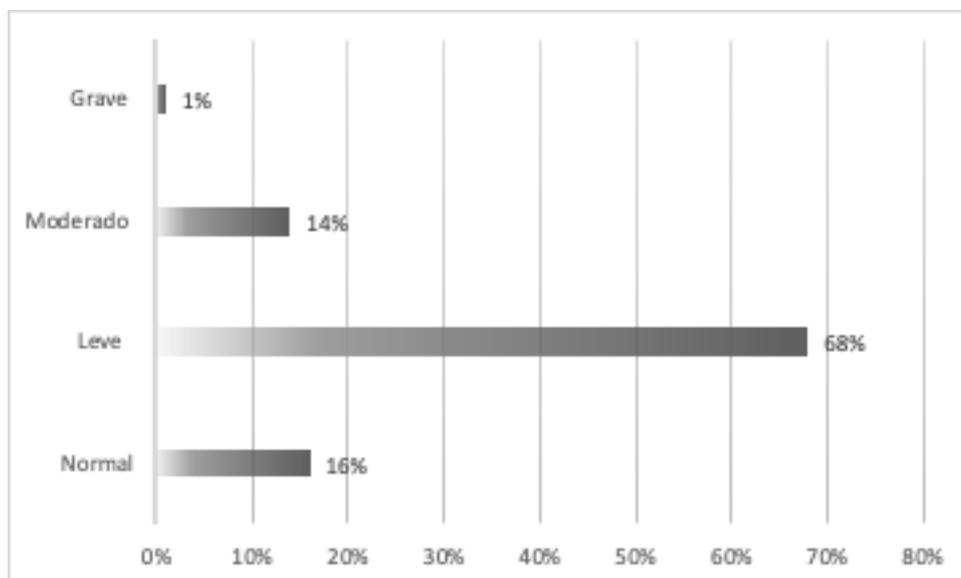
Gráfico 2 – Porcentagem de dependentes e não dependentes



Fonte: Dados da pesquisa.

Em se tratando dos níveis de dependência, verificou-se as seguintes divisões: normal 16%, leve 68%, moderado 14%, grave 1%, demonstradas no gráfico 3.

Gráfico 3 – Porcentagem por níveis de dependência.



Fonte: Dados da pesquisa.

Da amostra supracitada, foram utilizadas informações de um grupo aleatório de 100 participantes, dos quais foram aplicados o teste de alinhamento e mobilidade articular por meio do goniômetro cervical, analisado quanto ao grau de flexão, extensão e anteriorização de cabeça⁽⁷⁾. A Tabela 1 representa os valores de média, desvio padrão, valor mínimo e máximo de flexão, medidos por goniometria cervical. Em relação aos 100 dados coletados, a angulação média se mostrou (54,7°) graus, desvio padrão de 12,063, sendo que a menor angulação conseguida foi 30° e a maior 90°. A média de flexão cervical em apenas dependentes leve de smartphone não houve uma grande diferença para a média do número total de participantes, evidenciando 54,6°, desvio padrão de 12,48, enquanto a média dos participantes não dependentes teve uma leve alta, sendo o aumento para 55,62° e desvio padrão de 11,75, apresentada na tabela 2. Entretanto, o número de participantes não dependentes se mostrou extremamente menor que o número de pessoas com dependência leve, o que pode justificar esses valores. Respectivamente, participantes com grau moderado e grave de dependência 54,56° e 50,00° de média e desvio padrão de 11,46.

| Tabela 1 – Média, desvio padrão, grau de angulação máximo e mínimo de flexão cervical | | | | | |
|---|----------------|--------|--------|-------|---------------|
| | Total de casos | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão |
| Flexão de cabeça | 100 | 30 | 90 | 54,70 | 12,063 |

Fonte: Dados da pesquisa.

| Tabela 2 – Média e desvio padrão de participantes não dependentes e com nível de grau leve, moderado e grave de dependência | | | |
|---|-------|----------------|---------------|
| Nível de dependência do smartphone | Média | Total de casos | Desvio Padrão |
| Normal | 55,62 | 16 | 11,781 |
| Leve | 54,60 | 73 | 12,483 |
| Moderado | 54,56 | 18 | 11,460 |
| Grave | 50,00 | 1 | . |
| Total | 54,70 | 108 | 12,063 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Na extensão cervical apresentada na tabela 3 por média, desvio padrão, angulação máxima e mínima cervical, foram obtidos 67,09° de média 11,754 de desvio padrão, mínimo de 40° e máximo de 100°.

| Tabela 3 – Média, desvio padrão, valor mínimo e máximo de extensão cervical | | | | | |
|---|----------------|--------|--------|-------|---------------|
| | Total de casos | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
| Extensão de Cabeça | 100 | 40 | 100 | 67,80 | 11,754 |
| | | | | | |

Fonte: Dados da pesquisa.

Na variável extensão cervical, os entrevistados com dependência grau leve, obteve-se uma média de 67,48° e desvio padrão de 11,435, resultado bem parecido quando o nível de dependência foi mudado para moderado sendo esses a média de 67,39° e desvio padrão de 14,101. Os demais níveis apresentaram diferença de 0,5 graus quando relacionados respectivamente, grave 70° e Normal 69,56°.

| Tabela 4 – Média, desvio padrão, de extensão cervical nos níveis de dependência do smartphone | | | |
|---|-------|----------------|---------------|
| Nível de dependência do smartphone | Média | Total de casos | Desvio padrão |
| Normal | 69,56 | 16 | 11,319 |
| Leve | 67,48 | 73 | 11,435 |
| Moderado | 67,39 | 18 | 14,101 |
| Grave | 70,00 | 1 | . |
| Total | 67,80 | 108 | 11,754 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Em anteriorização de cabeça, a média se mostrou bem aproximado, e com desvio padrão baixíssimo; em anteriorização ativa, a média foi de 18,619° com desvio padrão de 1,8792 em anteriorização, enquanto passivamente a anteriorização foi de 18,893 com desvio padrão de 1,8792, conforme descrito na tabela 5:

| Tabela 5 – Média e desvio padrão de anteriorização de cabeça Ativa e Passiva | | |
|--|-----------------|---------------|
| Média Anteriorização Ereta | Número de casos | Desvio Padrão |
| 18,619 | 100 | 1,8792 |
| Média Anteriorização Neutra | Número de casos | Desvio Padrão |
| 18,893 | 100 | 2,0764 |

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Com a velocidade e a forma linear com que a tecnologia se apresentou durante a última década, a vida da sociedade atual se tornou tecnológica. Isso porque o acesso às tecnologias móveis de comunicação e informação deu novos contornos à cibercultura e propiciou a interação e comunicação a qualquer momento e em qualquer lugar.

O último Fórum Mundial de Desenvolvimento, realizado na cidade de Davos, em 2016, teve como tema principal a “Quarta Revolução Industrial”, marcada pela introdução crescente das novas tecnologias de informação e comunicação⁽⁸⁻¹⁰⁾. No Fórum, foi destacada a força com que os avanços tecnológicos incidem sobre os líderes mundiais, mercado de trabalho e a sociedade como unidade.

Embora o ser humano seja o principal responsável pelo desenvolvimento das novas tecnologias, ele também sofre consequências da sua má utilização, tal como ser biológico, quanto social e mesmo que o uso do smartphone torne a vida em sociedade mais prática e mais conveniente, esse avanço tecnológico trouxe efeitos adversos nos domínios, relacionamentos interpessoais e saúde física. Em exemplo, a má postura adotada quando os indivíduos estão em uso do dispositivo, ainda mais na flexão cervical, o que alguns pesquisadores passaram a chamar de pescoço de texto, segundo um pesquisador coreano Hae-jung Lee⁽¹¹⁾, em uma flexão de 15 graus de cervical as forças da gravidade que incidem sob o pescoço aumentam em 12,247 kg, a 30 graus 18,1437 kg, a 45 graus e 22,226, essa sobrecarga pode gerar desconforto muscular, dores e espasmos.

Pensando nesse fator, o estudo em questão tentou encontrar alguma correlação da dependência do smartphone com um possível desalinhamento cervical em estudantes de uma faculdade Adventista no recôncavo baiano. A amostra tinha a média de idade de 21 anos,

público que mais relata dor em região do pescoço, visto que cerca de 30% de jovens adultos acordou pelo menos uma vez por semana com dor no pescoço. Entretanto, para quantificar essa correlação, foi preciso classificar a amostra em dependentes e não dependentes do smartphone e em resultado observa-se que a maioria dos participantes, 84%, apresentou algum tipo de dependência. Ao estratificar essa informação em graus, os dados resultantes foi que 68 (68%) continha grau de dependência leve e 15 (15%) moderado a grave.

E para quantificar a movimentação articular da cabeça, usou-se a goniometria cervical, que, no presente estudo, registrou em flexão, a mínima de 30° e a máxima de 90°, a média ficou em 54,70° e um desvio padrão 12,063. O resultado da média encontrada enquadra-se acima do valor referência descrita na tabela da American Academy of Orthopaedic Surgeons (4,7,12) head forward flexion angle was measured from 18 participants when they were conducting three common smartphone tasks (text messaging, web browsing, video watching) o qual diz que o valor de flexão cervical normal é de 0 a 45°. Outras literaturas sugerem que o valor máximo é de 47° de flexão⁽¹³⁻¹⁵⁾, dado que mostra uma hiperflexibilidade no público submetido à entrevista. Entretanto, quando comparamos esse mesmo valor com outras tabelas, como a tabela American Medical Association, o valor máximo de flexão sobe para 65°, superando a média encontrada na amostra e colocando os achados dos participantes em normalidade.

Quando os dados em questão são correlacionados com os níveis de dependência, percebe-se que as pessoas que não possuem vício algum apresentam o maior grau de flexibilidade articular em flexão de cabeça com média de 55,60°, enquanto dependentes leves atinge a amplitude máxima em 54,60 e moderados em 54,56°. Isso sugere uma diminuição da flexibilidade na amplitude de movimento cervical em flexão. Em contraponto, a menor média encontrada foi em estudantes com nível grave da condição, é importante ressaltar que a amostra para participantes sem dependência foi extremamente maior que a amostra de dependência grave, o que pode influenciar nessa correlação.

Quando analisamos a mobilidade para extensão de cabeça e comparamos com a tabela American Medical Association, a média encontrada de 67,80°^(3,14) se apresenta acima da extensão máxima que a tabela sugere como normal que é de 0 a 50°, o que indica uma hiperflexibilidade em extensão cervical no público investigado. Entretanto, um estudo feito na Coreia do Sul em 2016, que analisou estudantes da mesma faixa etária apontou um grau de extensão maior, sendo que para os dois grupos utilizados as médias foram de 69,00° e 68,74° o qual preconizaram como comum⁽⁴⁾. É necessário destacar também que os valores de normalidade muda de acordo a faixa etária dos indivíduos, o que pode causar uma relação errônea, a faixa etária da pesquisa em questão se estabeleceu em 21 anos de idade e foram usados os valores referência para essa faixa etária.

A correlação entre a extensão e grau de mobilidade se repete como nas informações supracitadas sobre flexão cervical. Entrevistados que não possuíam nenhum nível de dependência apresentaram um grau de extensão maior que os não dependentes, com média de 69,56°, descrevendo uma possível hipoflexibilidade em estudantes com dependência de smartphone. O grau leve se manteve muito próximo do nível moderado, sendo esses respectivamente 67,48° e 67,39°.

Não houve diferença significativa em anteriorização de cabeça quando relacionada

postura ereta e neutra, médias respectivas 18,619° e 18,893° com desvio padrão de 1,8792 e 2,0764. Também não houve dissimilitude quando comparado à variável dependente e não dependentes do uso do smartphones.

CONCLUSÃO

Com os dados apresentados, observa-se que é possível que exista uma diminuição na amplitude de movimento cervical em flexão e extensão de indivíduos dependentes. A realização desse estudo não pretendeu trazer resposta irrefutáveis nem tão pouco conclusões definitivas sobre o assunto, por se tratar de um estudo descritivo. Desse modo, faz-se necessário que estudos futuros investiguem a correlação entre o uso excessivo do smartphone com alinhamento da coluna cervical e todo componente estomatognático para enriquecimento do meio acadêmico.

REFERÊNCIAS

1. Bueno GR, Lucena TFR. Geração Cabeça-Baixa: saúde e comportamento dos jovens no uso das tecnologias móveis. An eletrônicos do IX Simpósio Nac da ABCiber – Assoc Bras Pesq Cibercult – PUC-SP [Internet]. 2017;(January 2016):1–14. Citado em 14 de agosto de 2020. Disponível em: http://abciber2016.com/wp-content/uploads/2016/trabalhos/geracao_cabeca_baixa_saude_e_comportamento_dos_jovens_no_uso_das_tecnologias_moveis_glaukus_regiani_bueno.pdf
2. Silveira RMCF, Bazzo WA. Ciência e tecnologia: Transformando a relação do ser humano com o mundo. Univ Fed St Catarina - IX Simpósio Int Process civilizador [Internet]. 2005;3:1–13. Citado em 20 de agosto de 2020. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-estudo/processocivilizadores/portugues/sites/anais/anais9/artigos/workshop/art19.pdf>
3. Abdul N, Kutty M. Text neck : a global epidemic of the modern era. MOJ Yoga Phys Ther. 2019;4(1):14–6.
4. Lee S, Kang H, Shin G. Head flexion angle while using a smartphone. Ergonomics. 2015;58(2):220–6.
5. Silva I, Teixeira Z, Soliz M. Adaptation of the Smartphone Addiction Inventory to Portuguese population. Rev Estud e Investig ENPsicol Y Educ [Internet]. 2017;13. Citado em 30 de agosto de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.13.2648%0AAdaptação>
6. Kwon M, Kim DJ, Cho H, Yang S. The smartphone addiction scale: Development and validation of a short version for adolescents. PLoS One. 2013;8(12).
7. Chaves T, Nagamine H, Belli J, de Hannai M, Bevilaqua-Grossi D, de Oliveira A. Confiabilidade da fleximetria e goniometria na avaliação da amplitude de movimento cervical em crianças. Rev Bras Fisioter. 2008;12(4):283–9.
8. Kobs FF. Os possíveis efeitos do uso dos dispositivos móveis por adolescentes: análise de atores de uma escola pública e uma privada. [Dissertação]. Universidade Tecnológica Federal Do Paraná [Internet]. 2017. Citado em 1 de setembro de 2020. Disponível em: http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/2768/1/CT_PPGTE_D_Kobs%2CFabioFernando_2017.pdf

9. Ortega FC. Dependência de smartphone: investigando a realidade do Sistema "S" em Santana do Livramento. Universidade Federal do Pampa. [Internet]. 2016;(June). Citado em 30 de setembro de 2020. Disponível em: <http://dspace.unipampa.edu.br:8080/jspui/handle/rii/1777>
10. Demirci K, Akgönül M, Akpınar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *J Behav Addict*. 2015;4(2):85–92.
11. Lee H. Neck Pain and Functioning in Daily Activities Associated with Smartphone Usage. *J Korean Phys Ther*. 2016;28(3):183–8.
12. Panato KB. Avaliação de pontos de tensão muscular em usuários de smartphone. Universidade Federal de Santa Catarina [Internet]. 2017;01:1–7. Citado em 23 de agosto de 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/182422/TCCIFINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Yang SY, Chen M De, Huang YC, Lin CY, Chang JH. Association Between Smartphone Use and Musculoskeletal Discomfort in Adolescent Students. *J Community Health* [Internet]. 2017;42(3):423–30. Citado em 13 de agosto de 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10900-016-0271-x>
14. Sunil Neupane, U T Ifthikar Ali MA. Text Neck Syndrome - Systematic Review. *Imp J Interdiscip Res*. 2017;3(7):141–8.
15. Gustafsson E, Thomée S, Grimby-Ekman A, Hagberg M. Texting on mobile phones and musculoskeletal disorders in young adults: A five-year cohort study. *Appl Ergon* [Internet]. 2017;58:208–14. Citado em 03 de agosto de 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2016.06.012>.

Priscila Santana Menezes de Araújo

pity_menezes@hotmail.com

Fisioterapeuta

Elen da Silva Souza

ellengen@gmail.com

Fisioterapeuta

**Roberto Rodrigues Bandeira Tosta
Maciel**

rmaciel@uneb.br

Universidade do Estado da Bahia
Doutor em Fisioterapia



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

BOAS PRÁTICAS EM ALEITAMENTO MATERNO: UMA REVISÃO CRÍTICA DE AUDIOVISUAIS

*BEST PRACTICE OF BREASTFEEDING: A CRITICAL
REVIEW OF AUDIO-VISUALS*

RESUMO

Os vídeos postados no Youtube podem ser considerados como uma estratégia de ensino interessante para propagar informações de saúde. Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar criticamente conteúdos audiovisuais do Youtube no cenário educativo que abordam a temática do aleitamento materno. Metodologia: Foram analisados 56 vídeos através da pesquisa pelas palavras-chave: "aleitamento materno", "alteração mamilar", "tipos de mamilos" e "preparação da mama" para elaboração deste trabalho. Destes, 22 vídeos foram selecionados e usados como base do presente estudo, de acordo com os critérios de inclusão pré-estabelecidos (número de visualizações e relevância do assunto). Resultados: Os vídeos têm um impacto positivo e relevante sobre a amamentação e os seus cuidados. Porém, assistir apenas um vídeo torna-se insuficiente para um claro e profundo conhecimento sobre o assunto, sendo fundamental a busca por profissionais habilitados para uma orientação mais direcionada e abrangente. Conclusão: A dualidade da internet como ferramenta facilitadora de acesso informações, ora confiáveis, ora duvidosas, obriga o espectador a ter um critério maior de seleção e buscar por um maior repertório para um aprendizado efetivo.

Palavras-chave: Aleitamento materno, Educação em Saúde, Comunicação em Saúde, Internet.

PALAVRAS-CHAVE:

Aleitamento materno, Educação em Saúde, Comunicação em Saúde, Internet.

ABSTRACT

Youtube has been considered a learning strategy for health content. Objective: This research had intended to critically evaluate educational audiovisuals contents of YouTube that approach the thematic of breastfeeding. Methodology: It was analyzed 56 videos through search for the keyword “breastfeeding”, “nipple and areolar changes”, “nipple types” and “breastfeeding preparation”. Of these 56 videos, 22 were selected and used as base to elaborate this essay, according whit pre-established includes criteria (number of views and relevance of subject). These videos have how main theme: the matter of breastfeeding and its dysfunctions. Results: Videos have a positive and relevant repercussion about breastfeeding and its specifics cares, but it only to watch a video became insufficient for a clear and deep knowledge about the subject. It is fundamental to search for able professionals for a better orientation. Conclusion: The duality of internet as a tool of easy access of information, sometimes reliable sometimes doubtful it, obliges the spectator to use some strict criteria of selection and to search for a bigger repertoire for effective learning.

Keywords: Breast feeding, Health Education, Health Communication, Internet.

INTRODUÇÃO

A internet é uma fonte inesgotável de recursos para os que buscam informação através de pesquisas em sites, blogs científicos, grupos de discussão e comunidades virtuais^[1]. Os vídeos no Youtube talvez sejam uma ferramenta de ensino muito útil para propagar informação. Criado em 2005, houve desde então um enorme crescimento no número de acessos e de variados assuntos^[2].

Tal pensamento é complementado por outro estudo^[3] que aponta que o Youtube não foi criado especialmente para fins educativos e, assim sendo, não possui sustentáculo técnico-científico para ensino e aprendizagem, já que a maioria das postagens são feitas por amadores. Mas se houver uma busca prudente é possível listar vídeos que ofertem ensino, prática, pesquisa e assistência de qualidade.

A importância dos conteúdos audiovisuais nas comunicações por meio de mídias sociais, no âmbito da saúde, é reconhecida a cada dia. As plataformas de compartilhamento de vídeos como o Youtube, fazem parte da vida diária de várias pessoas, e vídeos relativos à saúde aumentam o interesse cada vez mais. Existe uma alta possibilidade de que pacientes procurem informações em vídeos sobre tratamento e técnicas em saúde^[4].

Muitas mães primíparas recorrem ao Youtube para esclarecer sobre as técnicas de pega do bebê, a duração do aleitamento, ingurgitamento mamário (IM), mastite, bloqueio de ductos e outras situações^[5], ou para simplesmente esclarecer mitos e lendas^[6].

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi avaliar criticamente conteúdos audiovisuais do Youtube no cenário educativo que abordam a temática do aleitamento materno considerando a extensão e a qualidade das informações dos vídeos acessados conforme a orientação do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS)^[7].

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão crítica de conteúdos audiovisuais, sobre a temática Aleitamento materno (AM) e Educação em Saúde por meio de pesquisas no Youtube, envolvendo o corte temporal de 01/10/2018 a 23/10/2018 tendo como palavras-chave: aleitamento materno, alteração mamilar, tipos de mamilos e preparação da mama.

Para se qualificar, os vídeos deveriam ser na língua portuguesa, possuir uma duração de até 06 min 20 s, possuir boa qualidade visual (definida como alta definição). Os vídeos deveriam ter o número de visualizações maior que 50.000 para serem incluídos no estudo. Os conteúdos audiovisuais sobre aleitamento materno foram analisados em tópicos como número de visualizações, quantidade de “likes” e “dislikes”, profissionais, ocupação, ingurgitamento, mastite, fissura, bloqueio de ductos, pega do bebê, preparo das mamas, higienização, acessórios e manobras, drenagem das mamas e tipos de mamilos.

Dois avaliadores independentes (PSMA e ESS) assistiram aos conteúdos audiovisuais 4 vezes, utilizando como critério para a escolha dos vídeos a citação de pelo menos um agente causador das dificuldades com amamentação. Um terceiro pesquisador (RRBTM) foi responsável por analisar as concordâncias entre os avaliadores dos audiovisuais selecionados.

Foi empregado para a medição do nível de concordância entre os avaliadores, o índice kappa (Tabela 2). O nível kappa é uma medida de conjunção, com o objetivo de mensurar o grau de consonância, além do que é calculado pelo acaso, com valores iguais para as divergências^[8]. Os valores obtidos pelo kappa foram interpretados da seguinte forma: menor que 0 como indicativo de acordo nenhum; entre 0 e 0,19 acordo pobre; 0,20 a 0,39 acordo justo; 0,40 a 0,59 acordo moderado; 0,60 a 0,79 acordo substancial e 0,80 a 1,00 acordo quase perfeito.

RESULTADOS

Dos 56 vídeos pesquisados, 34 foram excluídos após a aplicação dos critérios de análise, totalizando 22 vídeos para aplicação do instrumento, o que representa 39,28% do total. Todos os vídeos analisados foram apresentados por mulheres, sendo 15 profissionais da área de saúde, o que equivale a 68,18%. Dessas 15 profissionais, 7 são médicas (46,67%), 7 enfermeiras (46,67%) e 1 nutricionista (6,66%). Não houve, entre os vídeos, nenhum profissional da área de fisioterapia. Em relação à quantidade de visualizações dos audiovisuais, foi obtida uma média de 203.411 com (dp: 254.335). Em relação à avaliação para “likes” obteve-se uma média de 2.124 com (dp:194,77), e para “dislikes” a média de 115,79 com (dp:142,1), sendo a razão entre like e dislike, 30,52 conforme a (tabela 1).

Tabela 1- Média de desvio de padrão (DP) dos audiovisuais em relação a visualização, avaliação, razão e resolução em pixels

| | Visualizações | | Avaliação | | | Razão | Resolução em pixels (%) | | | |
|--------------|---------------|---------------|-----------|---------------|---------|---------------|-------------------------|------|------|------|
| | média | desvio padrão | like | desvio padrão | dislike | desvio padrão | like/ dislike | 360 | 720 | 1080 |
| Audiovisuais | 203411 | 254335 | 2124 | 194,77 | 115,79 | 142,1 | 30,52 | 8,34 | 87,5 | 4,16 |

Em relação aos valores do kappa, pode-se observar que o indicador sobre o preparo das mamas

alcançou um indicativo de “acordo moderado” (0.577), e o de massagem e ordenha alcançou um indicativo de acordo substancial (0.778). O indicador que obteve o maior nível de concordância foi mastite, com um indicador de “acordo quase perfeito” (1.0) na (tabela 2). Nenhum indicador obteve níveis de concordância “acordo pobre” (0 a 0.19) e “acordo justo” (0.20 a 0.39)^[8]. No geral, a consonância foi alta entre os avaliadores.

Tabela 2 - Determinação da concordância interavaliadores pela aplicação do índice Kappa aos indicadores.

| KAPPA | Geral | I.C |
|------------------------|-------|-------------|
| INGURGITAMENTO | 0.895 | 1,0-0,497 |
| MASTITE | 1.0 | 1,0-0,6 |
| PREPARO DAS MAMAS | 0.577 | 0,976-0,179 |
| BLOQUEIO DE DUCTOS | 0.824 | 1,0-0,43 |
| FISSURAS | 0.727 | 1,0-0,329 |
| PEGA DO BEBÊ | 0.731 | 1,0-0,346 |
| HIGIENIZAÇÃO DAS MAMAS | 0.903 | 1,0-0,505 |
| ACESSÓRIOS E MANOBRAS | 0.8 | 1,0-0,408 |
| DRENAGEM DAS MAMAS | 0.538 | 0,893-0,184 |
| MASSAGEM E ORDENHA | 0.778 | 1,0-0,378 |
| TIPOS DE MAMILOS | 0.684 | 1,0-0,286 |

I.C= Intervalo de confiança

De acordo com a Figura 1 pode-se observar que dos 22 vídeos analisados, “Dicas de amamentação” abordou somente um dos itens avaliados (pega). Os vídeos: “Massagem na aréola”, “Preparo da mama” e “Tipos de mamilos - Dificuldades na amamentação” foram os que mais abordaram as informações, com o total de 6 dos itens avaliados.

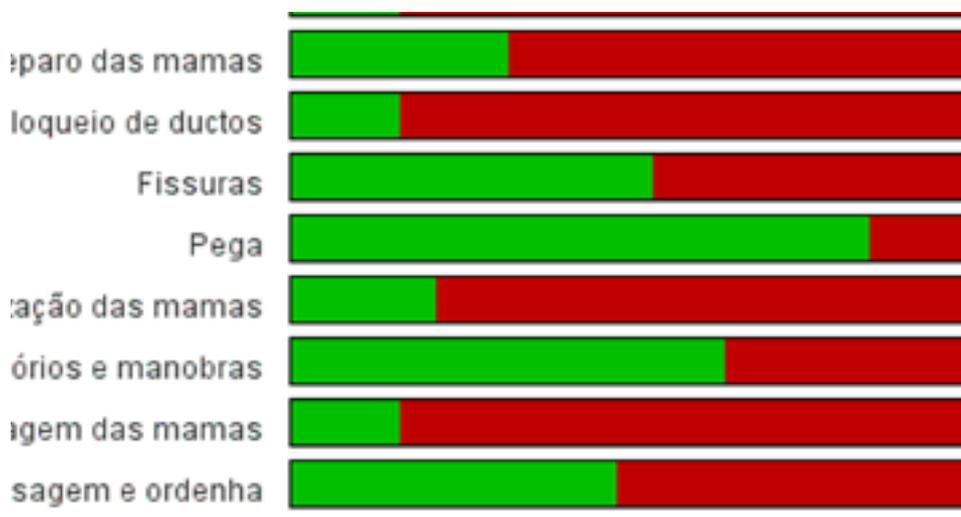
Ainda na Figura 1 é possível notar que dos itens avaliados, o mais abordado foi “Pega”, sendo citado em 16 dos 22 vídeos, e os menos avaliados foram “Mastite”, “Bloqueio de ductos” e “Drenagem das mamas”, sendo citados em apenas 3 dos 22 vídeos analisados. Os outros itens mais abordados foram: “Acessórios e manobras” e “Fissuras”.

Figura 1. Análise dos audiovisuais apresentado nos vídeos abordados.

| | Injúriamento | Mastite | Preparo das mamas | Bloqueio de ductos | Fissuras | Pega | Higiene das mamas | Acessórios e manobras | Drenagem das mamas | Massagem e ordenha | Tipos de mamilos |
|--|--------------|---------|-------------------|--------------------|----------|------|-------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| AMAMENTAÇÃO, MASTITE | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Amamentação - leite empedrado | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| AMAMENTAÇÃO SEM DOR | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| COMO AMAMENTAR se NÃO TENHO BICO | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Como fazer a ordenha manual | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| COMO RETIRAR O LEITE MATERNO | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Cuidados com os mamilos | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Dicas de amamentação | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Dicas para amamentação de sucesso | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| DICAS PARA UMA AMAMENTAÇÃO CORRETA | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Mamilo rachado ou sangrando, o que fazer | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Mamilos rachados | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Massagem da areola e preparo da mama | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Massagem e Ordenha | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| O bico do peito não faz diferença | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Os 3 tipos de mamilos | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| PEGA CORRETA DO SEIO | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Pega e Posições para Amamentar | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Preparando os seios durante a gravidez | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Seio machucado | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Tipos de mamilo | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Tipos de Mamilos - Dificuldades na amamentação | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |

Pode-se observar através da análise dos itens avaliados nos audiovisuais, que o item “Pega” foi contemplado com 72,72% dos aspectos avaliados. “Acessórios e manobras” e “Fissuras” obtiveram respectivamente, 54,55% e 45,45%, porém os itens, “Mastite”, “Bloqueios de ductos” e “Drenagem das mamas” foram pouco abordados (13,64%) (Figura 2).

Figura 2. Análise da frequência dos itens contemplados nos audiovisuais.



Faixa verde representa informações que foram contempladas nos audiovisuais e faixa vermelha representa informações que não foram apresentadas nos audiovisuais.

DISCUSSÃO

A análise dos dados coletados demonstrou que os vídeos sobre aleitamento materno disponíveis no Youtube, podem ser de boa qualidade em vista que a maioria dos vídeos pertencem a profissionais da área de saúde, representando 68,18%, dos vídeos analisados. Um estudo que avaliou o YouTube como fonte de informação no campo da anestesiologia^[9], aponta que os vídeos devem ser preparados levando em consideração a explicação apropriada em detalhes de cada procedimento, sendo de suma importância para a segurança dos pacientes.

Os resultados deste estudo também apresentam que a educação no aleitamento materno, disponíveis nos conteúdos audiovisuais, é amplamente diversificada, pois há diversos vídeos sobre esta mesma temática abordando diferentes contextos^[6], demonstrando que os vídeos apresentam uma influência benéfica, fazendo menção à fatores de suma importância e pertinentes ao aleitamento. Neste mesmo estudo^[6] os autores concluíram que a internet é um enorme propagador de informações, necessitando de continuidade para que possa exercer as ações de incentivo, pois delinea o perfil dos vídeos achados no Youtube, identificando-os como uma fonte fidedigna de pesquisa.

Entretanto, dois dos vídeos analisados neste estudo, apresentaram divergências em relação às conchas de amamentação. No qual, uma relatava que o acessório possui um bom desempenho no tratamento de protrusão mamilar, enquanto, o outro apontava que por não ter evidências científicas que comprove a sua eficácia, era irrelevante o seu uso. Uma revisão sistemática^[11], esclarece que as conchas de amamentação, podem causar macerações, devendo avaliar cada caso, pois os problemas relativos à lactação podem ser precavidos com a drenagem das mamas, evitando assim, o desmame precoce nas nutrizes.

Este trabalho revelou que assistir apenas um vídeo, torna-se insuficiente para a obtenção do conhecimento sobre o assunto. Entre os 22 vídeos, apenas 2 contemplaram 6 dos 11 itens avaliados. Através deste resultado observou-se a importância em assistir mais vídeos sobre o aleitamento materno, a fim de se obter informações mais completas e compreender a importância e dificuldades sobre a amamentação. Em um estudo que objetivou analisar vídeos do YouTube sobre a técnica de cateterismo urinário de atraso masculino^[11] os autores concluem que, embora o site de compartilhamento de vídeos do Youtube seja na atualidade uma plataforma difundida, há uma escassez de audiovisuais que apresentem as técnicas conforme é recomendada na literatura. Foi verificado também que em 9 dos 11 itens avaliados não obtivemos mais que 50% das informações acerca dos aspectos do aleitamento materno, confirmando que as informações são incompletas. Um estudo que incluiu a análise de vídeos neurocirúrgicos no YouTube^[2] aponta que o Youtube deve ser a principal mídia social de vídeos informativos, mas que no atual momento, o conteúdo precisa de cuidado maior por parte dos usuários, uma vez que há ainda carência de vídeos de boa qualidade.

Um estudo analisou vídeos do Youtube sobre prevenção de queimaduras^[12]. Neste estudo os autores enfatizam que os vídeos apresentam relevantes informações sobre seu estudo. Entretanto,

os vídeos apresentam, em sua maioria, medidas educativas pontuais.

O presente estudo evidenciou que os conteúdos audiovisuais, tem sua relevância na busca por conhecimento. Embora com toda a facilidade ao acesso à internet, é importante salientar que qualquer pessoa pode publicar conteúdos na plataforma e que é necessário aos usuários critérios diante das informações produzidas no Youtube, corroborando com os achados de outros autores. Entretanto este trabalho reconhece suas limitações, ao reduzir o acesso a materiais que poderiam adicionar e modificar os resultados achados, como vídeos somente em português, restrição do tempo com menos de 6min 20s, os termos de busca e a quantidade de visualizações (superior a 50.000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar criticamente conteúdos de saúde voltados para a temática aleitamento materno postados em língua portuguesa no Youtube. Em que pese as limitações deste trabalho, tais como, a falta de uma estratégia sistemática de busca que permitisse abarcar toda a produção audiovisual postada na plataforma ou a busca de outros aspectos relacionados à amamentação além daqueles aqui contemplados, acreditamos que foi possível compreender o alcance do Youtube como uma ferramenta de educação em saúde na perspectiva do aleitamento materno. Concluímos que a análise crítica dos audiovisuais do Youtube no cenário educativo sobre aleitamento materno, propõe que a plataforma é uma excelente ferramenta de conhecimento e que consegue atrair em larga escala o maior número de espectadores. Todavia a dualidade da internet como uma ferramenta facilitadora de acesso às informações, ora confiável, ora duvidosa, obriga o espectador a ter um critério maior de seleção e buscar um melhor repertório para uma aprendizagem efetiva sobre o aleitamento materno. É necessário destacar a importância dos audiovisuais estarem embasados de acordo com as evidências científicas, acerca do aleitamento materno. Pesquisas futuras serão importantes para estabelecer se o Youtube é realmente uma mídia social positiva para a disseminação de informações em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Araujo RF. Mídias sociais e comunicação científica: análise altmétrica em artigos de periódicos da ciência da informação. Revista da Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação da UFRGS. 2015;96-109.
2. Pereira JLB, Batalini F, Kubben PL, Albuquerque LAF, Andrada B, Magalhães P, Carvalho GTC, Figueiredo EG. Vídeos Neurocirúrgicos no YouTube. Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. 2015; 13-17.
3. Salvador PTCO, Costa TD, Gomes ATL, Assis YMS, Santos VEP. Segurança do paciente: caracterização de vídeos do YouTube. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2017; 1-8.
4. Fernandes IC, Siqueira KM, Barbosa MA. Avaliação de vídeos sobre a técnica inalatória na asma infantil: educativos ou midiáticos? Revista Eletrônica de enfermagem. 2018; 1-10.

5. Barbosa GEF, Fernandes E. Dificuldade iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. *Revista Paulista de Pediatria*.2017;265-272.
6. Carvalho JA, Gurgel PKF,Lima KYN,Dantas CN, Martins CCF. Análise de vídeos do Youtube sobre aleitamento materno: Importância e benefícios. *Revista de enfermagem UFPE online*, 2013;1016-1022.
7. Rocha ALA, Goes FGB, Pereira FMV, Moraes JRMM, Barcia LLC, Silva LF.O processo de ensino-aprendizagem de puérperas nutrizes sobre aleitamento materno. *Revista Cuidarte*. 2018; 2165-2176.
8. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas*. 1960; 20(1): 37-46.
9. Tulgar S, Selvi O, Serifsoy TE, Senturk O, Ozer Z. YouTube como fonte de informação de raquianestesia, anestesia peridural e anestesia combinada raquiperidural. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2017; 493-499.
10. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *Jornal de Pediatria*. 2004; 147-154.
11. Chiavone FBT. et. al. Análise de vídeos do YouTube sobre a técnica de cateterismo urinário de atraso masculino. *Revista Investir Educação em Enfermagem*. 2015; 171-179.
12. Junior PRB, Santos EA, Rosso LH, Amestoy SC, Torinho FS, Echevarría-Guanilo ME. Análise de vídeos do Youtube sobre prevenção de queimaduras. *Revista Brasileira de Queimaduras*. 2015; 145-149.

Vídeos

Abdala, G. Dicas de amamentação. Youtube, 26 novembro 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=CPOebNjWLXI>>. Acesso em: 16 outubro 2018.

Andreu, J. Amamentação sem dor. Youtube, 22 março 2017. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=WYMBWpqxNDs>>. Acesso em: 05 outubro 2018.

Baldissera, R. Amamentação - leite empedrado, o que fazer? Youtube, 29 abril 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=9UqUv0yCKMg>>. Acesso em: 20 outubro 2018.

Balogh, G. Como fazer ordenha manual. Youtube, 27 dezembro 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=DGVC7MUn6hg>>. Acesso em: 25 novembro 2018.

Brito, N. Como retirar o leite materno - ordenha manual. Youtube, 01 outubro 2015. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=f2T7sd99yH0>>. Acesso em: 18 outubro 2018.

Da Silva, M. R. Dicas para uma amamentação correta. Youtube, 18 outubro 2011. Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=SMGVDpxVMow>>. Acesso em: 23 outubro 2018.

Do Amaral, E. Mamilos rachados: Como resolver o problema? Youtube, 14 abril 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=P4LeT6dvHNY>>. Acesso em: 18 outubro 2018.

Grazziotin, C. Massagem da areolar e preparo da mama para uma correta pega por Celestina Graziotin. Youtube, 16 janeiro 2011. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=UMus7FP9srw>>. Acesso em: 01 outubro 2018.

Herrero, L. O bico do peito não faz diferença. Youtube, 17 agosto 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=K-ihXKVDiPE>>. Acesso em: 19 outubro 2018.

Johnson, D. Como amamentar se não tenho bico? Youtube, 21 maio 2017. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=vMxO5gPydEI&t=206s>>. Acesso em: 08 outubro 2018.

Kawasaki, A. Tipos de Mamilos - Dificuldade na amamentação e como lidar. Youtube, 17 agosto 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=YE_xZF1TKYU>. Acesso em: 20 outubro 2018.

Kesselring, B. B. Pega correta do seio. Youtube, 29 setembro 2015. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=DWaVpLanVCs>>. Acesso em: 10 outubro 2018.

Lima, C. Amamentação, mastite - eu tive! como cuidar. Youtube, 09 junho 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=yVvtNMmUHdl>>. Acesso em: 14 outubro 2018.

Machado, V. Dicas para amamentação de sucesso. Youtube, 22 setembro 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=27n24qsLzHY>>. Acesso em: 01 outubro 2018.

Machado, V. Preparando os seios durante a gravidez. Youtube, 02 junho 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=WmoLSY7Zvnc>>. Acesso em: 15 outubro 2018.

Machado, V. Tipos de mamilo ("bivo do peito") e amamentação. Youtube, 21 março 2017. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=7vcTwPLClk0>>. Acesso em: 17 outubro 2018.

Meirelles, C. Os 10 erros na amamentação. Youtube, 16 dezembro 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=iqoTeYVY3DA&t=27s>>. Acesso em: 06 outubro 2018.

Nascimento, F. Os 3 tipos de mamilos (bicos do peito) e como eles podem afetar a amamentação - Fátima Nascimento. Youtube, 05 dezembro 2017. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Ju7U4lkDtnI>>. Acesso em: 16 outubro 2018.

Oliveira, K. Massagem e Ordenha | Especial Amamentação. Youtube, 03 agosto 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=L9F-lkvVaRY>>. Acesso em: 18 outubro 2018.

Oliveira, K. Pega e posições para amamentar | Especial Amamentação. Youtube, 05 agosto 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=lCWfD6iLg8E>>. Acesso em: 15 outubro 2018.

Romeiro, M. Mamilo rachado ou sangrando, o que fazer? Youtube, 02 agosto 2016. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=UxCkYa1V_WU>. Acesso em: 17 outubro 2018.

Santos, M. Cuidado com os mamilos durante a amamentação. Youtube, 03 agosto 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=p7C7jU07VIM>>. Acesso em: 16 outubro 2018.

Ellen Fernandes Menez

ellenmenez@gmail.com

Enfermeira Assistencial no Hospital Adventista Silvestre – RJ, Especialista em Enfermagem Hospitalar com ênfase em Saúde do Idoso no formato de Residência pela Faculdade Adventista da Bahia (FADBA-2019), Pós-graduanda em Enfermagem de Urgência e Emergência pela FAVENI.

Nelcilene Ferreira de Jesus

ferreiranelcilene@gmail.com

Enfermeira Assistencial no Hospital Adventista Silvestre – RJ, Especialista em Enfermagem Hospitalar com ênfase em Saúde do Idoso no formato de Residência pela Faculdade Adventista da Bahia (FADBA-2019), Pós-graduanda em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Adventista da Bahia–FADBA, Pós-graduanda em Estomatoterapia pela FAVENI.

Marcos Aurélio Pinto da Silva

marcos.cdh@gmail.com

Mestrando do Programa Acadêmico em Ciência do Cuidado em Saúde - Universidade Federal Fluminense/UFF-Niterói. Intensivista com Especialização em Enfermagem Cardiovascular. Supervisor de Enfermagem no Hospital Adventista Silvestre – RJ.



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

AVALIAÇÃO DA ESCALA CONFUSION ASSESSMENT METHOD FOR THE INTENSIVE CARE UNIT (CAM-ICU) POR ENFERMEIROS INTENSIVISTAS DE UM HOSPITAL PRIVADO.

EVALUATION OF THE SCALE CONFUSION ASSESSMENT METHOD FOR THE INTENSIVE CARE UNIT (CAM-ICU) FOR NURSES IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF A PRIVATE HOSPITAL.

RESUMO

Introdução: O Delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica decorrente de alterações na função do sistema nervoso, deterioração cognitiva e funcional capaz de ocasionar mortalidade, que se desenvolve ao longo de um curto período de tempo. Clinicamente, o Delirium pode-se apresentar de forma hiperativa, hipoativa ou mista. Um método recomendado para o diagnóstico e avaliação desse evento é a escala Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). **Objetivo:** Avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a Escala de CAM-ICU nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital privado. **Metodologia:** Estudo descritivo, de caráter transversal, com abordagem quantitativa. Pesquisa realizada com 16 (dezesesseis) enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva: UTI Clínica, UTI Cirúrgica e Unidade Coronariana. A coleta de dados ocorreu de setembro a novembro de 2019, a partir da aplicação de um questionário semiestruturado composto por 6 (seis) questões. **Resultados:** As respostas contidas no questionário são apresentadas por meio de gráficos, sendo elas: no gráfico I, foi demonstrado o conhecimento dos enfermeiros sobre a Escala; no gráfico II, o nível de aplicação; no gráfico III, o quantitativo de enfermeiros por setores; já no gráfico IV, evidenciou-se a atual aplicabilidade da Escala; no gráfico V, apresentou-se quem deve desenvolver a aplicação; por fim, no gráfico VI, foi abordado o perfil dos pacientes nos quais deve ser

PALAVRAS-CHAVE:

Enfermeiro. Unidades de Terapia Intensiva. Delirium.

aplicado o instrumento. Conclusão: Evidenciou-se que a percepção dos enfermeiros em relação ao Delirium apresenta lacunas que podem ser preenchidas com a atualização do conhecimento para a identificação precoce e para o manejo do paciente com Delirium.

Palavras-chave: Enfermeiro. Unidades de Terapia Intensiva. Delirium.

ABSTRACT

Introduction: Delirium is a neuropsychiatric syndrome resulting from changes in the function of the nervous system, cognitive and functional deterioration capable of causing mortality, that develops over a short period of time. Clinically, Delirium can be hyperactive, hypoactive or even mixed. One of the recommended methods for diagnosing and evaluating this event is the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) scale. **Objective:** To evaluate nurses' perception of the CAM-ICU Scale in Intensive Care Units of a private hospital. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The research was carried out with 16 (sixteen) nurses of the Intensive Care Units: Clinical ICU, Surgical ICU and Coronary Unit. The data collection occurred from September to November 2019, extracted from the application of a semi-structured questionnaire composed of 6 (six) objective questions. **Results:** The answers contained in the questionnaire are presented by means of graphs, which are: in graph I, nurses' knowledge about the Scale is shown; in graph II, the level of application; in graph III, the number of nurses by sectors; in graph IV showed the scale's current applicability; in graph V shows who should develop the application and the graph VI the profile of patients in which the instrument should be applied was addressed. **Conclusion:** It was evident that the nurses' perception of Delirium has gaps that can be filled by updating knowledge for early identification and management of patients with Delirium.

Key words: Nurse. Intensive Care Units. Delirium.

INTRODUÇÃO

O Delirium caracteriza-se como uma síndrome neuropsiquiátrica decorrente de alterações na função do sistema nervoso, deterioração cognitiva e funcional capaz de ocasionar mortalidade, que se desenvolve ao longo de um curto período de tempo (horas ou dias) e flutua ao longo do dia⁽¹⁾. As alterações encontradas em pessoas com esse distúrbio podem variar de alteração da consciência e atenção, desorientação, comprometimento de memória, alterações de percepção e humor, apatia e agitação⁽²⁾.

Clinicamente, o Delirium pode-se apresentar de forma hiperativa, hipoativa ou até mesmo mista. Segundo a literatura especializada, sua forma hiperativa é caracterizada pela agitação, podendo ser algumas vezes de forma agressiva; em contrapartida, no hipoativo, o paciente apresenta-se com nível de consciência rebaixado, geralmente prostrado, sendo tal estado de difícil diagnóstico ou comumente confundindo com outras patologias, a exemplo da demência. Enquanto a forma hiperativa raramente passa despercebida, o contrário ocorre com a forma

hipoativa, que até mesmo pode se associar com pior prognóstico. Há ainda a possibilidade de ocorrer a forma mista, com alternância entre os dois tipos⁽¹⁻²⁾.

Sua incidência está associada a longos períodos de hospitalização, além de cirurgias de grande porte em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva. Tem sido demonstrado um aumento progressivo da incidência desta síndrome na população maior de 60 anos, mas com detecção tardia em 32% a 67% dos casos⁽³⁾.

Os fatores de risco para este distúrbio podem variar de pessoa para pessoa, cabe ressaltar que o quadro está associado à própria doença, entre outros fatores como, demência, sedativos comumente utilizados em pacientes intubados, administração de opioides, imobilidade, idade avançada, interrupção do ciclo sono-vigília, doenças de base, infecção por tempo de internação, e entre outros. Esta condição acomete uma parcela significativa de pacientes e seu desfecho é determinado através da relação idade e Delirium⁽¹⁻²⁾.

A origem do Delirium remonta à época de Hipócrates, 500 a.C, quando era associado com o aparecimento da febre, usando mais comumente o termo 'frenite', também utilizado como sinônimo. Atualmente, o conceito de Delirium está baseado nas diretrizes publicadas pela DMS-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) em concordância com a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças)⁽¹⁾. Um dos métodos recomendados para o diagnóstico e a avaliação desse evento é a escala Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Em 1980 a CAM-ICU surgiu como uma estratégia de diagnóstico do Delirium com base nas principais características do distúrbio descrito pelo DSM-IV tendo em vista que as ferramentas existentes apresentavam lacunas e eram complexas para sua utilização⁽³⁾.

Cada vez mais, estudos relatam que o risco de desenvolver Delirium depende de uma complexa interação de fatores. Nos pacientes das Unidades de Terapia Intensiva, a capacidade de prever o Delirium pode ajudar a reduzir sua incidência, duração e severidade⁽⁴⁾.

Além das condições já citadas anteriormente, cabe ressaltar que o quadro clínico tem instalação rápida e há mais desfechos negativos associados ao Delirium hospitalar como: quedas, úlceras por pressão, incontinência urinária e remoção de cateteres e sondas. Conforme estudo prospectivo, a privação sensorial, distúrbios visuais e auditivos têm sido associados a uma maior prevalência da doença⁽⁵⁾.

Apesar da alta incidência, o Delirium permanece subdiagnosticado em cerca de 25% a 75% dos pacientes, chegando a 100% em quadros clínicos caracterizados pelo estado hipoativo. Tal situação pode ser desencadeada pela natureza flutuante do quadro, associada à falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a patologia, ao baixo uso de ferramentas de avaliação e ao não registro do fenômeno pelos profissionais⁽⁶⁾.

Nesse cenário, cabe ressaltar o importante papel que deve ser desempenhado por enfermeiros, compreendidos como propagadores e mantenedores do cuidado. Esses profissionais têm a função hábil de identificar a vigência do Delirium durante a prática da assistência de enfermagem⁽⁷⁾.

O cuidado de enfermagem é, em essência, o pano de fundo para tratamento e cura, garantindo as necessidades básicas do paciente. De acordo com Nightingale, os enfermeiros devem colocar os pacientes da melhor maneira possível. A condição para a natureza agir sobre eles. Como tal, Nightingale' apresenta O modelo de enfermagem ambiental que enfatiza a importância de gerenciar o ar, ventilação, ruído, luz, nutrição, limpeza e roupas de cama entre elementos que apoiam os poderes curativos da natureza.⁽⁷⁾

Diante de todos os fatores fomentadores e suas possíveis consequências clínicas, este estudo torna-se relevante considerando a alta incidência de Delirium no ambiente de terapia intensiva. Ademais, é preciso considerar também as consequências negativas desse distúrbio para o paciente a curto e a longo prazo, os altos custos institucionais e a falta de um consenso quanto às intervenções efetivas a serem implementadas.

Portanto, questiona-se qual a percepção dos enfermeiros sobre a escala Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital privado do Rio de Janeiro.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a Escala Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital privado.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter transversal, com abordagem quantitativa. Foi elaborado a partir de um processo que inclui importantes etapas: seleção do tema, elaboração da pergunta norteadora contendo o problema identificado, os sujeitos da pesquisa, com definição dos critérios de inclusão e exclusão, culminando com a captação dos referenciais teóricos⁽⁸⁾.

A pesquisa foi realizada com 16 (dezesesseis) enfermeiros que trabalham nos períodos diurno e noturno nas Unidades de Terapia Intensiva – UTIs (Clínica, Cirúrgica e Coronariana) de um Hospital privado no Rio de Janeiro. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva.

O perfil dos pacientes que compõem a UTI Clínica é um público adulto/idoso com características clínicas que requerem um monitoramento e cuidados intensivos até estabilização do quadro. Na UTI Cirúrgica são admitidos pacientes em pré e pós-operatórios de diagnósticos mais complexos que precisem de cuidados intensivos. Já a Unidade Coronariana é composta por pacientes que tenham doenças cardíacas.

Os critérios de exclusão foram: os profissionais enfermeiros que gozavam de folga, férias, licença durante o período da coleta de dados e que se recusaram a participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu de Setembro a Novembro de 2019, após a autorização do comitê de ética e pesquisa. Tais dados foram extraídos a partir da aplicação de um instrumento de coleta no formato de questionário semiestruturado composto por 6 (seis) questões de caráter objetivo com variáveis dicotômicas e categóricas. Todas as questões abordavam o tema da Escala de CAM-ICU, os profissionais responsáveis por sua aplicação e o perfil dos pacientes analisados

pelo instrumento de rastreamento (Quadro 1).

A aplicação desse instrumento ocorreu de forma aleatória não intencional e individual nas dependências do hospital. Para a coleta de dados, inicialmente foi explicado o objetivo aos profissionais que concordaram em participar, tendo a disponibilidade para responder o questionário. Foi também orientado quanto à voluntariedade, a proteção da imagem, garantia do anonimato e ao direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento.

Os enfermeiros considerados elegíveis, que aceitaram o convite para a participação na pesquisa, receberam em mãos duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ambas assinadas, sendo que uma permaneceu com o participante e a outra com as pesquisadoras. Estes documentos se manterão arquivados por um período mínimo de cinco anos, como rege a resolução da CNS 466/12, preservando a identidade e obedecendo às normas do comitê de ética.

Os dados procedentes dos questionários foram digitalizados, contabilizados, organizados em planilhas e transformados em porcentagem a partir do programa Microsoft Excel 2010. Em seguida foram elaborados gráficos referentes às questões com apresentação dos resultados para cada categoria.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sendo a instituição proponente Faculdade Adventista da Bahia – FADBA pela Plataforma Brasil, sob Certificado de apresentação para Apreciação Ética N° 20218919.0.0000.0042, número do parecer: 3.686.117, atendendo os preceitos da Resolução N° 466, de 12 de Dezembro de 2012 que garante o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

Quadro 1 – Questionário semiestruturado

| | | |
|--|-----------------|-------------------|
| Você conhece ou já ouviu falar sobre a escala de <i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i> (CAM-ICU)? | | |
| 1.1 () Sim | 1.2 () Não | |
| Você já realizou a aplicação da escala de <i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i> (CAM-ICU)? | | |
| 2.1 () Sim | 2.2 () Não | |
| Você é enfermeiro de que setor? | | |
| 3.1 () UTI-1 | 3.2 () UTI-2 | 3.3 () UCO |
| Atualmente no seu ambiente de trabalho é realizada a aplicação da escala <i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i> (CAM-ICU)? | | |
| 4.1 () Sim | 4.2 () Não | |
| Quem deve desenvolver a aplicação da escala? | | |
| 5.1 () Enfermeiros | 5.2 () Médicos | 5.3 () Técnicos |
| Na sua concepção, a escala <i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i> (CAM-ICU) é aplicada em quais pacientes? | | |
| 6.1 () Demenciados | 6.2 () Lúcidos | 6.3 () Entubados |

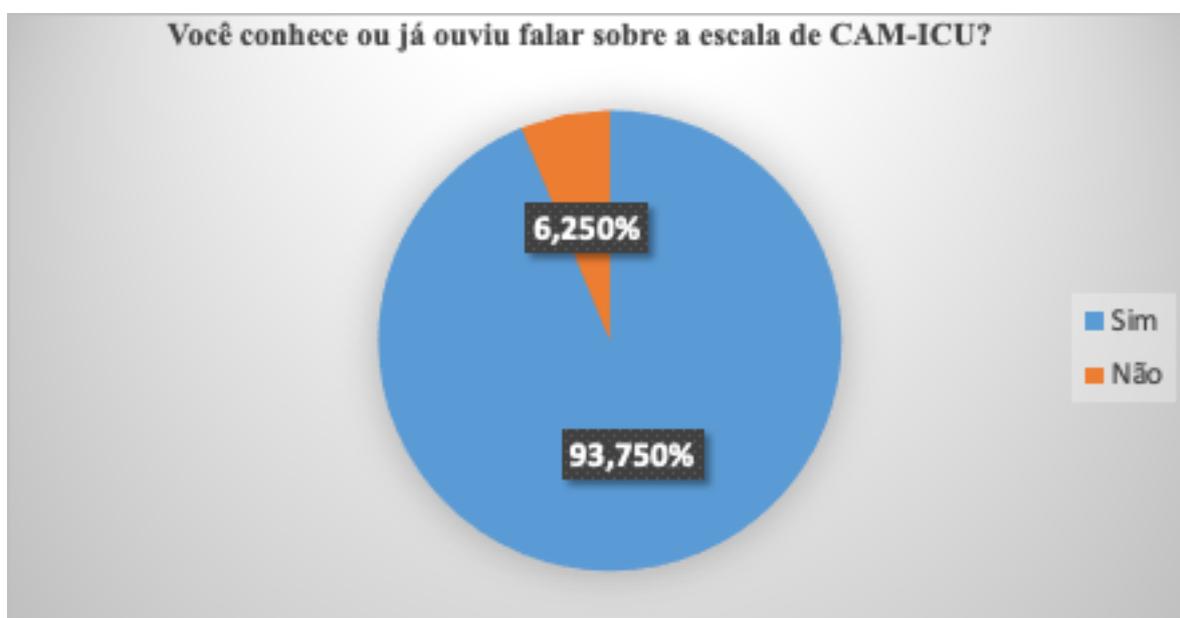
Fonte: Instrumento aplicado com enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva de um hospital privado no estado do Rio de Janeiro nos meses de Setembro a Novembro de 2019. Criação própria das autoras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quantitativo de profissionais dos setores abordados totaliza 19 enfermeiros, já considerando os que atuam nas funções assistenciais e nas rotinas diárias. Destes, 16 (dezesseis) participaram da pesquisa, pois, 2 (dois) enfermeiros encontravam-se no período de férias e 1 (um) enfermeiro não devolveu o instrumento em tempo hábil.

As respostas contidas no questionário são apresentadas por meio de gráficos, sendo elas: no gráfico I, é demonstrado o conhecimento dos enfermeiros sobre a Escala; no gráfico II, o nível de aplicação; no gráfico III, o quantitativo de enfermeiros por setores; já no gráfico IV evidenciou-se a atual aplicabilidade da Escala; no gráfico V, apresenta-se quem deve desenvolver a aplicação; no gráfico VI, é abordado o perfil dos pacientes nos quais deve ser aplicado o instrumento.

Gráfico I – Demonstra o conhecimento dos enfermeiros sobre a Escala



Fonte: Dados da pesquisa.

Como evidenciam os dados apresentados no Gráfico I, majoritariamente os enfermeiros participantes da pesquisa conhecem ou já ouviram falar sobre a Escala de CAM-ICU 15 (93,750%) responderam que sim; e 1 (6,250%) disse que não conhecia. O resultado evidencia uma amostra pequena dos enfermeiros que não conhecem e/ou não ouviram falar a respeito da Escala.

Pesquisas realizadas na China revelam que 90% dos entrevistados afirmaram que possuíam alto nível de conhecimento sobre Delirium. No entanto, uma grande parte deles não esclareceu sobre os principais sintomas. Isso sugere que, embora os entrevistados sejam informados sobre Delirium na UTI, eles podem realmente ter a falta de conhecimento detalhado de seus sintomas, associado a complicações e subsequentes instrumentos de avaliação⁽⁹⁾.

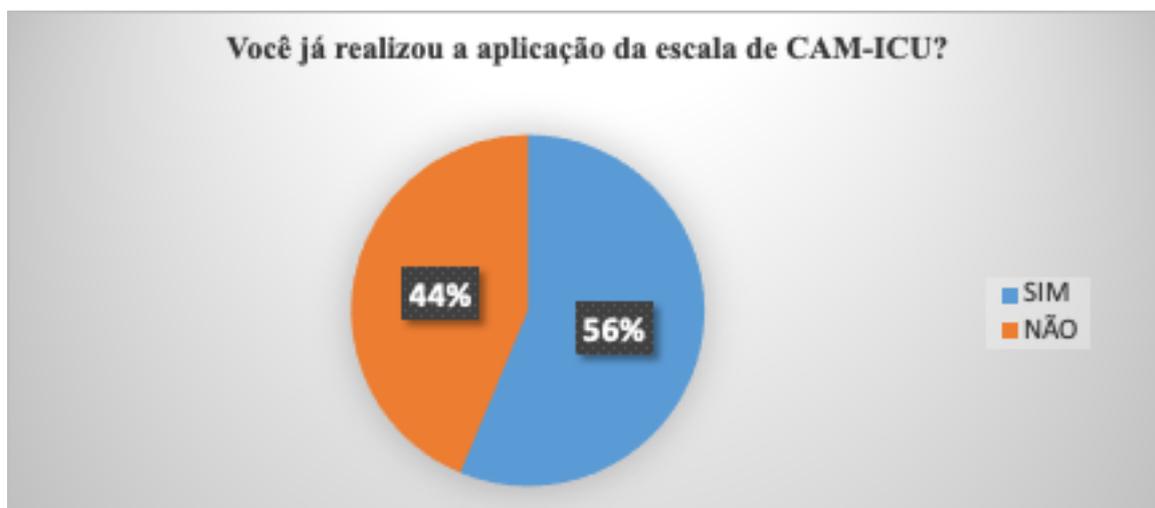
Ratificando os dados abordados anteriormente, em estudo realizado no Canadá para verificar o conhecimento e a percepção dos enfermeiros, os autores identificaram a ocorrência de um aumento no conhecimento dos enfermeiros após uma abordagem educacional sobre o Delirium, a escala e sua finalidade na prática diária. Sobre a finalidade da ferramenta, o autores reconhecem que o impacto positivo após a intervenção educacional gerou significado positivo

quanto ao cuidado com o paciente e a adoção da ferramenta⁽¹⁰⁾.

Logo, é imprescindível o comprometimento dos profissionais enfermeiros no processo de educação continuada, na aquisição do conhecimento necessário para a melhor identificação dos fatores de riscos, no diagnóstico rápido, auxiliado pelo manejo adequado do instrumento e na prevenção dos agravos ocasionados pela doença.

No que se refere à participação dos profissionais no desenvolvimento do processo de aplicação, os enfermeiros responderam (1) para SIM ou (2) para NÃO. Neste âmbito foi avaliado o nível de informação e uso da Escala de CAM pelos colaboradores abordados na pesquisa.

Gráfico II – O nível de aplicação da Escala



Fonte: Dados da pesquisa.

O Gráfico II vem mostrando que 9 (56%) dos enfermeiros entrevistados já realizaram a aplicação da Escala de CAM-ICU, o que significa um número ainda pequeno diante da amostra total. Já 7 (44%) nunca realizaram esta aplicação, representando um número consideravelmente grande, o que se converte na escassez da equipe de enfermeiros aptos para aplicação deste método de prevenção do Delirium.

Estudos ratificam que o conhecimento mínimo dos profissionais de enfermagem é um dos desafios para a não realização da triagem e rastreamento do Delirium. Assim, é imperativo nutrir não apenas a teoria, deve-se garantir o manejo adequado das ferramentas de rastreamento e a identificação da clínica do paciente a partir da avaliação dos principais sinais de alerta. O reconhecimento precoce do Delirium está relacionado ao grau de experiência da equipe de enfermagem, visto que os enfermeiros são o contato mais próximo dos pacientes, os tornando aptos para identificar quaisquer mudanças precoces no estado mental ou comportamento dos pacientes⁽¹¹⁾.

Notocante à aplicação do instrumento CAM-ICU na prática diária, este trás consigo barreiras como o tempo e o número de demandas. A literatura ratifica que o tempo estimado para execução da escala é de 2-3 minutos, visto que as ocupações com cuidados intensivos frequentemente geram dificuldades para que a avaliação do paciente seja consistente, em detrimento da utilização de um instrumento não específico⁽¹²⁾.

Em pesquisa com enfoque na apresentação das limitações práticas na implementação da escala em hospital situado na Holanda, foi demonstrado que os profissionais, ao serem instigados

sobre a implementação em seu ambiente de trabalho, expuseram que o Delirium seria identificado de qualquer forma⁽¹³⁾.

Gráfico III – Quantitativo de enfermeiros por setores

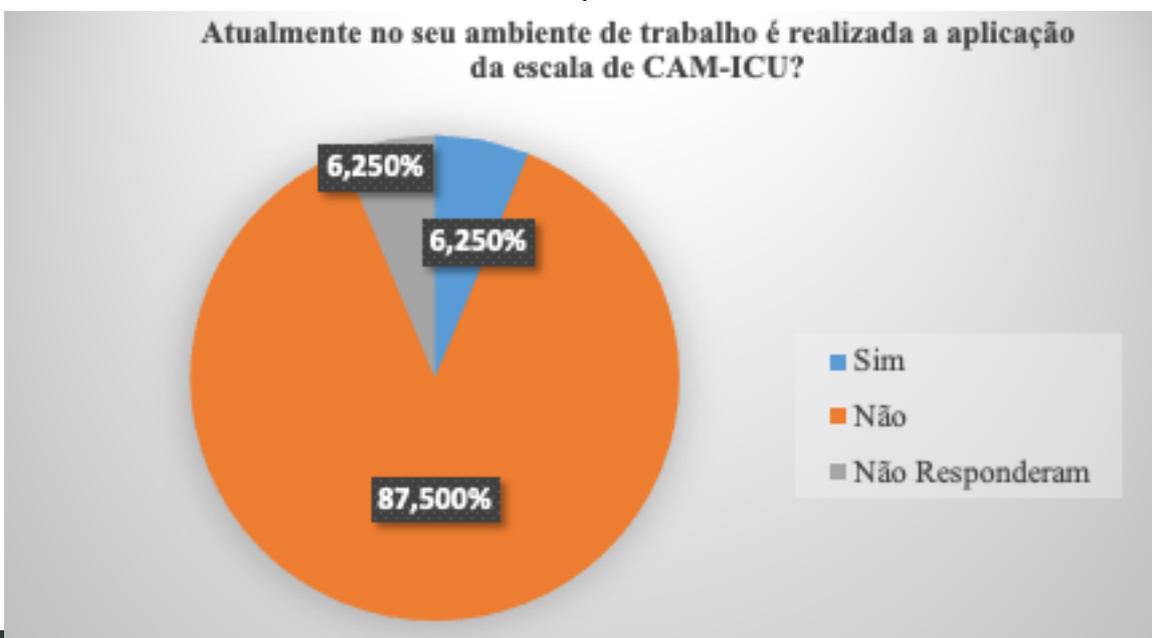


Fonte: Dados da pesquisa.

O Gráfico III traz o quantitativo de enfermeiros por setores das Unidades de Terapia Intensiva. Os resultados evidenciaram que, em sua maioria, esses profissionais são da Unidade de Terapia Intensiva I (UTI Clínica), correspondendo a 38% (6), seguidos pelo percentual de 31% (5) na Unidade de Terapia Intensiva II (UTI Cirúrgica) e, igualmente, 31% (5) na Unidade Coronariana. Devemos levar em consideração os enfermeiros rotinas de cada setor que constam na amostra e que na UTI Clínica considerou-se os enfermeiros folguistas e feristas.

Embora o quantitativo de enfermeiros não seja um fator estritamente decisivo para que o instrumento de rastreamento do Delirium seja implementado, este quesito influencia nos determinantes já abordados como barreira para aplicação, o tempo e as demandas. Nesse sentido, sabe-se que a enfermagem já abarca grandes processos e funções em sua rotina, portanto, não se deve descartar essa constante.

Gráfico IV – A atual aplicabilidade da Escala



Fonte: Dados da pesquisa.

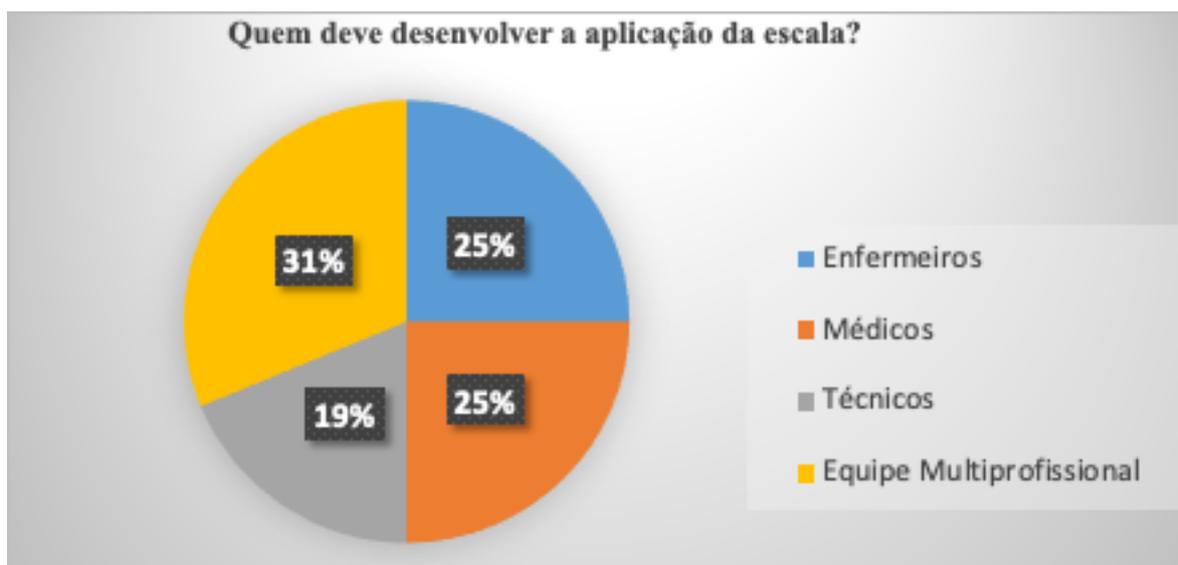
O Gráfico IV indaga se na atualidade a Escala de CAM-ICU é aplicada no ambiente de trabalho dos entrevistados, tendo como resultado uma porcentagem grande dos que informaram que atualmente não é realizada a aplicação do instrumento: 1 (SIM – 6,25%), 14 (NÃO – 87,50%), 1 (Não responderam – 6,25%). Vale ressaltar que o resultado exposto no gráfico I mostra que mais da metade dos profissionais entrevistados tem o conhecimento da Escala, já o gráfico II traz que metade deles já realizaram a aplicação. Isso revela que estes profissionais, os quais referiram ter conhecimento da escala, já haviam aplicado esse instrumento em outra instituição ou na própria instituição, ainda que, talvez, isso tenha ocorrido em um período longínquo. Importa destacar, nesse sentido, que a Escala já foi implementada pelos profissionais em suas rotinas de cuidado, mas, o uso do instrumento de rastreamento se perdeu com o passar do tempo.

Esse resultado do Gráfico IV, portanto, mostra que excepcionalmente nas Unidades de Terapia Intensiva desta instituição os enfermeiros não estão determinados a desenvolverem a aplicação do instrumento. Este, por sua vez, é um dos métodos de prevenção e ou/rastreamento do Delirium em pacientes internados nos CTI's. A implementação da avaliação rotineira do Delirium é recomendação da Clinical Practice Guidelines 2013⁽¹⁴⁾. Estudo realizado em 1116 Unidades de Terapia Intensiva, distribuídas em 74 hospitais da China, com uma amostra de 519 enfermeiros e 398 médicos discorre que, embora 84,19% dos participantes reconheçam a importância do monitoramento diário do Delirium na UTI, apenas 25,62% expuseram que essa triagem de rotina do Delirium é realizada⁽⁹⁾.

Um treinamento apropriado dos enfermeiros assistenciais, contudo, é capaz de gerar um aumento na confiança das abordagens, um manuseio adequado e melhores resultados pertinentes às fases de desenvolvimento da avaliação do CAM-ICU. Estudo desenvolvido com enfermeiros corrobora que a escala forneceu uma avaliação abrangente do paciente e um progresso na comunicação entre os membros da equipe de saúde⁽¹²⁾.

Consequentemente, a qualidade da assistência de enfermagem prestada durante a vigência de sinais e sintomas como flutuações, agitação, pensamento desorganizado, pode favorecer a saúde do cliente. A identificação destes sinais/sintomas será um indício do conhecimento teórico aplicado à clínica do paciente. Nesse sentido, a prática baseada em evidência associada ao uso do instrumento de rastreamento trará grande significado e apreciação da experiência.

Gráfico V – Quem deve desenvolver a aplicação da escala



Fonte: Dados da pesquisa.

O Gráfico V mostra qual a percepção dos enfermeiros acerca de quem deve desenvolver a aplicação da Escala de CAM-ICU. O resultado evidenciou a mesma porcentagem para médicos e enfermeiros, 4 (Enfermeiros – 25%), 4 (Médicos – 25%); seguido pelo percentual que optou em marcar os técnicos de enfermagem 3 (19%); e os profissionais que acreditam ser papel da equipe multiprofissional 5 (25%). Alguns dos entrevistados marcaram mais de uma categoria nesta questão, demonstrando que a identificação do quadro é também uma função da equipe multidisciplinar.

A partir da caracterização do Delirium como uma síndrome que afeta os pacientes internados nas unidades intensivas, é preciso atentar-se ao fato de que essa síndrome é um preditor para o aumento da morbimortalidade entre os afetados. Por isso, em vigência do quadro clínico, a aplicação da escala auxilia na identificação adequada, gerando um plano de cuidados capaz de minimizar as injúrias.

Neste contexto, a Resolução COFEN Nº 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem, no âmbito de suas funções, discorre que o enfermeiro deve executar seu papel a fim de garantir a promoção da saúde, segurança do paciente e humanização no cuidado, desenvolvendo seu trabalho com ética e comprometimento⁽¹⁵⁾.

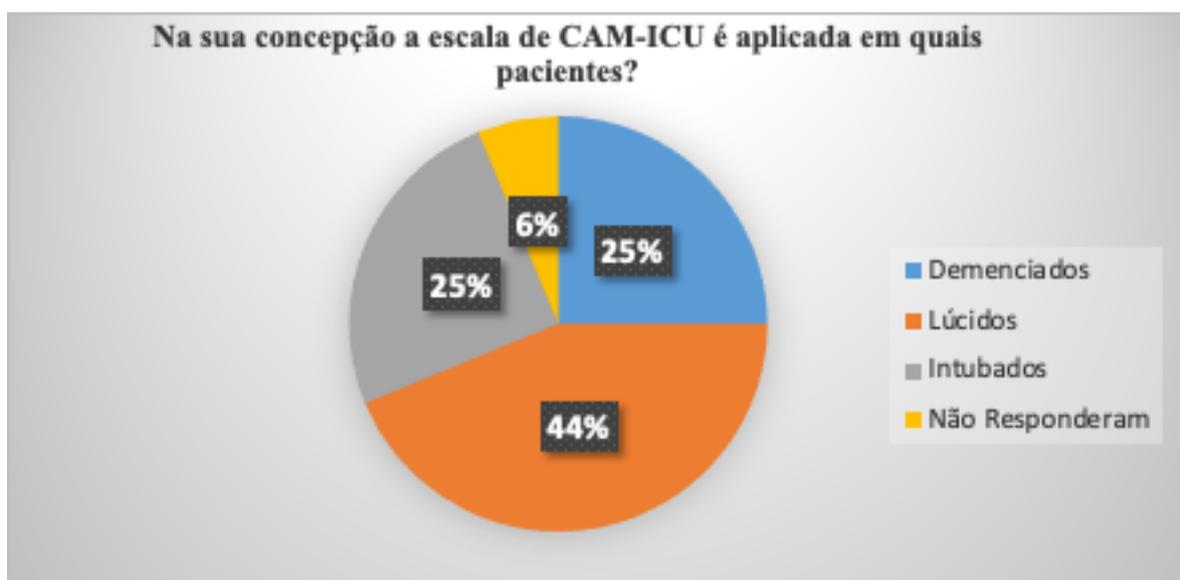
Portanto, para avaliação do paciente por meio dos diversos instrumentos apresentados, é imperativo que o profissional tenha conhecimentos, habilidades e atitudes que garantam rigor técnico-científico e assistência embasada em evidência científica, a fim de prevenir potenciais complicações relativas ao procedimento e promover a segurança do paciente⁽¹⁵⁾.

Na resolução do COFEN (2017) é apresentado também que o monitoramento do Delirium

por meio do Instrumento de CAM-ICU, deve ser aplicado privativamente pelo Enfermeiro, no domínio da equipe de Enfermagem, devido à necessidade da assistência de acordo com o resultado obtido, e em razão de esse profissional ter conhecimento científico das alterações fisiológicas, sinais e sintomas⁽¹⁵⁾.

Cumprido destacar, entretanto, que o médico, sendo também um dos detentores do manejo farmacológico e tendo a compreensão do desenvolvimento da clínica do paciente, é também um dos interlocutores de saúde devidamente capacitados para o rastreamento da síndrome por meio da escala. A instituição onde este estudo foi realizado apresenta médicos no setor da Unidade Coronariana que usam o método de detecção como ferramenta auxiliar no diagnóstico médico.

Gráfico VI – O perfil de pacientes que deve ser aplicado a Escala



Fonte: Dados da pesquisa.

O Gráfico VI retrata o perfil dos pacientes que deve ser aplicada a Escala de CAM-ICU, de acordo com dados expressos no questionário. Tendo os seguintes resultados: 4 Demenciados (25%), 7 Lúcidos (44%), 4 Intubados (25%) e em 1 (Não responderam – 6%).

Os principais grupos de risco, de acordo com a literatura, são pacientes lúcidos, com comorbidades e patologias agravantes, seguidos por pacientes intubados com níveis mínimos de sedação ou que utilizaram um sedativo durante a internação (dentre os principais estão os benzodiazepínicos). Outro quadro que se correlaciona é pacientes extubados precocemente, os que apresentam demência senil comumente podem ter seu quadro delirante confundido com declínio do estado cognitivo associado à patologia prévia⁽¹⁶⁾.

Um estudo prospectivo, observacional, com coorte realizado em Hospital na Alemanha com 355 pacientes selecionados, sendo que desta amostra 185 são cirúrgicos e 87 estão em ventilação mecânica, afirma que o monitoramento suficiente do Delirium indicou uma diminuição da mortalidade de 59% para 29,8%. Isso expressou também uma queda significativa na duração da ventilação mecânica de 806 horas, em avaliação não suficiente, para 349 horas⁽¹⁷⁾.

A partir desse panorama é imprescindível que a enfermagem, como participante ativa do cuidado beira leito, seja detentora do conhecimento sobre o uso do instrumento de rastreamento, mas, acima de tudo, da identificação clínica dos sinais e sintomas. No contexto das unidades de

terapia intensiva, um estudo ressalta que a associação da escala de sedação Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) para avaliação dos intubados é de suma importância, visto que os valores zero (refere-se a estar alerta, sem sedativos), menores que zero (-2,-3) dizem respeito a algum nível de sedação e valores acima de zero (+4, +5) o grau de agitação⁽¹⁸⁾.

Diante do resultado do RASS, torna-se possível prosseguir para a avaliação do CAM-ICU, quanto mais breve ocorrer esse manejo, mais rápido ocorrerão a intervenção, o monitoramento adequado e o uso de medidas não farmacológicas para minimizar os impactos do surgimento da síndrome Delirium.

CONCLUSÃO

O estudo ora proposto mostra as principais necessidades e limitações para o desenvolvimento da assistência de enfermagem a partir do uso do instrumento de rastreamento CAM-ICU, trazendo à luz o conhecimento dos principais profissionais enfermeiros. Estes, detentores da ciência do cuidado que vai além da assistência à beira leito.

Evidenciou-se que a percepção dos enfermeiros em relação ao Delirium apresenta lacunas que podem ser preenchidas com a atualização do conhecimento para a identificação precoce e no manejo do paciente com Delirium. Além de ser uma condição de difícil diagnóstico, o Delirium apesar de sua relevância, permanece subdiagnosticado. Para modificar esse quadro de subidentificação, a síndrome deve ser monitorada pelo enfermeiro através da aplicação da escala CAM-ICU como parte da sua rotina de trabalho na UTI, reconhecendo precocemente os sinais e sintomas. Contudo, nossos resultados sugerem que os enfermeiros têm o conhecimento teórico sobre o Delirium. Em contrapartida, esses profissionais possuem o conhecimento clínico, no entanto, não identificam a importância da aplicação do instrumento de rastreio.

Com isso, podemos dizer que existe uma necessidade da realização de treinamentos e de educação dos enfermeiros sobre o Delirium acometido nas Unidades de Terapia Intensiva, seus sintomas, métodos de prevenção e ferramentas utilizadas para rastreamento e monitoramento de forma adequada.

É certo que, além dos impactos negativos do Delirium nos pacientes, não detectar e tratá-lo acarretará prejuízos assistências, orçamentais, maior tempo de internação do paciente, entre outras consequências. Isso pode ser minimizado através do desenvolvimento de diretrizes clínicas pré-formuladas, bem como pelo gesto de fornecer informações regulares, educação e treinamento em serviços.

A padronização de medidas a partir da implementação de protocolos tende a qualificar a prática assistencial, sendo estes embasados em evidências científicas. Além disso, a uniformização dos cuidados tende a minimizar avaliações subjetivas por parte dos profissionais de saúde e aperfeiçoar os resultados terapêuticos dos pacientes críticos em Delirium.

Os cuidados assistenciais realizados no tratamento do Delirium ainda são pouco específicos, uma vez que as causas, todavia, não são inteiramente conhecidas, determinando seu aspecto multifatorial. Porém, todas as melhorias encontradas nos recursos científicos acerca do quadro clínico dos pacientes devem ser consideradas e valorizadas, pois não apenas a presença, mas também a duração do Delirium, podem determinar piores resultados a longo prazo.

Assim sendo, ratifica-se a importância da implementação de protocolos, medidas de rastreio e prevenção do Delirium, concomitante com uma abordagem da equipe multidisciplinar, sendo o enfermeiro por sua vez o protagonista desse cuidado tão imprescindível.

AGRADECIMENTOS

Externamos nossa eterna gratidão primeiramente a Deus, nosso mantenedor e provedor. Ao Hospital Adventista Silvestre – RJ e Faculdade Adventista da Bahia com seu corpo docente, direção e administração que nos oportunizaram a janela que hoje vislumbramos de um horizonte superior. Ao nosso orientador Marcos Pinto, supervisoras Cristiana Miranda e Fernanda Ribeiro, orientadora teórica na pessoa de Giselle Azeredo, nosso muito obrigado por nos ajudar a galgar o caminho até aqui. A nossos familiares e a todos que, de forma direta ou indiretamente, contribuíram: Gratidão!

CONFLITO DE INTERESSE

Não houve conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Lima MLNM, Moreira RO, Okamoto TO, Amaral JB. Delirium em terapia intensiva: revisão sistemática. Salvador: Bahiana, 2016.
2. Zou Y, Cole MG, Primeau FJ, Mc Cusker J, Bellavance F, Laplante J. Detection and diagnosis of delirium in the elderly: psychiatrist diagnosis, confusion assessment method, or consensus diagnosis? *Int Psychogeriatr* 1998; 19 (3):303-8.
3. Homsy J, Luong D. Symptoms and survival in patients with advanced disease. *J Palliat Med*, 2007;10(4):904-9.
4. Restrepo D, Duque M, Montoya L, Berrouet MC, Rojas M, Lopera G, et al. Factores de riesgo y mortalidad hospitalaria de los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos con delirium. *Rev. colomb. psiquiatr*, 47 (3), 148-154.
5. Souza TL, Azzolin KO, Fernandes VR. Cuidados multiprofissionais para pacientes em delirium em terapia intensiva: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2018; 39: e2017-0157.
6. Collet MO, Thomsen T, Egerod I. Abordagens de enfermeiros e médicos para o gerenciamento de delirium na Unidade de Terapia Intensiva: a investigação do grupo focal. *rev. Aust. Crit Care*, 2018; Volume 32, Issue 4, 299 - 305.
7. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.
8. Xing JMD, Sun Y, Jie Y, Yuan Z, Liu W. Perceptions, attitudes, and current practices regards delirium in china: a survey of 917 critical care nurses and physicians in china. *Medicine*. 2017; 96 (39): e8028.
9. Hickin SL, White S, Knopp-Sihota J. Nurses' knowledge and perception of delirium screening and assessment in the intensive care unit: Long-term effectiveness of an education-based knowledge translation intervention. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017 Aug; 41:43-49.
10. Ramoo V, Abu H, Rai V, Surat Singh SK, Baharudin AA, Danaee M, et al. Educational

intervention on delirium assessment using confusion assessment method-ICU (CAM-ICU) in a general intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2018 Nov; 27 (21-22): 4028-4039.

11. Eastwood GM, Peck L, Bellomo R, Baldwin I, Reade MC. A questionnaire survey of critical care nurses' attitudes to delirium assessment before and after introduction of the CAM-ICU. *Aust Crit Care*. 2012 Aug; 25 (3):162-9.

12. Riekerk B, Pen EJ, Hofhuis JG, Rommes JH, Schultz MJ, Spronk PE. Limitations and practicalities of CAM-ICU implementation, a delirium scoring system, in a Dutch intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2009 Oct; 25 (5): 242-9.

13. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. American College of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2013; 41 (1): 263-306.

14. Resolução nº 564, de 6 de Novembro de 2017. Conselho Federal de Enfermagem: Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

15. Yamada C, Iwawaki Y, Harada K, Fukui M, Morimoto M, Yamanaka R. Frequency and risk factors for subsyndromal delirium in an intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2018 Aug; 47:15-22.

16. Luetz A, Weiss B, Boettcher S, Burmeister J, Wernecke KD, Spies C. Routine delirium monitoring is independently associated with a reduction of hospital mortality in critically ill surgical patients: A prospective, observational cohort study. *J Crit Care*. 2016 Oct; 35: 168-73.

17. Lobo RR, Filho SRBS, Lima NKC, Ferriolli E, Moriguti JC. Delirium. *Rev. Medicina* 2010; 43 (3): 249-57.

18. Bastos AS, Beccaria LM, Silva DC, Barbosa TP. Prevalence of delirium in intensive care patients and association with sedoanalgesia, severity and mortality. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2020; 41: e20190068.

Vanessa Ingrid dos Santos Corbacho

vanessaiscorbacho@gmail.com.

Enfermeira assistencial no Hospital Santo Antônio (Obras Sociais Irmã Dulce) e Hospital Córdio Pulmonar.

Tyciana Paolilo Borges

tycipb@hotmail.com

Enfermeira, Mestra em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIME Salvador e UNIFACS Paralela.

Karla Ferraz dos Anjos

karla.ferraz@hotmail.com

Enfermeira, Pós-doutoranda em Enfermagem e Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Liliane Souza Cruz

lilianesouzacruz@yahoo.com.br

Enfermeira, Enfermeira de Referência do Alojamento Conjunto do HGRS, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIME Salvador.

Kelly Cruz Pimentel Sampaio

kellycpsampaio@gmail.com

Enfermeira, Mestranda em Enfermagem e Saúde - PPGENF/ Escola de Enfermagem/UFBA

Joise Magarão Queiroz Silva

josita_114@hotmail.com

Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem e Saúde - PPGENF/ Escola de Enfermagem/UFBA.



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

SENTIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO CUIDADO DO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA E POTENCIAL DOADOR

FEELINGS OF THE NURSING TEAM RELATING TO THE CARE OF THE PATIENT IN BRAIN DEATH AND POTENTIAL DONOR

RESUMO

Introdução: o cuidado no processo de morte encefálica é complexo e requer atenção da equipe multiprofissional, especialmente da enfermagem, para manutenção dos órgãos e tecidos frente ao potencial doador, em Unidade de Terapia Intensiva. Neste contexto, o cuidado ao paciente com este diagnóstico pode ocasionar diversas sensações para os profissionais de enfermagem. **Objetivo:** descrever os sentimentos da equipe de enfermagem relacionados ao cuidado do paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos e tecidos em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** estudo com abordagem qualitativa desenvolvido em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto de um hospital público de Salvador, Bahia. Participaram da pesquisa 15 (quinze) profissionais de enfermagem. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro. Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo temática categorial. **Resultados:** ao prestar cuidados ao potencial doador de órgãos e tecidos humanos, a equipe de enfermagem apresenta sentimento de tristeza, de angústia, de sofrimento e de insegurança; logo, busca estratégias para minimizá-los com o propósito de aprimorar sua assistência. **Conclusão:** destaca-se a necessidade de apoio psicológico e educação permanente em saúde à equipe de enfermagem que trabalha com pacientes em morte cefálica e potencial doador, com o propósito de ampliar e aprofundar os conhecimentos

PALAVRAS-CHAVE:

Morte encefálica. Obtenção de órgãos e tecidos. Enfermagem. Relações enfermeiro-paciente.

técnico e científico, e desta forma, aprimorar os cuidados prestados.

Palavras-chave: Morte encefálica. Obtenção de órgãos e tecidos. Enfermagem. Relações enfermeiro-paciente.

ABSTRACT

Introduction: care in the brain death process is complex and requires attention from the multiprofessional team, especially nursing, to keep organs and tissues in the face of the potential donor in the Intensive Care Unit. In this context, the care of the patient with this diagnosis can cause several sensations for nursing professionals. Objective: to describe the feelings of the nursing team related to the care of patients in brain death and potential organ and tissue donor in an Intensive Care Unit. Method: study with qualitative approach developed in an adult Intensive Care Unit of a public hospital in Salvador, Bahia. Fifteen nursing professionals participated in the study. For data collection, a semi-structured interview was applied, guided by a script. The data were analyzed from the category thematic content analysis. Results: by providing care to the potential donor of human organs and tissues, the nursing team presents feelings of sadness, anguish, suffering and insecurity, so it seeks strategies to minimize them with the aim of improving their care. Conclusion: we highlight the need for psychological support and permanent health education to the nursing team that works with patients in cephalic death and potential donor, with the purpose of expanding and deepening technical and scientific knowledge and thus improve the care provided.

Keywords: Brain death. Organ and tissue obtaining. Nursing. Nurse-patient relationships.

INTRODUÇÃO

O processo de doação de órgãos e transplantes é uma atividade complexa, implementada por uma equipe multiprofissional, que atua em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Se inicia com a busca ativa e identificação de paciente com critérios clínicos de Morte Encefálica (ME) e caracteriza-se por necessitar de cuidados diretos ao potencial doador que está em ME e sua família⁽¹⁻²⁾. O cuidado ao paciente com diagnóstico de ME pode levar a complicações frente ao potencial doador, e a equipe de enfermagem, especialmente o enfermeiro, deve estar capacitado para prestar cuidados para o controle hemodinâmico a fim de garantir a manutenção dos órgãos e tecidos⁽³⁾.

O planejamento, a execução, coordenação, supervisão e avaliação são atividades privativas do enfermeiro diante do paciente em morte encefálica e potencial doador. Ao técnico de enfermagem são atribuídos cuidados diretos e específicos ao doador de órgãos e tecidos, com diagnóstico de ME, e seus familiares, conforme a assistência planejada e supervisionada pelo enfermeiro⁽²⁾.

De acordo com o que explicita a resolução nº 2.173/17 do Conselho Federal de Medicina, a morte encefálica é definida pela perda definitiva e irreversível das funções do encéfalo por causa conhecida e comprovada, em que o paciente apresenta coma não perceptivo, com ausência da

reatividade supraespinal e apneia persistente, na qual os resultados dos exames complementares devem apresentar ausência da perfusão sanguínea ou da atividade elétrica ou metabólica encefálica⁽⁴⁾. Os exames para confirmação da morte encefálica devem ser iniciados após seis horas de tratamento e observação, e 24 horas em casos de encefalopatia hipóxico-isquêmica⁽⁵⁾.

A ME leva a diversas alterações fisiopatológicas que devem ser identificadas precocemente, com intervenções adequadas para a manutenção do potencial doador, a fim de minimizar as perdas no processo de doação. Dessa forma, o suporte terapêutico oferecido a esse paciente deve ser realizado em UTI, por uma equipe multiprofissional treinada e competente⁽⁶⁾. A UTI possui aparato tecnológico amplo, com pacientes graves, e a equipe de enfermagem vivencia situações de estresse diariamente, na busca de cuidado efetivo aos pacientes que demandam esse tipo de assistência⁽⁷⁾.

Os cuidados dispensados aos pacientes em morte encefálica e potencial doador são, por vezes, desgastantes, o que pode favorecer na equipe de enfermagem sentimentos de cansaço, estresse, sofrimento, angústia e dor. Muitas vezes esses trabalhadores não expressam tais sentimentos como forma de continuar a realizar o trabalho⁽¹⁾. Outros sentimentos podem surgir como a decepção e frustração, particularmente, quando o paciente em ME é um potencial doador de órgãos, o que acarreta na interrupção do processo de doação. Em contrapartida, há motivação durante os cuidados prestados na expectativa de salvar vidas, por meio da doação de órgãos⁽⁷⁻⁸⁾.

É relevante que a equipe de enfermagem mantenha comunicação efetiva com o familiar do paciente em morte encefálica, oferecendo-lhe maior segurança ao prestar esclarecimentos e sanar dúvidas sobre o diagnóstico e o processo de doação. Entretanto, essa relação pode levar a um desgaste emocional dos profissionais, que repercute em sua atuação e assistência⁽⁹⁻¹⁰⁾. Por estar com a família do potencial doador, em um cenário de conflito, este momento configura-se como um dos mais difíceis e estressantes de todo o processo⁽³⁾, o que pode desencadear variados sentimentos por parte dos trabalhadores de enfermagem.

O estudo justifica-se por ampliar o conhecimento sobre os sentimentos da equipe de enfermagem que emergem durante os cuidados prestados ao paciente em ME potencial doador e contribuir com a ampliação do saber sobre morte encefálica, preservação de órgãos e tecidos e doação de órgãos, com a finalidade de melhorar a assistência e possibilitar o aumento do número de doações. Acrescido a essa perspectiva, destaca-se o intuito de possibilitar reflexões para que os profissionais de enfermagem tenham resiliência ao lidar com os sentimentos que venham comprometer sua atuação profissional no cuidado ao potencial doador de órgãos e tecidos e sua família.

Sendo assim, a pesquisa teve como questão: quais os sentimentos da equipe de enfermagem relacionados ao cuidado do paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos em UTI? Objetivou-se, portanto, descrever os sentimentos da equipe de enfermagem relacionados ao cuidado do paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos e tecidos em uma UTI.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa, desenvolvida em uma UTI, de um hospital público de Salvador, Bahia. Os participantes da pesquisa foram enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam na UTI adulto, sendo excluídos os profissionais que estavam no período de férias, de licença e de folga

nos dias da coleta de dados e que não tenham tido experiência em assistir o paciente em morte encefálica e potencial doador.

Participaram da pesquisa 15 (quinze) profissionais de enfermagem. Destes, oito eram técnicos de enfermagem e sete enfermeiras. Realizou-se entrevista semiestruturada, seguindo um roteiro com cinco questões subjetivas e informações para caracterizar os participantes. A coleta de dados ocorreu entre março e abril de 2016.

As entrevistas foram realizadas em local privado, a fim de possibilitar maior conforto, privacidade e segurança dos participantes. No total, foram realizadas quatro visitas, no turno vespertino, sendo os encontros programados a partir da disponibilidade dos profissionais. As entrevistas foram transcritas na íntegra e organizadas no Microsoft Word. Para preservar e manter o anonimato dos participantes, foi atribuída a letra “E” (para enfermeiros/enfermeiras), “TE” (para técnicos em enfermagem) seguido de uma ordem numérica (E1, E2...; TE1, TE2 ...).

Para organização dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo temática categorial⁽¹¹⁾, na qual a partir de procedimentos sistemáticos houve a análise e descrição do conteúdo emergido pelas participantes. Para tanto, seguiu as etapas de pré-análise, exploração do material, e tratamento dos dados à construção de categorias temáticas, e, posteriormente, realização de inferências⁽¹¹⁾.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica do Salvador, com parecer nº 1.423.105 e CAAE: 52529516.8.0000.5628. Os participantes foram suficientemente esclarecidos, aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta obedeceu aos princípios éticos e legais que regem a pesquisa em seres humanos preconizados na resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e garantiu-se sigilo das informações e anonimato de todos os participantes que tiveram o direito de se recusar a participar da pesquisa antes, durante e após a coleta dos dados. Ressalta-se que não houve recusas.

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos participantes, sete são enfermeiros e oito técnicos de enfermagem, 11 do sexo feminino e a idade variou de 21 a 41 anos. Em relação ao tempo de atuação em UTI teve variância de seis meses a oito anos, e maioria dos participantes apresentou mais de cinco anos de tempo de atuação profissional. Todos os enfermeiros possuem especialização, das quais, quatro em UTI. Entre técnicos de enfermagem, dois retratam cursos na área, conforme apresenta o Quadro 1.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa. Salvador, Bahia, 2016.

| Categoria profissional | Sexo | Idade | Tempo de atuação profissional | Tempo de atuação na UTI | Tempo de atuação na Instituição | Especialização ou cursos |
|------------------------|------|-------|-------------------------------|-------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| E1 | F | 26 | 05 anos | 06 meses | 02 anos e 6 meses | Emergência PÓS-graduação |
| E2 | F | 28 | 04 anos | 04 anos | 04 anos | UTI PÓS-graduação |

| | | | | | | |
|-----|---|----|---------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|
| E3 | F | 29 | 06 anos | 02 anos e 9 meses | 02 anos e 9 meses | Nefrologia PÓS-graduação |
| E4 | F | 37 | 05 anos | 1 ano e 10 meses | 1 ano e 10 meses | Emergência e UTI PÓS-graduação |
| E5 | F | 34 | 04 anos | 3 anos e 6 meses | 3 anos e 6 meses | Emergência e UTI PÓS-graduação |
| E6 | F | 35 | 03 anos | 02 anos | 02 anos | UTI PÓS-graduação |
| E7 | M | 33 | 08 anos | 08 anos | 2 anos e 10 meses | UTI Residência |
| TE1 | M | 24 | 03 anos | 07 meses | 07 meses | UTI Curso |
| TE2 | F | 41 | 06 anos | 04 anos | 04 anos | Não |
| TE3 | F | 30 | 08 anos | 02 anos | 02 anos | Não |
| TE4 | M | 36 | 08 anos | 02 anos | 07 meses | Não |
| TE5 | F | 30 | 07 anos | 07 anos | 05 anos | Curativos Curso |
| TE6 | F | 32 | 05 anos | 04 anos | 04 anos | Não |
| TE7 | F | 40 | 08 anos | 04 anos | 04 anos | UTI Curso |
| TE8 | M | 39 | 02 anos | 02 anos | 02 anos | Não |

Fonte: Dados da pesquisa.

Da análise dos depoimentos das entrevistas emergiram as seguintes categorias: 1) Sentimentos da equipe de enfermagem ao cuidar do paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos e tecidos; 2) Dificuldades da equipe de enfermagem ao prestar assistência ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos e tecidos.

CATEGORIA 1: Sentimentos da equipe de enfermagem ao cuidar do paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos e tecidos.

Nessa categoria, é evidente que, ao cuidar do paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos e tecidos na UTI, os profissionais de enfermagem vivenciam diversos sentimentos, que se diferem a depender do tempo de atuação profissional, da idade do paciente e da relação com a família. Alguns entrevistados relataram tristeza e sofrimento.

Hum... Muito triste! Vejo o sofrimento do familiar, a falta de informação do familiar que a família recusa, a família não aceita, o paciente está morto e a família acaba não aceitando. (E5)

Triste, que a gente não fica feliz né?! Quando o paciente não é decretado morte cerebral você tem a esperança ainda sabe né?! E quando já foi decretado aí já era né?! (TE7).

Outros profissionais da equipe referem que se sentem tristes ao cuidar do paciente em ME

e potencial doador de órgãos e tecidos, sobretudo quando se trata de paciente jovem e quando a família não aceita a situação, o que torna ainda mais doloroso para profissional. Contudo, o relato é de que busca por mecanismos de defesa e ter resiliência.

A gente fica triste, principalmente quando se trata de pessoas jovens, que perdeu a vida muito cedo, deixou de viver né?! Mas eu procuro não... Não me ligar muito, não ficar muito próxima, entendeu?! Que a gente já sofre no cotidiano ainda se apegar, fica pior, eu procuro ficar reservada, mas é triste! (TE6)

Principalmente quando o paciente é jovem e morre por acidente de moto, de carro. (E4, 6).

Péssimo, assim, me coloco no lugar dos familiares, fico triste, mas tento disfarçar como profissional. Aqui tem muita morte encefálica. (E4)

Foi expresso por participante que, ao concretizar a doação, fica feliz por dar a oportunidade de continuidade à vida a outras pessoas. Também, houve depoimentos de sentimento de impotência, dor, pena e perda, apresentando ainda, durante a entrevista, expressões faciais que demonstravam tristeza e angústia.

O sentimento é ruim né?! Porque o paciente morreu. A família está vendo ele ali no respirador, triste em alguns aspectos, mas feliz também por causa da potencial ajuda que ele vai dar as outras pessoas. (TE3).

A gente se coloca no lugar da família... Sentimento de dor, pena, perda... (E6).

Em relação ao paciente, o enfermeiro com o paciente é de você realmente não poder fazer muita coisa para aquele paciente. Quando ele já é diagnosticado com morte encefálica a gente só fica realmente aguardando a resposta da família, se sim ou se não, se vai fazer a doação. (E3).

Para o enfermeiro, a assistência prestada nos pacientes com ME é a mesma que a de outros pacientes, mas que é difícil cuidar de um paciente em morte encefálica – “morto”-, o que favorece momentos de angústia e tristeza. E este profissional sente-se triste quando a paciente é jovem e a doação não é concretizada.

É difícil. A assistência para mim continua a mesma. Eu mantenho a mesma qualidade, o mesmo padrão de assistência. Às vezes até com atenção redobrada que a gente sabe que tem que manter ele ‘vivo’ para poder está doando. Mas ao mesmo tempo aquele sentimento... Poxa, ele não está mais aqui né?! Então está cuidando de um morto. Tem a questão do lado emocional, de você sentir por ser uma perda. Já teve muitos casos aqui neste setor de paciente jovem. No meu último plantão inclusive, o paciente ia doar, mas antes ele apresentou uma

parada, de 26 anos o paciente, então a gente acaba ficando... Poxa, um paciente jovem com a vida toda pela frente, toca a gente. Mas a gente tenta vestir uma máscara e prestar assistência como um paciente mesmo, mas não é fácil. (E2).

Outro participante, técnico de enfermagem, refere que usa como estratégia se manter afastada para que seus sentimentos não interfiram nos cuidados prestados, e relata que o aumento da aproximação com o paciente pode gerar dificuldades para desempenhar suas funções. Alguns profissionais alegam que se sentem seguros ao cuidar do paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos.

É isso... Reservada. Porque quanto mais a gente mantém proximidade com o paciente, essa ligação aumenta, a gente tem uma certa dificuldade de manter até os próprios cuidados, eu procuro ficar reservada, não manter os meus sentimentos aflorados. (TE6).

Sentimento como se eu tivesse cuidando de um paciente que não está em morte encefálica. (TE7).

Nosso sentimento é totalmente profissional, não deixando de ter sentimento de culpa ou sentimento fraterno pelo paciente. É por conta mais da dinâmica da UTI. (TE1)

Em relação à forma como os profissionais se sentiram ao cuidar desse paciente em morte encefálica, alguns participantes informaram quem mantêm a postura ética e profissional, oferecendo assistência igual e digna, independente do seu quadro clínico. Um dos participantes referiu sentimento de satisfação ao perceber a possibilidade de salvar outras vidas se a doação de órgãos for concretizada.

É um cuidado que a gente tem como qualquer outro paciente. Responsabilidade muito grande. (TE5).

Eu me senti uma enfermeira assistencial. Para mim não mudou nada. O paciente é o mesmo, paciente em morte encefálica, paciente não ter morte encefálica, paciente agudo, paciente crônico, não tive nenhuma discriminação. Para mim não, porque eu entendo que o paciente em morte encefálica é tão importante quanto o paciente que não está em morte encefálica. (E1)

O enfermeiro, ao cuidar do paciente em ME, espera que ocorra a doação de órgãos e possibilidade de cura dos pacientes que aguardam receber o transplante. Uma profissional referiu que sentiu impotente e a outra triste ao cuidar dos pacientes nesta condição, o que resultou em expressões faciais de tristeza e lágrimas durante a entrevista.

Me senti como tratando os outros. Eu trato o paciente em morte encefálica

assim como qualquer outro. Eu senti satisfação ao cuidar do paciente em morte encefálica e esperando a família para salvar outras vidas, torço para que a família doe. (E4).

Eu me sinto impotente, não tem o que fazer. Você na verdade, ver ali toda a monitoração, frequência cardíaca, a saturação, você ver o paciente indo, bradicardizando, o paciente indo embora e você fica de mãos atadas, sem ter o que fazer. (E3).

Nossa! Às vezes dar vontade de chorar... [lágrimas]. Muitas experiências que passamos nos hospitais que nos perguntamos: meu Deus, porque sofremos tanto?(E6)

CATEGORIA 2: Dificuldades da equipe de enfermagem ao prestar assistência ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos e tecidos.

Nesta categoria, foi possível identificar se os sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem, durante os cuidados prestados ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos e tecidos, trazem dificuldades à assistência.

A maioria dos participantes da pesquisa mencionou que não sente dificuldades durante a assistência prestada. Porém, percebe-se que as dificuldades não ocorrem devido ao fato de os profissionais de enfermagem buscarem estratégias para minimizar ou disfarçar os sentimentos.

Não, não, nunca me trouxe. Assim, eu me sinto é, um pouco fragilizado, as vezes [sic]. Aquele sentimento de tristeza, de ver a evolução de certa forma daquela pessoa com esse diagnóstico de morte encefálica, porém, já é sabido que não tem mais como reverter, então o que a gente pode fazer ali é dar o cuidado e o conforto necessário. (E7).

Não... A gente consegue controlar bastante, a gente consegue ser mais profissional do que racional. É qualidade de assistência, prestar assistência até o último minuto... A gente deixa para chorar em casa. (E2).

Não, fiquei triste, mas eu dei continuidade ao meu trabalho porque eu tinha outros pacientes que precisavam de mim e que não estava no mesmo quadro. Então, você tem que saber dividir. Fiquei triste, mas o profissional continuou. (TE4).

É visto que os profissionais de enfermagem que trabalham em UTI possuem sentimentos que perpassam desde a tristeza pela perda do paciente, e pela não aceitação dos familiares para a doação, até a felicidade quando a doação é concretizada. Assim, a equipe de enfermagem, mesmo fragilizada diante dos sentimentos que vivencia no cuidado do paciente em morte encefálica, busca estratégias para controlar suas emoções e sentimentos, além de agir de forma racional e

profissional, com o intuito de garantir a qualidade e continuidade do cuidado para o potencial doador de órgãos e tecidos e sua família, assim como para os demais pacientes que precisam de cuidados na UTI.

Essa variedade de sentimentos da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica transcende o saber científico e envolve questões éticas, morais, espirituais e psíquicas em todo o processo, que tem a finalidade de identificar a causa mortis, mas também de dar continuidade à vida no corpo de outro ser humano.

DISCUSSÃO

Ao longo dos anos, houve mudanças na forma como os profissionais de saúde têm percebido a morte, sobretudo, para a equipe de enfermagem, que passou a conviver com pacientes que tinham sua morte constatada, mas deveriam manter os seus órgãos vivos para a doação⁽¹²⁾. Ao cuidar do paciente em morte encefálica e potencial doador na UTI, os profissionais de enfermagem vivenciam diversos sentimentos, que se diferem a depender do tempo de atuação profissional, da idade do paciente e da relação com a família.

O estudo evidenciou que, quando o paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos e tecidos é jovem provoca desespero, choro, sentimentos de profunda tristeza, mágoa e até mesmo dificuldade de aceitação da perda por parte da família e da equipe de enfermagem, o que pode trazer estresse a esses profissionais⁽¹³⁾.

Percebe-se que, muitas vezes, o profissional passa a ver o transplante como forma de amenizar o sofrimento causado pela morte, fazendo com que a doação seja encarada como possibilidade de manter parte do doador vivo no outro⁽¹²⁾. Neste estudo evidenciou que alguns profissionais se sentem tristes, mas se a doação for concretizada, ficam felizes por dar oportunidade de continuidade a vida a outras pessoas.

Estudo demonstra que ao cuidar do paciente em morte encefálica, pode ocorrer por parte da equipe de enfermagem sentimentos de cansaço, estresse, sofrimento, angústia e dor, e que, por vezes, estes profissionais não demonstram esses sentimentos de forma a continuar realizando seu trabalho⁽¹⁾. Isso pode ter implicações negativas na saúde desses trabalhadores.

Outros sentimentos que podem acometer os profissionais de enfermagem são a decepção e frustração, notadamente, quando o paciente em ME é um potencial doador e ocorre o óbito do mesmo, interrompendo o processo de doação. Em contrapartida, há motivação durante os cuidados prestados ao potencial doador na expectativa de salvar vidas por meio da efetivação da doação de órgãos e tecidos⁽⁷⁻⁸⁾.

Observa-se que alguns profissionais de enfermagem não demonstram seus sentimentos de forma a continuar com o trabalho e que, muitas vezes, para fugir da situação, alguns trabalhadores procuram deixar de pensar a respeito do ocorrido, evitando ao máximo vivenciar os sentimentos que essa situação pode despertar⁽¹⁾. Assim, é notório o quanto a equipe de enfermagem sofre durante a atuação junto ao potencial doador. Estes profissionais, por sua vez, enfrentam situações de estresse e buscam estratégias para reduzir o sofrimento e facilitar a atuação⁽¹²⁾.

Neste estudo foi visto que maior parte dos profissionais de enfermagem referiu sentimento de tristeza ao cuidar do paciente em morte encefálica e potencial doador, e alguns tentam não demonstrá-lo para não interferir na qualidade da assistência ofertada. Porém, alguns profissionais

se sentem fragilizados ao se colocarem no lugar da família e, especialmente, quando a morte encefálica acontece com pacientes mais jovens.

Com intuito de oferecer cuidado de qualidade ao paciente em ME, o enfermeiro destaca a responsabilidade e dedicação como aliados no processo de conservação e manutenção hemodinâmica para trazer efetividade na doação, além de haver esperança na tentativa de salvar vidas diante da possibilidade de doação de órgãos e tecidos⁽⁷⁾.

Os profissionais de enfermagem possuem sentimentos ambíguos, ao prestar cuidados ao potencial doador, pois percebem que morte encefálica possibilitará que outras pessoas continuem vivendo, se ocorrer a doação, e, ao mesmo tempo, reconhecem que o cérebro não está funcionando, mas o coração está pulsando e a pessoa deve ser cuidada da mesma maneira como se ela estivesse viva⁽¹⁴⁾.

Foi observado em outro estudo que alguns membros da equipe de enfermagem tiveram a sensação de impotência, de não ter conseguido cumprir sua responsabilidade, ao cuidar e agir pela manutenção da vida e expressaram que se sentiram chocados e angustiados ao relembrarem as diferentes situações vivenciadas com o paciente em morte encefálica. Nesse momentos, apresentaram expressões faciais que denotavam intensa tristeza, angústia e medo⁽¹²⁾.

O déficit de maturidade profissional, pessoal e emocional pode ser precursor do afastamento no cuidado ao paciente em morte encefálica, associado à incipiência de conhecimento e despreparo psicológico em lidar com a situação. No entanto, esse tipo de atitude reflete diretamente, na qualidade da assistência prestada, além de prejudicar o processo de doação de órgãos e transplantes⁽⁹⁾. O conhecimento de enfermeiros sobre morte encefálica e doação de órgãos e tecidos é fundamental para o acolhimento e apoio da família neste momento singular de perda.

Estudo evidencia déficit de conhecimentos de enfermeiros intensivistas sobre morte encefálica e doação de órgãos. Isso tem influenciado em sua assistência, como na orientação das famílias de pacientes em morte encefálica, o que demanda capacitação de tais profissionais para atuar de forma eficaz e estabelecer comunicação efetiva com a família⁽¹⁵⁾.

Outro estudo retrata que os profissionais de enfermagem evitam falar ou pensar claramente sobre o assunto e que alguns tratam o paciente em morte encefálica apenas como objeto, consideram que este paciente já não precisa mais de cuidados⁽¹⁾. Isso difere deste estudo, já que alguns profissionais de enfermagem revelam que tratam o paciente em morte encefálica com profissionalismo, apresentam sentimentos de carinho, cuidado e zelo.

Portanto, durante a atuação da equipe de enfermagem nos cuidados prestados ao paciente em morte encefálica e potencial doador, é possível perceber que os profissionais vivenciam diversos sentimentos, e prevalecem os de tristeza e sofrimento. Porém, alguns profissionais revelam que cuidam do potencial doador com responsabilidade e ética, fazendo com que esses sentimentos não interferiram na qualidade da assistência prestada.

Os profissionais de enfermagem, em algumas situações, não possuem preparo suficiente e específico para lidar com os pacientes em morte encefálica e potencial doador. Acrescidas a isso, as condições pessoais influenciam nessa situação e desencadeiam diversos sentimentos, além de sobrecarregar a capacidade de adaptação, o que poderá prejudicar de forma exponencial a sua atuação⁽¹²⁾.

Os sentimentos experienciados entre os profissionais de enfermagem convergem, sendo

observado que o tempo de atuação traz maturidade para lidar com as adversidades da profissão, especialmente diante do processo de morte e morrer. Além disso, aspectos como valores, crenças e vivências que permeiam a vida humana influenciam diretamente em situações que exigem preparo emocional.

O enfermeiro intensivista manifesta emoções e sentimentos contraditórios ao assistir pacientes com morte encefálica. Isso pode influenciar na qualidade da assistência prestada ao paciente, assim como no acolhimento e na orientação dos familiares do potencial doador de órgãos e tecidos que, muitas vezes, surge dúvidas se o paciente se encontra em morte encefálica. Nesse aspecto, o enfermeiro precisa buscar estratégias para enfrentar o processo de morte e morrer. Alguns se distanciam da relação enfermeiro-paciente e de condutas humanas e solidárias, outros agem de forma empática⁽¹⁶⁾. Neste estudo foi visto que os sentimentos vivenciados não atrapalharam a assistência, pois, buscaram estratégias para controlar e minimizar os possíveis impactos de tais sentimentos, como tentar não se envolver diretamente com o paciente e sua família, compreender sobre a morte encefálica e tentar se conformar com a situação.

A sobrecarga emocional e física, déficit de preparo emocional para lidar com o paciente em morte encefálica, a logística do processo de doação e a incipiência de adequação de recursos humanos na UTI são fatores citados como os que mais trazem dificuldades para manter assistência efetiva ao potencial doador⁽⁷⁾. Além disso, tem-se as dificuldades associadas à aceitação da morte encefálica, à carência de conhecimento e comprometimento da equipe de saúde, à falha na comunicação, à dificuldade de relacionamento interpessoal e à escassez de material e equipamentos⁽¹⁴⁾.

O processo de compreensão sobre o diagnóstico de morte encefálica para a equipe que atua na UTI, como na identificação precoce de pacientes com suspeita de morte encefálica, além de otimizar a abertura e o fechamento do protocolo de morte encefálica, possibilita a confirmação de sua causa mortis. Igualmente, permite aos familiares a opção pela doação dos órgãos e tecidos do paciente, fato que influenciará na diminuição das filas de espera de transplantes⁽¹⁷⁾.

A assistência ao paciente em ME é visto pela enfermagem como delicada, complexa e de difícil realização, o que requer atenção constante e torna o processo de cuidado desgastante. Além disso, a prestação dos cuidados com relação à preservação dos órgãos e tecidos para doação deve ser imediata, para que não ocorra perda e, dessa forma, o insucesso no processo de doação. Também, o apoio dos profissionais é relevante para minimizar a recusa familiar da não efetivação da doação de órgãos e tecidos⁽¹⁸⁾.

Neste estudo evidenciou-se que a equipe de enfermagem não apresenta dificuldades ao prestar assistência ao paciente em morte encefálica e potencial doador. Isso foi justificado pela busca de estratégias para minimizar a influência dos sentimentos na assistência. Os sentimentos experienciados durante os cuidados a esse paciente não comprometeu a qualidade da assistência, porém, a manutenção do potencial doador, o lidar com a morte, o assistir à família e a relação interpessoal com a equipe de saúde favorecem as dificuldades na atuação profissional, principalmente, por esta prática favorecer sofrimento, estresse, conflitos e insatisfação, o que poderá prejudicar o trabalho.

CONCLUSÃO

Os resultados apontaram que a equipe de enfermagem apresenta diversos sentimentos ao cuidar do paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos e tecidos. O cuidado a esses pacientes favorece sofrimento, dor, tristeza, impotência, felicidade e satisfação aos profissionais de enfermagem, contudo, eles buscam estratégias como afastar-se dos pacientes para minimizar as possíveis implicações e manter a qualidade da assistência prestada.

É necessário desenvolver estudos sobre esta temática, com o propósito de ampliar os conhecimentos sobre a morte encefálica, manutenção do potencial doador e doação de órgãos e tecidos. Isso poderá influenciar na qualidade da assistência e aumentar a efetividade da doação de órgãos e tecidos para os transplantes.

REFERÊNCIAS

1. Souza SS, Borenstein MS, Silva DMGV, Souza SS, Carvalho JB. Estratégias de enfrentamento da enfermagem no cuidado ao potencial doador de órgãos. Rev Rene. 2013;14(1):92-100.
2. Gomes CNS, Araújo DMM, Oliveira HMBS, Sampaio NMF. Perspectiva da enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos: relato de experiência. Rev Enferm UFPI. 2018;7(1):71-4.
3. Alves MP, Rodrigues FS, Cunha KS, Higashi GDC, Nascimento ERP, Erdmann AL. Processo de morte encefálica: significado para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva. Rev baiana enferm. 2019;33:e28033.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução da morte encefálica é publicada no Diário Oficial. Conselho Federal de Medicina. 2017. [citado em 2020 Mar. 10]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27333:2017-12-15-13-07-00&catid=3
5. Brasil. Resolução do Conselho Federal De Medicina (CFM) nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica, Brasília, DF, 23 de nov. de 2017. [citado em 2020 Mar. 10]. Disponível em: <https://www.editoraroncarati.com.br/v2/Diario-Oficial/Diario-Oficial/RESOLUCAO-CFM-N%C2%BA-2-173-DE-23-11-2017.html>
6. Tannous LA, Yazbek VMC, Giugni JR. Manual para notificação, diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. Paraná, 2014. [citado em 2020 Abr. 20]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CET/Manual_UTI.pdf
7. Magalhães ALP, Erdmann AL, Sousa FGM, Lanzoni GMM, Silva EL, Mello ALSF. Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0274.

8. Pestana AL, Santos JLG, Erdmann RH, Silva EL, Erdmann AL. Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(1): 258-64.
9. Cavalcante LP, Ramos IC, Araújo AM, Alves MDS, Braga VAB. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. Acta Paul. Enferm. 2014;27(6):567-72.
10. Costa RC, Da Costa LP, Aguiar N. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. Rev bioét. 2016;24(2):368-73.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
12. Souza SS, Borenstein MS, Silva DMGV, Souza SS, Carvalho JB. Situações de estresse vivenciadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao potencial doador de órgãos. J res fundam care online. 2013;5(3):42-52.
13. Erlacher RGN, Siqueira Neto J, Thomazini MA, Almeida Junior J, Mendes CM, Campos AS. Cartilha técnica de doação de órgãos para profissionais de saúde. Central de transplantes do Espírito Santo. Governo do Estado do Espírito Santo. Secretária de Saúde, 2014. [citado em 2020 Abr. 20]. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/Cartilha_Tecnica_Revisada.pdf
14. Araújo MN, Massarollo MCKB. Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos. Acta Paul Enferm. 2014;27(3):215-20.
15. Karaman A, Akyolcu N. Role of intensive care nurses on guiding patients' families/relatives to organ donation. Pak J Med Sci. 2019;35(4): 1115–21.
16. Souza MF, Bento JC, Milagres CS. Percepções do enfermeiro intensivista frente à morte encefálica e à doação de órgãos. Enfermagem Brasil.18(1):12-23; 2019.
17. Longuiniere ACF, Lobo MP, Leite PL, Barros RCS, Souza AN, Vieira, SNS. Conhecimento de enfermeiros intensivistas acerca do processo de diagnóstico da morte encefálica. Rev Rene. 2016;17(5): 691-8.
18. Alves NCC, Oliveira LB, Santos ADB, Leal HAC, Sousa TMF. Manejo dos pacientes em morte encefálica. Rev. Enferm. UFPE on line. 2018;12(4):953-61.

Débora Zvicker da Silva

debora.zvicker@gmail.com

Discente da Universidade de Gurupi (UNIRG)

Julyana Pereira de Andrade

julyanaandrade54@gmail.com

Discente da Universidade de Gurupi (UNIRG)

Me. Diego Silva Patrício

diego.patricio@adventista.edu.br

Docente da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA)

Ana Karoline Maciel Lima

anaklima11@gmail.com

Discente da Universidade de Gurupi (UNIRG)

Rosângela Maria Giovelli da Silveira

rosangelamgds@yahoo.com.br

Médica Pediatra, docente e preceptora de Pediatria no curso de Medicina da Universidade de Gurupi (UNIRG)



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

ANÁLISE MULTIFATORIAL DA MENINGITE NA INFÂNCIA

*MULTIFACTORIAL ANALYSIS OF MENINGITIS IN
CHILDHOOD*

RESUMO

Introdução: O sistema nervoso central é envolvido por membranas denominadas meninges, quando há inflamação dessas membranas tem-se a denominada meningite. Sabe-se que as principais causas relacionadas são de origem viral e bacteriana. **Objetivo:** Avaliar as taxas de internações e óbitos por meningite na população pediátrica nos últimos cinco anos, bem como as principais causas na infância e as mais frequentes sequelas encontradas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo secundário e transversal, através da análise de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), do Ministério da Saúde, pelo site do Departamento de Informática do SUS para o período dos últimos cinco anos. **Resultados:** As taxas de internações por meningite na faixa etária pediátrica foram de 57,24% do valor total de internações por esse motivo. A causa bacteriana foi responsável por 75,5% dos óbitos na população pediátrica, a viral por 21,1% e outras causas ou causas não específicas por 3,4%. Pode-se destacar como principais sequelas: déficits neurológicos focais, perda auditiva, comprometimento cognitivo e epilepsia. **Discussão:** A prevalência de casos de internação por meningite apresentou maiores porcentagens entre as faixas etárias de indivíduos com menos de um ano de idade e entre um e quatro anos. No entanto, apesar da maior incidência de internações na população pediátrica, a idade do paciente no momento do diagnóstico não foi associada à maior mortalidade. **Conclusão:** A meningite, apesar dos avanços tecnológicos com a implementação da vacina, ainda possui uma alta incidência na população pediátrica, sendo a de etiologia bacteriana com pior prognóstico.

PALAVRAS-CHAVE:

Meningite, Complicações neurológicas, Morbidade infantil.

ABSTRACT

Introduction: The central nervous system is surrounded by membranes called meninges, when there is inflammation of these membranes, we have the so-called meningitis. It is known that the main related causes are of viral and bacterial origin. **Objective:** Evaluating the rates of hospitalizations and deaths from meningitis in the pediatric population in the last five years, as well as the main causes in childhood and the most frequent sequelae found. **Methodology:** This is a secondary and transversal study through the analysis of data from the Hospital Information System of the Unified Health System (SIH / SUS), from the Ministry of Health, through the website of the SUS Computer Department for the period of the last five years. **Results:** The rates of hospitalizations for meningitis in the pediatric age group were 57.24% of the total value of hospitalizations for this reason. The bacterial cause was responsible for 75.5% of deaths in the pediatric population, the viral cause for 21.1% and other non-specific causes or causes for 3.4%. The main sequelae can be highlighted: focal neurological deficits, hearing loss, cognitive impairment, and epilepsy. **Discussion:** The prevalence of cases of hospitalization for meningitis showed a higher percentage among the age groups of individuals under one year of age and between one and four years. However, despite the higher incidence of hospitalizations in the pediatric population, the patient's age at the time of diagnosis was not associated with higher mortality. **Conclusion:** Meningitis, despite technological advances with the implementation of the vaccine, still has a high incidence in the pediatric population, with a bacterial etiology with a worse prognosis.

Keywords: Meningitis, Neurological complications, Child mortality.

INTRODUÇÃO

O sistema nervoso central (SNC) é envolvido por membranas denominadas meninges. Quando há inflamação dessas membranas, tem-se a denominada meningite que, normalmente, deve-se à infecção aguda da pia-máter e aracnoide estendendo-se para o espaço subaracnóideo (leptomeningite). A patologia pode ser causada por vírus, bactérias, fungos e parasitas⁽¹⁾.

As meningites virais geralmente são autolimitadas e de evolução benigna, sua identificação é importante para evitar o uso de antibióticos e a internação desnecessariamente longa do paciente. É mais comumente causada pelos seguintes vírus: enterovírus, herpes simples tipo 2, varicela-zoster e herpes-vírus simples tipo 1⁽²⁾.

A forma bacteriana é menos frequente, mas apresenta maiores taxas de morbidade e mortalidade. Os principais agentes são *Streptococcus pneumoniae*; *Neisseria meningitidis*; e *Listeria monocytogenes*⁽³⁾.

Nos últimos 20 anos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), foram reportados quase 1 milhão de casos com suspeita de meningite e 100 mil pessoas morreram. No Brasil, de acordo com o boletim epidemiológico de 2018 da Vigilância em Saúde, a incidência total é cerca de 2 casos/100 mil habitantes. Em crianças menores de 5 (cinco) anos é de 7 casos/100 mil habitantes e, nos menores de 1 (um) ano, 13 casos/100 mil habitantes⁽⁴⁾.

Na meningite nosocomial, há mais infecções bacterianas estafilocócicas e por enterobactérias, dependendo da realização de procedimentos neurocirúrgicos e da flora hospitalar. Já os três principais patógenos que causam meningite bacteriana comunitária fazem parte da flora nasofaríngea de grande parte da população, porém não são claros os fatores que predispoem um paciente colonizado a sofrer bacteremia a fim de infectar as meninges, mas incluem infecção viral prévia ou, no caso do pneumococo, pneumonia⁽⁵⁾.

Em crianças menores de um ano de idade, o quadro clínico é menos evidente, assim, é

importante observar a presença de moleira tensa ou elevada, irritabilidade, inquietação com choro agudo e persistente e rigidez corporal com ou sem convulsões⁽²⁾. Os indivíduos acima de um ano geralmente apresentam febre alta e abrupta, cefaleia intensa, rigidez de nuca e distúrbio da consciência, às vezes acompanhados de convulsões generalizadas. A meningite aguda viral causa menor repercussão sistêmica dependendo do grupo viral, como herpangina causada pelos grupos Echovirus e Coxsackie A, além de pleurodinia, pericardite, orquite e neurite braquial causadas pelo grupo Coxsackie B⁽⁶⁾.

Em caso de meningite meningocócica, a evolução é muito rápida, podem ocorrer lesões petequiais, purpúricas ou choque circulatório. Já a pneumocócica é geralmente precedida por infecção nos pulmões, ouvidos, seios da face ou válvulas cardíacas. Enquanto por *Haemophilus influenzae* é comumente precedida por infecção respiratória alta e otites, em pacientes não vacinados⁽⁷⁾.

Quando os sinais e sintomas de irritação meníngea ocorrem com duração superior a quatro semanas têm-se a meningite crônica, que pode resultar de infecções, contato com agentes químicos, neoplasias malignas e doenças autoimunes⁽⁸⁾.

Desse modo, o artigo teve como objetivo avaliar as taxas de internações e óbitos por meningite na população pediátrica, nos últimos cinco anos, bem como analisar as principais causas na infância e as mais frequentes sequelas encontradas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, controlado e descritivo, realizado através da análise de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), do Ministério da Saúde, pelo site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com dados referentes ao período de abril de 2015 a abril de 2020. Os dados foram selecionados para todo o território brasileiro e pela Faixa Etária 1 – subdividida em: menor de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e acima. Para fins desse artigo, e em conformidade com o Ministério da Saúde do Brasil, a faixa etária pediátrica será considerada até os 19 anos de idade. Foram considerados como sequelas os estudos onde os participantes apresentavam qualquer comprometimento neurológico oriundo da patologia, ex.: Comprometimentos neuropsicomotores.

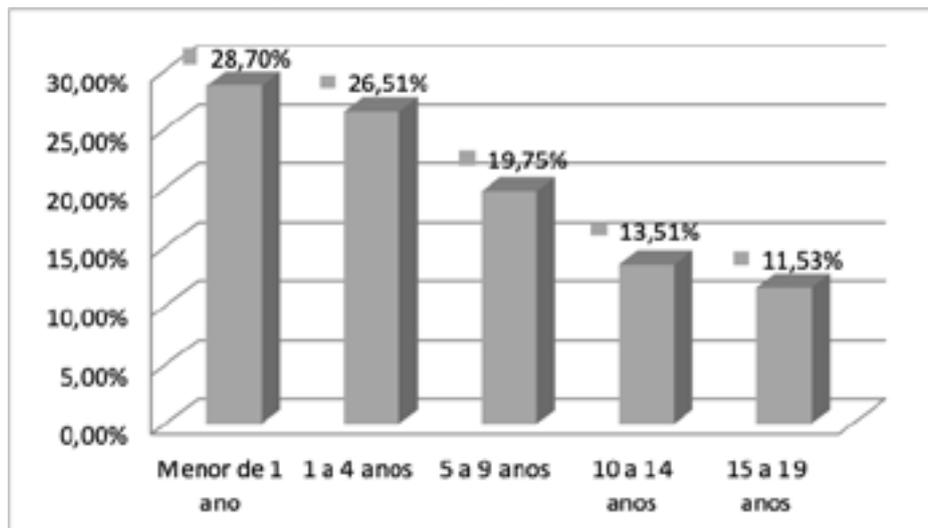
Para a análise das variáveis: Complicações neurológicas/sequelas foi realizada uma revisão da literatura nos bancos de dados: PubMed, BVS e Scielo utilizando os seguintes descritores contidos no DECs: meningitis, neurological complications, child mortality.

RESULTADOS

Durante o período de abril de 2015 a abril de 2020, as taxas de internações por meningite na faixa etária pediátrica foram de 57,24% de forma geral. Desses, 28,70% correspondem a indivíduos menores de 1 ano, 26,51% entre 1 e 4 anos, 19,75% entre 5 a 9 anos, 13,51% entre 10 e 14 anos e 11,53% entre 15 e 19 anos (Gráfico 1). Esses valores, quando analisados em relação ao

percentual total de internações por meningite, correspondem a 16,42%, 15,18%, 11,31%, 7,73% e 6,60% respectivamente.

Gráfico 1 – Prevalência de Internações por Meningite na população Pediátrica entre 2015 a 2020

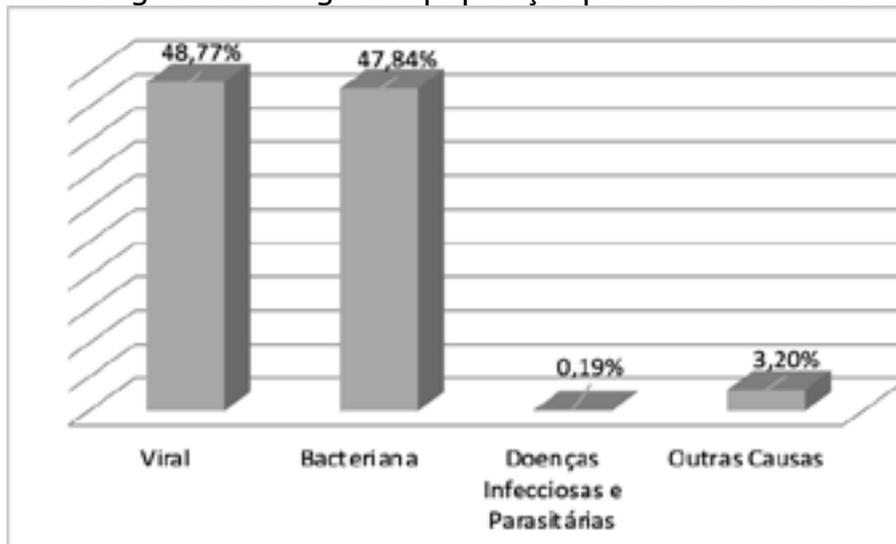


Fonte: Adaptado de Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Desse modo, apesar da faixa etária pediátrica corresponder apenas a um quarto do tempo de vida total, ela é responsável por mais da metade dos casos de internação por meningite (considerando a expectativa de vida média do brasileiro, de 76,3 anos, de acordo com os dados da Tábua da Mortalidade, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)⁽⁹⁾.

Dos 19.469 casos totalizados na população pediátrica, 9.495 são de etiologia viral (48,77%), 9.314 bacteriana (47,84%), 38 de outras doenças infecciosas e parasitárias (0,19%), e 622 devido a outras causas não especificadas (3,2%) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Etiologia da Meningite na população pediátrica entre 2015 a 2020.



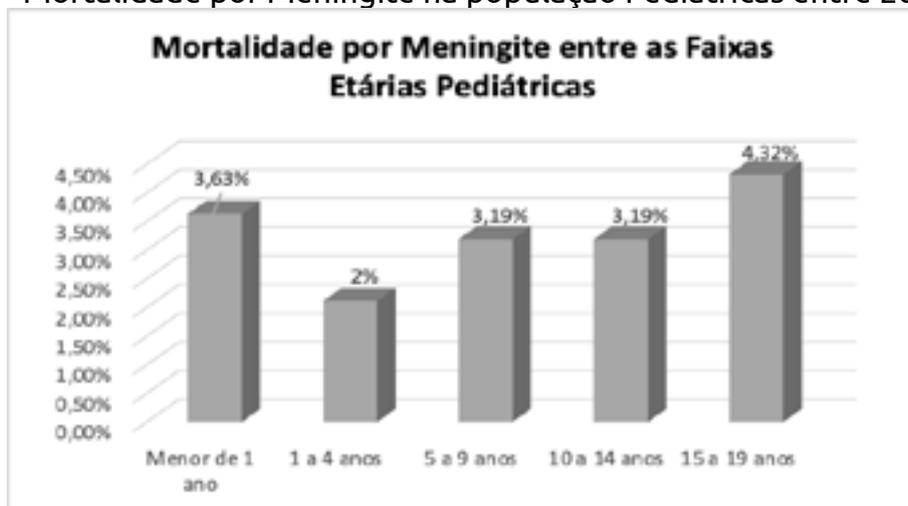
Fonte: Adaptado de Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Para as demais faixas etárias, a etiologia viral correspondeu a 33% dos casos, a bacteriana a 62,4%, outras doenças infecciosas e parasitárias a 0,9% e outras causas ou causas não especificadas a 3,7%. Apesar do alto percentual de internações pediátricas por meningite, sua taxa de óbito foi de 3%, contra 17% para as demais faixas etárias. A causa bacteriana foi responsável por 75,5% dos

óbitos na população pediátrica, a viral por 21,1% e outras causas ou causas não específicas por 3,4%. Esses valores correspondem a uma mortalidade média de 9,7%, 1,48% e 3,68%, respectivamente.

Houve 589 casos de óbitos de indivíduos até os 19 anos, correspondendo a 24,2% dos óbitos totais por essa causa, sendo que a taxa de mortalidade dentro da faixa etária do primeiro ano de vida foi de 3,63%, 2,40% entre o primeiro e o quarto ano, 2,11% entre cinco e nove anos, 3,19% entre dez e quatorze anos e 4,32% entre quinze e dezenove anos.

Gráfico 3 – Mortalidade por Meningite na população Pediátricas entre 2015 a 2020.



Fonte: Adaptado de Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

No banco de dados Pubmed, ao utilizar o operador booleano para os descritores: meningitis and child mortality foram encontrados 484 artigos publicados entre 2015 a 2020. Quando os descritores: meningitis and neurological complications foram cruzados, seguindo os mesmos critérios de pesquisa, foi obtido resultado semelhante de 1.358 artigos publicados entre 2015 a 2020.

Ao pesquisar no banco de dados BVS, cruzando os descritores: meningitis and child mortality foram encontrados 424 artigos publicados entre 2015 a 2020. Quando utilizados os descritores: meningitis and neurological complications o resultado foi de 542 artigos publicados entre 2015 a 2020.

Por fim, ao analisar no banco de dados Scielo, seguindo a mesma lógica metodológica de pesquisa, seis artigos publicados entre 2015 a 2020 foram encontrados ao cruzar os descritores: meningitis and child mortality. Já com os descritores: meningitis and neurological complications foram encontrados 10 (dez) artigos publicados entre 2015 a 2020.

Tabela 1 – Relação dos descritores com pesquisa por banco de dados.

| DESCRITORES: | PubMed | BVS | Scielo |
|---|--------|-----|--------|
| Meningitis and child mortality | 484 | 424 | 6 |
| Meningitis and neurological complications | 1.358 | 542 | 10 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Complicações Neurológicas – Sequelas

De acordo com pesquisas realizadas em bancos de dados supracitados, utilizando os

descritores: Meningitis and neurological complications foram encontrados um total de 1.910 artigos publicados no período de 2015 a 2020.

As sequelas da meningite mais frequentemente relatadas na literatura são: déficits neurológicos focais, perda auditiva, problema de visão, convulsões, hidrocefalia obstrutiva, envolvimento do nervo craniano, distúrbio de conduta, comprometimento cognitivo e epilepsia⁽¹⁰⁻¹²⁾.

DISCUSSÃO

As crianças são particularmente vulneráveis a desenvolver a meningite devido aos seus sistemas imunológicos relativamente imaturos. Estima-se que mais de 75% de todos os casos ocorrem em crianças menores de cinco anos de idade⁽¹³⁾. É possível correlacionar essa informação aos dados obtidos no DATASUS (Gráfico 3) em que a prevalência de casos de internação por meningite apresentou maiores porcentagem entre as faixas etárias de indivíduos com menos de um ano de idade e entre um e quatro anos.

No entanto, apesar da maior incidência de internações na população pediátrica, a idade do paciente no momento do diagnóstico não foi associada à maior mortalidade, como seria esperado se o estado imunológico imaturo resultasse em infecções mais graves; como descrito em outros estudos⁽⁴⁾. Esse mesmo estudo também afirma que sinais de gravidade na internação da criança, como choque séptico e comprometimento cardiovascular, são mais relevantes para o desfecho da meningite, como posteriores sequelas e até mesmo o óbito.

Sobre a etiologia da meningite, sabe-se que as principais causas relacionadas são de origem viral e bacteriana⁽⁵⁾. Sendo a meningite causada por vírus a mais comum em crianças abaixo de um ano. A prevalência de meningite bacteriana diminuiu drasticamente com a implementação de vacinas conjugadas como a HIB, contra *Haemophilus influenzae*, e a Pneumocócica, contra *Streptococcus pneumoniae*. Mas, apesar disso, continua sendo a forma mais grave da doença⁽⁴⁾.

Há dificuldades na identificação da etiologia da meningite no processo de internação. Muitos casos receberam antibióticos antes do diagnóstico final, tomados como etiologia bacteriana. Mesmo usando todas as técnicas de laboratório, um número considerável de pacientes permaneceu sem diagnóstico. Portanto, conhecer o perfil etiológico da meningite em uma região, antes de ser uma simples curiosidade médica, tem valor fundamental na tomada de decisões terapêuticas e profiláticas e podem ser decisivas para o prognóstico do paciente⁽¹³⁾.

A patogênese da meningite bacteriana é baseada em interações complexas e incompletamente entendidas entre hospedeiro e patógeno, sendo a etiologia responsável pelo maior número de óbitos da doença. Assim, mesmo em países desenvolvidos, onde a maioria dos indivíduos têm acesso a vacinas e hospitais altamente especializados, a meningite bacteriana permanece uma doença temida e devastadora. As incidências têm diminuído e a prevenção foi otimizada, mas os indivíduos atingidos por essas infecções ainda apresentam morbimortalidade significativa. Tais dados corroboram com os obtidos no DATASUS, onde é mostrado que a causa bacteriana foi responsável por 75,5% dos óbitos por meningite na população pediátrica⁽¹⁴⁾.

Complicações Neurológicas / Sequelas

Em relação às possíveis sequelas da meningite obtidas na literatura, tais como: déficits neurológicos focais, perda auditiva, problema de visão, convulsões, hidrocefalia obstrutiva, envolvimento do nervo craniano, distúrbio de conduta, comprometimento cognitivo e epilepsia, as relatadas com mais frequência consistem em déficits neurológicos focais, perda auditiva, comprometimento cognitivo e epilepsia⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Crianças e adultos em recuperação de meningite bacteriana sem déficits neurológicos aparentes correm risco de déficits cognitivos a longo prazo. A identificação precoce de sequelas neurológicas é importante para as crianças, a fim de evitar atrasos adicionais no desenvolvimento e para os adultos alcançarem um retorno bem-sucedido à sociedade após a doença⁽¹⁰⁾.

Em um estudo realizado com 85 crianças durante o tratamento para meningite bacteriana no Centro Médico de Taiwan⁽¹¹⁾ foram encontradas algumas complicações neurológicas. Destas, destacam-se como principais: convulsão (58,8%), seguida de derrame subdural (47,1%), ventriculomegalia (41,2%), empiema subdural (21,2%), hidrocefalia (18,8%), ventriculite (15,3%), leucomalácia periventricular (11,8%) e encefalomalácia (10,6%). Este estudo apresentou sequelas semelhantes mencionadas anteriormente, além de acrescentar como consequências: ventriculomegalia, empiema subdural, ventriculite, leucomalácia periventricular e encefalomalácia, notando assim grandes variáveis de sequelas.

Apesar da instituição da imunização da criança, as taxas de mortalidade permanecem extremamente altas, com uma variação de 5% a 30% dos casos, e aproximadamente 50% dos sobreviventes evoluem com sequelas neurológicas. Em crianças que sobrevivem a um episódio de meningite bacteriana, as sequelas mais frequentes incluem perda auditiva, atrasos no desenvolvimento e baixo desempenho escolar. O tempo de diagnóstico dessas sequelas pode variar de acordo com o tipo ou a intensidade da lesão neurológica⁽⁴⁾.

CONCLUSÃO

A meningite, apesar dos avanços tecnológicos com a implementação da vacina, ainda possui uma alta incidência na população pediátrica, sendo a de etiologia bacteriana com pior prognóstico. Os dados encontrados no DATASUS evidenciam que a maior taxa de internações por conta da patologia ocorre com predominância na faixa etária abaixo dos 4 (quatro) anos, não predizendo, contudo, em maiores taxas de mortalidade.

A respeito das sequelas provenientes da manifestação da doença, pode-se destacar: déficits neurológicos focais, perda auditiva, comprometimento cognitivo e epilepsia. Vale ressaltar a importância do diagnóstico etiológico correto e identificação precoce das sequelas neurológicas, a fim de evitar atrasos adicionais no desenvolvimento da criança.

Evidencia-se, contudo, a importância de outros estudos de acompanhamento epidemiológico do avanço desta doença, assim como de aprofundamento nas observações de possíveis complicações ou sequelas decorrentes dessa patologia.

REFERÊNCIAS

1. Vieira MA da CES, Lima Neto AS, Costa CHN, Costa DL, Amaral E JL da S do, Batista FM de A, et al. Proposta de abordagem simplificada para suspeitas de meningites: relato de experiência de serviço de referência no estado do Piauí, 2007-2016. *Epidemiol e Serv Saude Rev do Sist Único Saude do Bras.* 2018;27(3):e2017329.
2. Pires FR, Franco ACBF, Gilio AE, Troster EJ. Comparison of enterovirus detection in cerebrospinal fluid with Bacterial Meningitis Score in children. *Einstein (Sao Paulo).* 2017;15(2):167–72.
3. Pires FR, Franco ACBF, Gilio AE, Troster EJ. Utilização de escore e dosagem de lactato no líquido para diagnóstico diferencial entre meningite bacteriana e meningite asséptica. *Rev Paul Pediatr.* 2017;35(4):369–74.
4. Ali M, Chang BA, Johnson KW, Morris SK. Incidence and aetiology of bacterial meningitis among children aged 1–59 months in South Asia: systematic review and meta-analysis. *Vaccine [Internet].* 2018;36(39):5846–57. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.07.037>
5. Chouaib N, Jidane S, Rafai M, Belkouch A, Zidouh S, Belyamani L. Complication rare et grave de la rachianesthésie: La méningite bactérienne (à propos d’un cas et revue de la littérature). *Pan Afr Med J.* 2017;27:2–4.
6. VERONESI. Tratado de Infectologia. 5th ed. Roberto Focaccia, editor. Editora Atheneu. São Paulo; 2015. 2015 p.
7. Sudarsanam TD, Rupali P, Tharyan P, Abraham OC, Thomas K. Pre-admission antibiotics for suspected cases of meningococcal disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3(6).
8. Moniuszko-Malinowska A, Czupryna P, Swiecicka I, Grześ H, Siemieniako A, Grygorczuk S, et al. *Nocardia farcinica* as a cause of chronic meningitis - Case report. *BMC Infect Dis.* 2020;20(1):1–6.
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil - 2018. *Inst Bras Geogr e Estatística - IBGE.* 2018;1:4–29.
10. Lucas MJ, Brouwer MC, van de Beek D. Neurological sequelae of bacterial meningitis. *J Infect [Internet].* 2016;73(1):18–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2016.04.009>
11. Hsu MH, Hsu JF, Kuo HC, Lai MY, Chiang MC, Lin YJ, et al. Neurological complications in young infants with acute bacterial meningitis. *Front Neurol.* 2018;9(OCT):1–10.
12. Otero JA, Gomez M del P, Cornejo JW, Cabrera D. Características clínicas y paraclínicas de niños con meningitis bacteriana aguda en el Hospital Universitario San Vicente Fundación en Medellín, Colombia. 2011 - 2015: estudio descriptivo – retrospectivo. *Acta Neurológica Colomb.* 2017;33(2):84–93.
13. Hasbun R, Wootton SH, Rosenthal N, Balada-Llasat JM, Chung J, Duff S, et al. Epidemiology of Meningitis and Encephalitis in Infants and Children in the United States, 2011-2014. *Pediatr Infect Dis J.* 2019;38(1):37–41.
14. Lundbo LF, Benfield T. Risk factors for community-acquired bacterial meningitis. *Infect Dis (Auckl).* 2017;49(6):433–44.

Ivana Firme de Matos

ivamatos14@gmail.com

Acadêmica de odontologia, Faculdade Adventista da Bahia – FADBA.

Viviane Oliveira Santos

vivianesan_08@hotmail.com

Acadêmica de odontologia, Faculdade Adventista da Bahia – FADBA

Dayane Araujo da Silva

dayane.araujo.bsb@gmail.com

Acadêmica de odontologia, Faculdade Adventista da Bahia – FADBA

Emanuelle Galvão Conceição

emanuellecon@hotmail.com

Acadêmica de odontologia, Faculdade Adventista da Bahia – FADBA

Djeyne Wagmacker Ferreira

djeyne.ferreira@adventista.edu.br

Doutora em Saúde Humana, Mestre em Saúde Humana - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Fisioterapeuta – FADBA, Professora da Faculdade Adventista da Bahia – FADBA.

Márcia Otto Barrientos

marcia.barrientos@adventista.edu.br

Mestre em Ciências – CENA/USP, Farmacêutica - FAFABES/UFES, Doutoranda em Imunologia - UFBA, Professora da Faculdade Adventista da Bahia – FADBA

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

AUTOMEDICAÇÃO DOS ALUNOS DA ÁREA DE SAÚDE DA FACULDADE ADVENTISTA DA BAHIA

*SELF-MEDICATION OF STUDENTS IN THE HEALTH AREA
OF FACULDADE ADVENTISTA DA BAHIA*

RESUMO

Introdução: o uso de medicamentos é imprescindível para o tratamento de doenças e controle de seus sintomas. No entanto, quando esses medicamentos são utilizados de forma independente e irresponsável, podem tornar-se um risco para a pessoa que os está consumindo. **Objetivo:** abordar a automedicação no grupo dos estudantes dos cursos de saúde da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), avaliando as variáveis gênero, curso, conhecimento prévio de farmacologia, atitude tomada diante de dor e fatores que levam à prática da automedicação. O presente estudo se justifica pelo alto índice de automedicação na população brasileira. **Métodos:** este artigo trata-se de um estudo de pesquisa descritiva quantitativa. A abordagem de coleta de dados se deu através de um formulário estratificado fechado. **Resultados:** de acordo com os dados coletados, a amostra foi composta por 77,40% do gênero feminino e estima-se que 62,86% da amostra total pesquisada possui o hábito de se automedicar, tendo como fatores preponderantes o conhecimento sobre farmacologia 34,71%, dificuldade de acesso à assistência médica 29,75%, influência de terceiros 25,21% e outros fatores 10,33%. **Conclusão:** observou-se que a automedicação é uma prática expressiva entre universitários da área de saúde, especialmente entre o sexo feminino e que existe correlação entre o estudo de farmacologia e a

PALAVRAS-CHAVE:

Automedicação. Estudantes de ciências da saúde. Efeitos adversos. Toxicidade. Medicamentos sem prescrição.

automedicação, sendo essa influenciada principalmente pela autoconfiança, somada à dificuldade de acesso à assistência médica e influência de terceiros. Esta ação torna-se, portanto, uma prática que precisa ser avaliada com muito cuidado sobre seus riscos e benefícios.

Palavras-chaves: Automedicação. Estudantes de ciências da saúde. Efeitos adversos. Toxicidade. Medicamentos sem prescrição.

ABSTRACT

Introduction: the use of medications is essential for the treatment of diseases and control of their symptoms. However, when these drugs are used independently and irresponsibly, they can become a risk to the person who is consuming it. Objective: address self-medication in the group of students of health courses at Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), evaluating the variables gender, course, previous knowledge of pharmacology, the behavior adopted towards pain and factors that lead to self-medication. The present study is justified by the high rate of self-medication in the Brazilian population. Methods: this article it is about a quantitative descriptive research study. The data collection approach occurred through a closed stratified form. Results: according to the data collected, the sample consisted of 77.40% female and it was estimated that 62.86% of the surveyed sample has the habit of self-medication, with knowledge of pharmacology as the main factor 34.71 %, difficulty accessing medical care 29.75%, influence of third parties 25.21% and other factors 10.33%. Conclusion: it was observed that self-medication is an expressive practice among university students in the health area, especially among women and that there is a correlation between the study of pharmacology and self-medication, which is mainly influenced by self-confidence, in addition to the difficulty of accessing medical care and the influence of third parties. This action, therefore, becomes a practice that needs to be evaluated very carefully about its risks and benefits.

Keywords: Self-medication. Students Health Occupations. Adverse effects. Toxicity. Nonprescription Drugs.

INTRODUÇÃO

A automedicação, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), compreende a prática de ingerir substâncias farmacológicas sem a prescrição e/ou orientação do médico ou de outro profissional da saúde habilitado⁽¹⁾. A automedicação acontece, na maioria das vezes, quando há a presença de sintomas dolorosos e o indivíduo decide qual medicamento tomar, mesmo sem um aval médico e competência suficiente para determinar o melhor tratamento e as consequências possíveis desse ato, seja por uso anterior com eficácia ou por aconselhamento de terceiros inaptos (familiares e amigos)⁽²⁻³⁾.

Para a OMS, é aceitável a utilização de medicamentos sem prescrição médica desde que ocorra de maneira responsável, o que oferece benefícios ao Sistema Público de Saúde, prevenindo o colapso do mesmo, ao resolver problemas de menor urgência⁽¹⁾. Por outro lado, a

automedicação irresponsável traz consequências significativas para a saúde como o diagnóstico incorreto, tratamento inadequado de determinadas doenças devido ao mascaramento de sinais e sintomas, o subtratamento ou a superdosagem do medicamento, além de resistência bacteriana, dependência, efeitos adversos ou reações alérgicas⁽³⁻⁴⁾.

A Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (Abifarma) afirma que cerca de 20 mil pessoas vão a óbito, por ano, no Brasil devido à prática de automedicação⁽³⁾. O aumento no uso indiscriminado de medicamentos é preocupante por trazer consequências aos indivíduos expostos como efeitos colaterais, usualmente mais graves do que a própria doença primária, e por ocasionar aumento nos custos de saúde, já que pode elevar os gastos desnecessariamente para o manejo de problemas de saúde resultantes da prática da automedicação⁽⁵⁾.

Estudantes do ensino superior da área da saúde durante a sua formação possuem disciplinas que possibilitam conhecimentos sobre os efeitos farmacológicos e os seus malefícios, fato este que poderia prevenir a prática da automedicação. No entanto, estudos mostram índices elevados nessa população acerca desse costume, em consequência da falsa impressão de controle e aumento da autoconfiança^(2,6).

O risco e prevalência da automedicação está correlacionado com o grau de conhecimento dos praticantes sobre medicamentos, assim como com a dificuldade de acessibilidade ao sistema de saúde, custo e a limitação de receitas relacionado a poucos profissionais de saúde^(4,7). O hábito de tomar medicamentos isentos de prescrição médica (MIPs) ou sem tarja, também chamados de remédios em gôndolas, é recorrente devido à fácil disponibilidade e ao significativo marketing na mídia, contribuindo para o aumento no índice de automedicação⁽²⁾.

Neste trabalho, teve-se o objetivo de avaliar o perfil da automedicação de estudantes dos cursos de saúde da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), visando identificar a existência de uma relação entre o conhecimento relacionados à farmacologia e o nível de automedicação desses estudantes. Para tanto, considerou-se que são futuros profissionais de saúde e serão responsáveis por fornecer informações aos pacientes referente ao uso adequado de medicamentos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de corte transversal, abordagem quantitativa, realizado para analisar a prática da automedicação entre graduandos de cursos da área da saúde FADBA. Com uma população total de 1014 estudantes, a amostra foi composta por 385 universitários regularmente matriculados nos cursos de enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia e odontologia, que concordaram em participar da pesquisa e que estivessem cursando a partir do 2º período.

O cálculo amostral foi definido através do Software WINPEPI para Windows, considerando uma proporção de 50% de automedicação, extraído de um estudo preliminar, considerando uma margem de erro de 5%, com um nível de confiança estabelecido em 95%, resultando em uma amostra de 385 estudantes. A amostragem probabilística é do tipo aleatória estratificada, considerando como estrato os 5 (cinco) cursos de saúde da instituição (Enfermagem, odontologia, nutrição, fisioterapia e psicologia).

A coleta de dados foi realizada no mês de outubro do ano de 2019, após aprovação do presente projeto pelo Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade Adventista da Bahia, conforme parecer número 20159019.0.0000.0042 (CAAE). Os indivíduos incluídos na pesquisa foram informados sobre os objetivos do estudo e convidados a participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O instrumento utilizado para a coleta das informações foi um formulário semiestruturado autoaplicado. O período recordatório utilizado no estudo foi o espaço temporal compreendido desde o ingresso no curso de graduação de saúde até o momento da pesquisa, ou seja, para responderem ao questionário, os entrevistados forneceram informações referentes à prática da automedicação desde o início da graduação.

No formulário foram apontadas as seguintes variáveis: Você é maior de 18 anos? Gênero? Qual a sua graduação? Você já cursou a matéria de farmacologia? Possui o costume de se automedicar? Se sim, qual fator te leva a essa prática? Em caso de dor, qual a sua atitude? Essas questões tinham como objetivo conhecer o participante nos aspectos do consumo de medicamentos, interferência do conhecimento adquirido ao longo do curso na prática da automedicação e qual é a primeira alternativa adotada por cada aluno no caso de sentir dor.

Após a coleta das informações, os dados foram tabulados e analisados utilizando o programa PSPP. Foram calculadas as médias e desvio-padrões para variáveis numéricas após consideradas como simétricas pelos testes de normalidade. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. Foram calculados os intervalos de confiança a 95% para todas as análises. Foi utilizado o Teste Qui Quadrado para verificar correlação entre algumas variáveis abordadas. Usando o programa SPSS Statistics 20. Os dados foram apresentados em gráficos e tabelas.

RESULTADOS

Entre as variáveis estudadas, percebeu-se que 98,18% dos estudantes possuem mais de 18 anos de idade. A idade média encontrada foi de 21,87 anos (DP = 4,81), o gênero feminino apresentou uma frequência de 77,40%. O índice de confiança apresentado na tabela faz inferência a todos os estudantes dos cursos da área da saúde analisados nessa pesquisa (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos estudantes entre os cursos da Área de Saúde da Faculdade Adventista da Bahia (n = 385)

| VARIÁVEIS | n(%) | IC 95% |
|-------------------|------------|---------------|
| Maior que 18 anos | | |
| Sim | 378(98,18) | 96,44 - 99,20 |
| Não | 7(1,82) | 0,80 - 3,56 |
| Gênero | | |
| Masculino | 87(22,60) | 18,63 - 26,98 |

| | | |
|--------------|------------|---------------|
| Feminino | 298(77,40) | 73,02 - 81,37 |
| Graduação | | |
| Enfermagem | 81(21,04) | 17,19 - 25,33 |
| Fisioterapia | 86(22,34) | 18,39 - 26,70 |
| Nutrição | 54(14,03) | 10,82 - 17,77 |
| Odontologia | 82(21,30) | 17,43 - 25,60 |
| Psicologia | 82(21,30) | 17,43 - 25,60 |

Fonte: Dados da pesquisa.

O conhecimento obtido através da disciplina de farmacologia, oferecido pela instituição para todos os cursos abordados, foi informado por 205 participantes, equivalente a 53,25% onde em toda a amostra 62,86% referiu praticar a automedicação (Tabela 2).

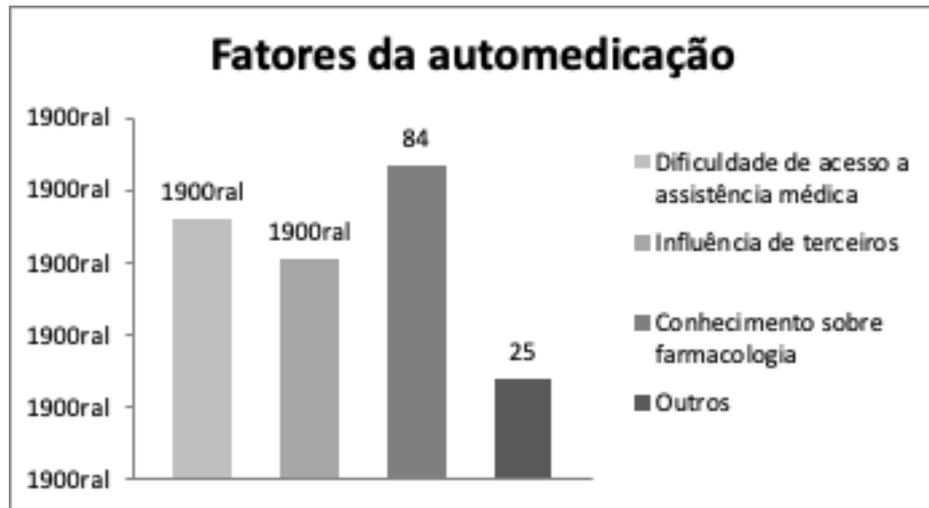
Tabela 2 – Atributos relacionados à disciplina de farmacologia e à prática de automedicação (n = 385).

| VARIÁVEIS | n(%) | IC 95% |
|-------------------------------|---------------------|---------------|
| Fez a matéria de farmacologia | | |
| Sim | 205(53,25) 58,20 | 48,25 - 58,20 |
| Não | 180(46,75) 51,75 | 41,80 - 51,75 |
| Costuma se automedicar | | |
| Sim | 242(62,86) 67,58 | 57,94 - 67,58 |
| Não | 143(37,14) 42,06 | 32,42 - 42,06 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre os fatores preponderantes para o ato, destacam-se: o conhecimento sobre farmacologia 34,71%, seguido da dificuldade de acesso à assistência médica 29,75%, influência de terceiros 25,21% e outros fatores 10,33% (Gráfico 1).

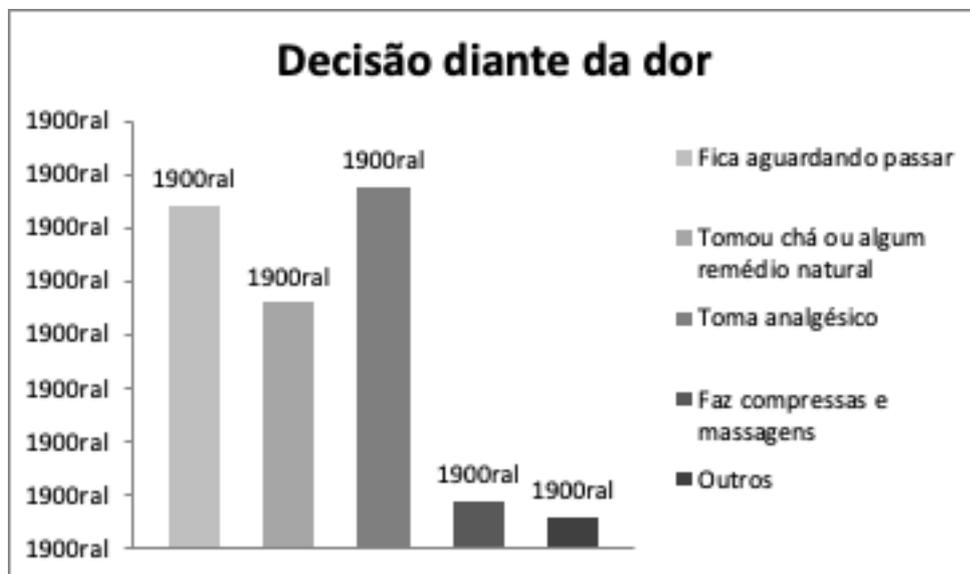
Gráfico 1 – Fatores que influenciam a automedicação. (n = 242)



Fonte: Dados da pesquisa.

A população estudada apontou que ao sentir dor, o meio mais recorrido é o uso de analgésicos 35,09%, seguido da espera pelo alívio da dor 33,25%, uso de chá ou algum remédio natural 23,90%, compressas e massagens 4,68% e outros meios 3,12% (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Atitude tomada diante de um sintoma de dor em qualquer intensidade (n = 385)



Fonte: Dados da pesquisa.

A respeito das variáveis gênero e a prática de automedicação, 64,80% da amostra feminina e 56,30% da masculina relatou costume de tal prática, sendo a correlação dessas variáveis estatisticamente não significativa, com valor de $p = 0,152$. A relação entre as variáveis cursar a disciplina de farmacologia e praticar automedicação apresentou resultado entre aqueles que relataram se automedicar de 69,80% para os que já cursaram farmacologia e 55% que não

cursaram, apresentando relação estatística significativa com $p < 0,003$ (Tabela 3).

Tabela 3_ Correlação entre o estudo de farmacologia e o gênero com a prática de automedicação.

| Você costuma se automedicar? | sim | não | | |
|-------------------------------|--------------------------|-----------|--------------|--|
| Gênero | n(%) | n(%) | <i>p</i> | |
| Masculino | 49(56,30) 38(43,70) | | | |
| Feminino | 193(64,80) 105(35,20) | | 0,152 | |
| Fez a matéria de farmacologia | n(%) | n(%) | | |
| Sim | 143(69,80) 62(30,20) | | 8,25 - 58,20 | |
| Não | 99(55,00) | 81(45,00) | 0,003 | |

Teste Qui Quadrado; * $p < 0,05$

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A automedicação é uma prática amplamente difundida e pode acarretar em diversos danos à saúde da população, sobretudo em jovens universitários. Os medicamentos são essenciais para a cura e controle de doenças, mas quando usados de forma indiscriminada podem implicar em efeitos deletérios à saúde humana. Os resultados do presente estudo assemelham-se com outros, ratificam a prevalência da automedicação entre graduandos da área da saúde, o que apresenta um risco à saúde^(2,6).

Dos participantes da amostra pesquisada, 62,86% afirmaram se automedicar com frequência, sendo que, do total, 53,25% concluíram a disciplina de farmacologia, mostrando assim que a maioria dos que se automedicam têm conhecimento sobre a atitude tomada, sendo uma relação estatisticamente significativa nesse estudo ($p = 0,003$). Pesquisa realizada entre estudantes da Universidade Federal de Alfenas (Unifal) apresentou um resultado mais significativo, no qual 90,6% já consumiram medicamentos sem prescrição de um médico, mesmo 89% terem afirmado que conheciam os perigos da prática⁽⁵⁾. Estes levantamentos de dados se assemelham ainda aos encontrados na pesquisa realizada em acadêmicos e em populações adultas do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), onde, do total de participantes, 90,7% utilizam medicamentos sem receita médica⁽⁴⁾.

Ao abordar o assunto da prática da automedicação cabe justificar sua necessidade e ocasião para que sua compreensão não seja equivocada. Segundo World Health Organization (1986 apud Arrais et al. 1997, p.71) existem diretrizes para avaliar se o medicamento pode ser empregado na automedicação, funcionando como um complemento do sistema de saúde em regiões mais pobres. De acordo com essa publicação, os medicamentos apresentam um perfil de segurança, são eficazes, de fácil manuseio e confiáveis⁽⁷⁾. Entendendo a automedicação com MIPs, essa seria uma prática benéfica para o indivíduo no sentido de assumir a responsabilidade sobre sua saúde, diminuir despesas médicas e facilidade de compra do fármaco. Conseqüentemente, o governo dispensa consultas médicas, visto que a automedicação nesses casos seria, por exemplo, para aliviar os sintomas de cólica menstrual, diminuindo os custos para o sistema de saúde e otimização dos recursos médicos⁽⁸⁾.

Analisando a automedicação entre diferentes gêneros, observou-se neste estudo maior prevalência no gênero feminino, o que vai de encontro com os resultados obtidos por Ribeiro e col.⁽⁴⁾, Arrais e col.⁽⁷⁾, Aquino, Barros e Silva⁽⁹⁾, Silva e col.⁽¹⁰⁾, no entanto não foi constatado nesse estudo relação estatisticamente significativa ($p = 0,152$). Possivelmente, essa predominância pode estar ligada também ao maior uso de medicamentos entre as mulheres por causa de problemas de saúde recorrentes, entre eles, cólicas menstruais e enxaquecas, bem como por existências de campanhas educativas e publicitárias voltadas principalmente a elas⁽¹⁰⁾. Além disso, houve mais entrevistadas do sexo feminino do que entrevistados do sexo masculino, uma causa pode ter sido o número maior de estudantes matriculados da área de saúde, como descrito em estudo realizado por Gul Kanwal et al⁽¹¹⁾. Entretanto, um estudo realizado com alunos de medicina mostra uma automedicação mais prevalente em homens (55% - 63/110) do que em mulheres (32% - 63/200)⁽¹²⁾. Isso prova que tomar medicamentos por conta própria e risco não está diretamente voltado para mulheres, ainda que fatores justifiquem o índice mais alto nesse grupo.

Levando em consideração os fatores que influenciam na decisão de automedicação, o motivo principal citado foi o conhecimento sobre a farmacologia, estando de acordo com o estudo realizado na Universidade Federal Fluminense, em que um grupo de 43 formandos em farmácia tiveram uma taxa de 79% de automedicação e utilizou de algum medicamento nos últimos três meses sem prescrição médica⁽³⁾. Além desse, outro trabalho mostra a relação de aumento simultâneo da automedicação e estudo da farmacologia com o passar dos anos na graduação de medicina⁽¹²⁾. A automedicação responsável também é apresentada em um grupo de profissionais e estudantes de farmácia, em que 42,2% possuem o costume de usar os fármacos de forma consciente. O ato de automedicação é justificado quando os benefícios superam os malefícios⁽¹³⁾. Essas situações apontam o conhecimento como responsável pela construção da autoconfiança, e assim, conseqüentemente do aumento na automedicação. Este estudo não registrou as condições em que a automedicação ocorreu, porém, o estudo de farmacologia incentiva a automedicação responsável, como preconizado pela OMS⁽¹⁾.

O segundo fator relatado em maior frequência pelos estudantes diz respeito à dificuldade de acesso à assistência médica. O mesmo fator foi observado com destaque no estudo de Arrais e col.⁽⁷⁾, Silva e col.⁽¹⁰⁾ e Domingues e col.⁽¹⁴⁾. O sistema de saúde brasileiro não supre completamente as demandas relacionadas ao atendimento clínico, tendo a farmácia um papel importante na atenção primária à saúde⁽¹⁵⁾. A indicação de medicamentos tornou-se prática frequente nas farmácias brasileiras e erroneamente inclui medicamentos que necessitam de apresentação de

receita para a venda, mesmo em condições que necessitam de exames clínicos e laboratoriais para o seu diagnóstico⁽¹⁶⁾. À vista disso, o uso de produtos farmacêuticos sem receita médica ou odontológica pode ser considerado um indicador indireto de qualidade dos serviços de saúde de uma população^(10,17). A facilidade de compra de medicamentos que para dispensação seria obrigatória a apresentação de receita médica, além de demonstrar o não cumprimento ou desconhecimento das normas regulamentares, também é indicador de dificuldade de acesso a um atendimento médico ou odontológico⁽⁷⁾. A insatisfação com a qualidade e a demora no atendimento no sistema de saúde foi o principal fator apontado em pesquisa que avaliou as motivações para a automedicação. Outros fatores são a acessibilidade do atendimento nas farmácias e a satisfação em ter as necessidades imediatas resolvidas⁽¹⁸⁾.

O terceiro fator diz respeito à influência de terceiros. Ao ser estudado em outras populações, este fator constitui a forma mais corriqueira de decidir sobre a automedicação (amigos 3,1%, familiares 51,6%, outros 9,8%)⁽⁴⁾. Quase que inevitavelmente esses conhecidos relatam sua experiência quanto ao efeito do medicamento oferecendo de forma errada uma certeza para se adquirir o fármaco. Os resultados se assemelham, ainda, ao encontrado em outros estudos em que 53,3% se automedicavam por conhecer sobre o medicamento (uso há muito tempo, prescrição médica anterior e uso frequente por toda a família)⁽⁹⁾.

Da tomada de decisão em relação a dor, o uso de algum tipo de analgésico foi o mais citado para combater o sintoma da dor pelos estudantes da área de saúde da FADBA, e isso também se confirma em outros artigos que mostram que os medicamentos mais utilizados são os analgésicos^(4,5,9). Alguns fatores como o fácil acesso a essa classe de medicamentos, o marketing na mídia e busca pelo alívio imediato dos sintomas pode justificar tal resultado. O uso rotineiro de analgésicos também pode ser explicado pela ideia errônea de que esses medicamentos são produtos inofensivos⁽⁹⁾.

Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) fazem parte dos medicamentos para o tratamento da dor, podendo ser utilizados em associação com outros fármacos, incluindo opioides. O medicamento isento de prescrição não é isento de risco, a população idosa particularmente está mais propensa a complicações durante o tratamento⁽¹⁹⁾. As principais preocupações da utilização dos AINEs são efeitos gastrointestinais, renais, cardiovasculares, hematológicos, reações hepáticas e alérgicas. A ocorrência de interações medicamentosas podem ser a causa de certas reações adversas de AINEs^(19,20).

A automedicação, de acordo com estudo de Xiaossheng et al, está associada a um risco à saúde. A maioria dos entrevistados, 94,5%, acreditava que a prática era eficaz e 17,8% apresentaram reações adversas a medicamentos (RAM) na automedicação. As RAM estavam significativamente relacionadas ao conhecimento das orientações sobre o medicamento, os entrevistados que não leram as instruções descreveram mais RAM. Esta relação foi diretamente proporcional ao nível de escolaridade. Entrevistados com baixo nível de escolaridade, comparados com aqueles com um alto nível de educação, eram expressivamente menos propensos a ler as instruções⁽²¹⁾. Estes dados se assemelham com os resultados obtidos nesse estudo, no qual os alunos pesquisados se tratavam de graduandos do ensino superior. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o acesso ao ensino superior continua restrito, sendo apenas 32,7% em todo o território brasileiro, considerando que o ensino superior no Brasil é entendido como alto padrão

de educação.

A porcentagem de automedicação dos estudantes relatada nesse trabalho, 62,86%, é menor do que a dos demais estudos também realizados com universitários apresentados, 98,5%, 79%, 90,7%, 90,6%^(3-5,13). Tal achado configura-se como uma vantagem e possivelmente é em decorrência da conscientização sobre automedicação responsável já existente dentro da disciplina de farmacologia oferecida pela instituição, entretanto, mais estudos serão necessários para confirmar este posicionamento.

CONCLUSÃO

Observou-se que a automedicação é uma prática expressiva entre universitários da área de saúde, especialmente entre o sexo feminino, mesmo possuindo conhecimento dos possíveis riscos. Há correlação entre o estudo de farmacologia e a automedicação, que é praticada de maneira significativa, principalmente pela autoconfiança, somada à dificuldade de acesso à assistência médica e influência de terceiros. Necessitam-se de mais estudos para a confirmação de que esta população pratica a automedicação responsável.

Conflito de interesses

Os autores relatam não haver conflitos de interesses nessa pesquisa.

Referências:

1. Organização Mundial da Saúde. Dpt. of Essential Drugs and other Medicines. The role of Pharmacist in self care medication. [citado em 2020 abr. 08]. Disponível em http://www.who.int/medicines/library/docseng_from_a_to_z.shtml.
2. Paulo LG, Zanine AC. Self medication in Brazil. Rev. Assoc. Med. Bras. 1988 Mar/Apr; 34(2):69-75.
3. Castro HC, Aguiar MLP, Geraldo RB, Freitas CC, Alcoforado LF, Santos DO, et al. Automedicação: entendemos o risco?. Infarma. 2006; 18(9/10):17-20.
4. Ribeiro MI, Oliveira A, Silva H, Mendes M, Almeida M, Silva T. Prevalência da automedicação na população estudantil do Instituto Politécnico de Bragança. Rev. Port. Sau. Pub. 2010 Jan/Jun; 28(1):41-48.
5. Damasceno DD, Terra FS, Zanetti HHV, D'Andréa ED, Silva HLR, Leite JA. Automedicação entre graduandos de enfermagem, farmácia e odontologia da Universidade Federal de Alfenas. Rev. Min. Enf. 2007 Jan/Mar; 11(1):48-52.
6. Cabrita J, Ferreira H, Iglésias P, Baptista T, Rocha E, Silva AL, et al. Estudo do padrão de consumo de medicamentos pelos estudantes da Universidade de Lisboa. Rev. Port. de Sau.

Pub. 2001 Jul/Dez; 19(2):39-47.

7. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 1997 Fev; 32(1):71-77.
8. Wzorek LF. Avaliação da qualidade das propagandas de medicamentos: veiculadas em diferentes mídias e locais no estado do Paraná. [Dissertação-mestrado]. Paraná (PR): Universidade Federal do Paraná. Departamento de programa de Pós-graduação; 2005.
9. Aquino DS, Barros JAC, Silva MDP. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. *Rev Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2533-2538.
10. Silva JAC; Gomes AL, Oliveira JPS, Sasaki YA, Maia BTB, Abreu BM. Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um centro de saúde universitário. São Paulo: *Rev. Bras. Clin. Med.* 2013 Jan/Mar; 11(1):27-30.
11. Kainab ZG, Nigha F, Azha S, Chohan O, Jabeen M, Yameen MA. Implications of self-medication among medical students-A dilemma. *J Pak Med Assoc.* 2018 Sept; 68(9):1363-1367.
12. Rathish D, Wijerathne B, Bandara S, Piumanthi S, Senevirathna C, Jayasumana C, et al. Pharmacology education and antibiotic self-medication among medical students: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2017 July; 10(1):337.
13. Susheela F, Goruntla N, Bhupalam PK, Veerabhadrapa KV, Sahithi B, Ishrar SMG. Assessment of knowledge, attitude, and practice toward responsible self-medication among students of pharmacy colleges located in Anantapur district, Andhra Pradesh, India. *J Educ Health Promot.* 2018 Aug;7(2):96.
14. Domingues PHF, Galvão TF, Andrade KRC, Tales de Sá PT, Silva MT, Pereira MG. Prevalence of self-medication in the adult population of Brazil: a systematic review. *Rev Saude Publica*, 2015 Oct; 49(36):1-8.
15. World Health Organization & International Pharmaceutical Federation. The role of the pharmacist in the fight against the HIV-AIDS pandemic. A joint declaration between the WHO and IPF. Geneva: World Health Organization; 1997.
16. Naves JOS, Castro LLC, Melo GF, Giavoni A, Merchán-Hamann E. Assistance for customers with sexually transmitted diseases at pharmacies in the Federal District, Brazil: an intervention study. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*, 2008 Mar; 24(3):557-586.
17. Pereira FSVT, Bucarechi F, Stephan C, Cordeiro R. Self-medication in children and adolescents. *J. Pediatri.* 2007 Sept/Oct; 83(5):453-458.
18. Naves JOS, Castro LL, Carvalho CM, Merchán-Hamann E. Self-medication: a qualitative approach of its motivations. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010 June; 15(1):1751-1762.

19. Cazacu I, Mogosan C, Loghin F. Safety issues of current analgesics: an update. Clujul Med. 2005 Apr; 88(2):128-136.
20. Loza E. Revisión sistemática: ¿es eficaz y seguro el uso de AINE para los ancianos? *Reumatol Clin.* 2008 Sept/Oct; 4(5): 172-182.
21. Lei X, Jiang H, Liu C, Ferrier A, Mugavin J. Self-Medication Practice and Associated Factors among Residents in Wuhan, China. *Int J Environ. Res. Public. Health.* 2018 Jan;15(1):68.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (BR). Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira:2019/IBGE.Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE. 2019; (40):130p.

Me. Diego Silva Patrício

dspatriciomestrado@gmail.com

Docente do Curso de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA) Cachoeira – BA

Glauber Araújo Silva

glauber@quixabeira.com

Acadêmico de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA) Cachoeira – BA

Álvaro Juliano Magalhães Borges

alvarojborges@hotmail.com

Acadêmico de Fisioterapia da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA) Cachoeira – BA

Julyana Pereira de Andrade

julyanaandrade54@gmail.com

Acadêmica da Universidade de Gurupi – UNIRG, Gurupi – TO.



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

INFLUÊNCIA DO USO DO SMARTPHONE NA ANSIEDADE E NA DEPRESSÃO

*INFLUENCE OF SMARTPHONE USE ON ANXIETY AND
DEPRESSION*

RESUMO

Introdução: Inovações tecnológicas, como smartphones e internet, proporcionam consideráveis transformações psicológicas. Entre as faixas etárias que mais “consomem” conteúdo nos smartphones estão os jovens. Tal fato pode trazer consequentes impactos significativos na postura destes jovens, seja na qualidade do sono ou no transtorno de ansiedade/depressão. **Objetivo:** Demonstrar a relação do uso excessivo do smartphone com a ansiedade e a depressão em alunos da Faculdade Adventista da Bahia. **Método:** Participaram do estudo 100 alunos dos cursos de saúde (nutrição, enfermagem, psicologia, fisioterapia e odontologia). Os dados iniciais foram obtidos e classificados através do questionário Smartphone Addiction Scale (SAS), em dependentes e não dependentes e, a variável depressão e distúrbios de ansiedade foram avaliadas pelo Inventário de Depressão de Beck e o Inventário de Ansiedade de Beck. **Resultados:** No que concerne à dependência ou não do uso de smartphone, evidenciou-se que, dentre o total de respondentes, 84% dos entrevistados eram dependentes e apenas 16% eram não dependentes do uso de smartphone. **Conclusão:** A dependência do uso do smartphone em estudantes do ensino superior ainda é leve, porém, as escalas demonstram que existem sinais de ansiedade e depressão em boa parte da população. Assim, pode-se afirmar que, mesmo tendo dependência leve de aparelhos eletrônicos, os sinais de depressão e

PALAVRAS-CHAVE:

Smartphone. Depressão. Ansiedade.

ansiedade são presentes. Observa-se que mesmo tendo um uso moderado, o smartphone traz prejuízos emocionais aos estudantes acadêmicos.

Palavras-chave: Smartphone. Depressão. Ansiedade.

ABSTRACT

Introduction: Technological innovations, such as smartphones and the internet, provide considerable psychological changes. Among the age groups that most “consume” content on smartphones are young people. This fact can have consequent significant impacts on the posture of these young people, whether on the quality of sleep or anxiety / depression disorder. **Objective:** To demonstrate the relationship of smartphone overuse with anxiety and depression in students at the Adventist College of Bahia. **Method:** 100 students from health courses (nutrition, nursing, psychology, physiotherapy and dentistry) participated in the study. The initial data were obtained and classified, through Smartphone Addiction Scale (SAS), in dependents and non-dependents and the variable depression and anxiety disorders were assessed by the Beck Depression Inventory (BDI) and the Anxiety Inventory of Beck (BAI). **Results:** Regarding the dependence or not on the use of smartphones, it was evident that, among the total respondents, 84% participants were dependent and only 16% were not dependent on the use of smartphones. **Conclusion:** The dependence on the use of smartphones in the higher education students is still mild, however, the scales demonstrate that there are signs of anxiety and depression in a large part of the population. Thus, it can be stated that, although having a mild dependence on electronic devices, the signs of depression and anxiety are present. It is observed that even with a moderate use, the smartphone brings emotional damage to academic students.

Keywords: Smartphone. Depression. Anxiety.

INTRODUÇÃO

Na última década, o acesso a tecnologias móveis de comunicação e informação deram novos contornos à cibercultura; igualmente, propiciaram a interação e a comunicação a qualquer momento e em qualquer lugar. As tecnologias móveis vêm despertando a atenção de antropólogos, sociólogos, artistas, comunicólogos e profissionais da indústria do entretenimento. Por sua vez, o tempo e a intensidade de uso dessas tecnologias também interessam a profissionais da saúde, que começam a classificar e a diagnosticar fatores de risco à saúde no uso dessas tecnologias⁽¹⁾.

Entre as faixas etárias que mais utilizam conteúdo nos smartphones estão os jovens. Esse é o segmento da população que se mostra mais sujeito à análise das mudanças no tocante ao consumo midiático. Os estudos que traçam o perfil dos internautas sinalizam que são os jovens os que mais abandonam ou conciliam a televisão para ficar em companhia do computador, do celular, firmando novos relacionamentos com os meios⁽²⁾. Segundo dados do IBGE (2016), os smartphones ultrapassaram os computadores e se tornaram os aparelhos preferidos do brasileiro para se conectar desde 2014, conforme mostra a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)⁽³⁻⁴⁾.

Embora os smartphones tenham resultados positivos por suas capacidades e características essenciais para a vida contemporânea, seu uso excessivo pode causar uma série de problemas. Nos caminhos e pesquisas da cibercultura, as consequências do uso das tecnologias para a vida cotidiana e saúde são foco de interesses que se voltaram para observações de redes sociais on-line, nas observações de grupos on-line de divulgação de suicídio, anorexia e/ou bulimia e dos distúrbios do sono causados pela interação com as telas^(5,6).

O interesse pelo tema surge ao observar estas mudanças no comportamento dos jovens. Hoje, eles não sabem conviver em sociedade sem a utilização de seus dispositivos móveis, causando fenômenos viciantes comparados com outras formas de vício já diagnosticadas. Esta mudança de comportamento pode trazer consequências ou impactos significativos na postura destes jovens, seja na qualidade do sono, transtorno de ansiedade/depressão^(2,3,7). Dessa maneira, o objetivo desta pesquisa é demonstrar a relação entre a dependência do smartphone com a ansiedade e depressão em alunos de uma escola particular no recôncavo baiano e de uma faculdade na mesma localidade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado nas instalações da Faculdade Adventista da Bahia. Participaram 100 acadêmicos, os quais fazem parte de cursos nas áreas da saúde: nutrição, enfermagem, psicologia, fisioterapia e odontologia.

Inicialmente, foi explicado o objetivo da pesquisa e, caso os respondentes aceitassem os termos, deveriam assinar o TCLE. Todos os procedimentos éticos, junto ao comitê, foram respeitados.

Após esta etapa, foi aplicado o questionário sociodemográfico criado pelos autores e o questionário Smartphone Addiction Scale (SAS). A SAS é uma escala de autoclassificação de 33 itens e seis pontos do tipo Likert desenvolvida por Kwon e colaboradores (2013)⁽⁸⁾, com base na escala de dependência de Internet e os recursos dos smartphones. O alfa de Cronbach do SAS é 0,967. As opções nesta escala variam de 1 (definitivamente não) a 6 (absolutamente sim). Escores mais altos indicam um risco maior de dependência de smartphones. A pontuação total na escala pode variar entre 33 e 198.

Obtendo os dados iniciais, estes foram classificados, através da SAS, em dependentes e não dependentes⁽⁸⁾. A variável depressão e distúrbios de ansiedade foram avaliadas pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Os resultados serão apresentados no tópico a seguir.

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) consiste em um questionário de autorrelato com 21 itens de múltipla escolha. É um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade de episódios depressivos. O questionário é desenhado para pacientes acima de 13 (treze) anos de idade e é composto de diversos itens relacionados aos sintomas depressivos como desesperança, irritabilidade e cognições como culpa ou sentimentos de estar sendo punido(o), assim como sintomas físicos como fadiga, perda de peso e diminuição da libido.

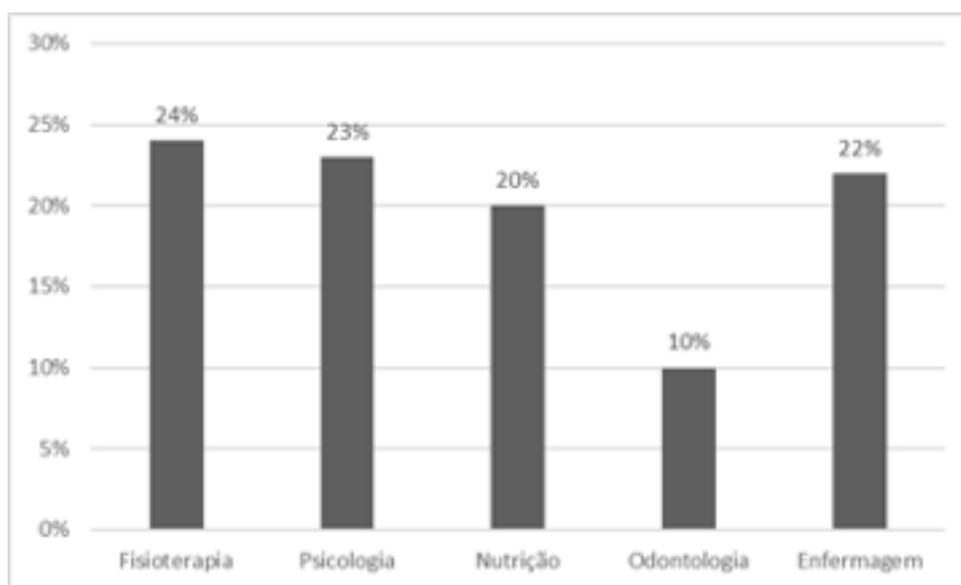
A BAI consiste em 21 questões sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, expressas em sintomas comuns de ansiedade (a exemplo de sudorese e sentimentos de angústia).

Cada questão apresenta quatro possíveis respostas e a que se assemelha mais com o estado mental do indivíduo deve ser sinalizada. Os resultados foram tabulados por meio de estatística descritiva, expressa em percentuais e frequência, sendo o armazenamento e a análise dos mesmos realizados em planilha eletrônica Microsoft Excel® for Windows e base de dados Spss 12 versão e, serão apresentados no tópico a seguir.

RESULTADOS

A amostra desta pesquisa foi composta por 100 acadêmicos ingressantes na Faculdade Adventista da Bahia, que compõem os cursos da área da saúde (fisioterapia, psicologia, nutrição, odontologia e enfermagem). Dentre os respondentes, 73% entrevistados eram do sexo feminino e 27% do sexo masculino, com média de 21 anos de idade. Destes, 24% são do curso de Fisioterapia, 23% do curso de Psicologia, 20% são do curso de Nutrição, 10% são Odontologia e 22% de Enfermagem, conforme Gráfico 1.

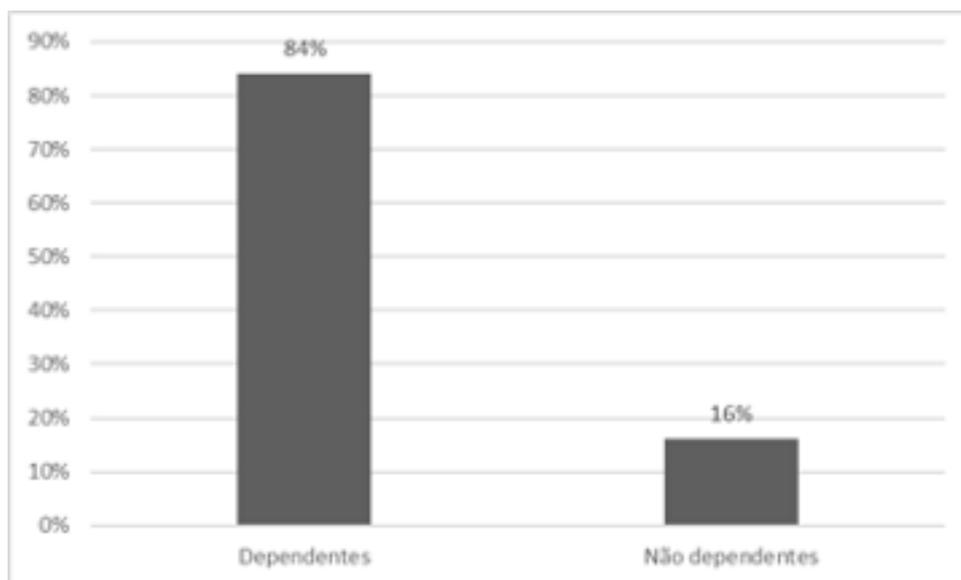
Gráfico 1 – Porcentagens de Alunos por Curso da Faculdade Adventista da Bahia



Fonte: Dados da pesquisa

No que concerne à dependência ou não do uso de smartphone, evidenciou-se que, dentre o total de respondentes, 84% dos participantes eram dependentes e apenas 16% eram não dependentes do uso de smartphone. Demonstrado no gráfico 2.

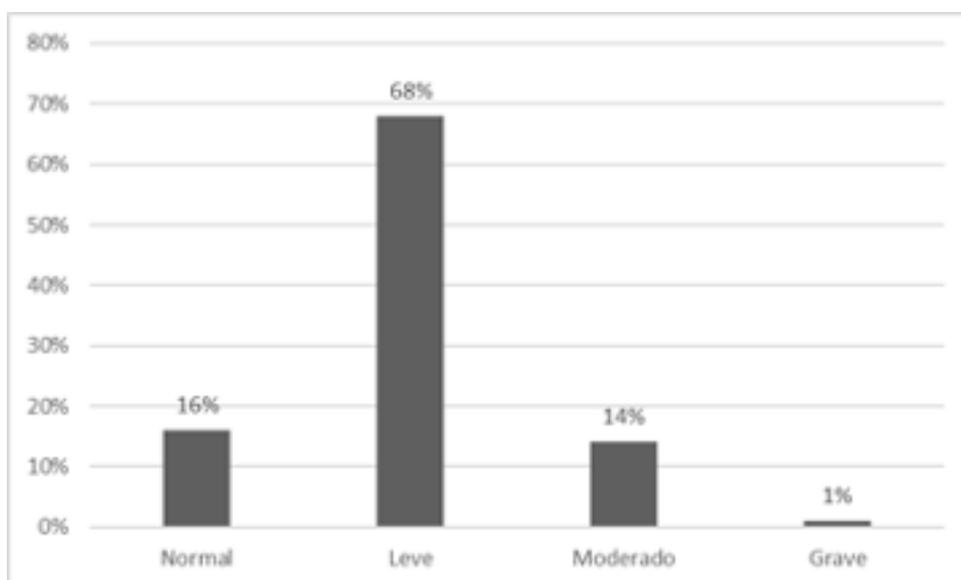
Gráfico 2 – Porcentagens de dependentes e não dependentes por Curso



Fonte: Dados da pesquisa

Em se tratando dos níveis de dependência, verificou-se as seguintes divisões: normal 16%, leve 68%, moderado 14% e grave 1%, demonstrados nos gráficos 3.

Gráfico 3 – Classificação por níveis de dependência.



Fonte: Dados da pesquisa

No gráfico 4, são observados os resultados das variáveis abordadas pelo Inventário de Ansiedade de Beck, a partir do qual 57,9% dos respondentes relataram que não sentem sensação de desmaio, 25,4% possuem sensação leve, 14,9% sensação moderada e 1,8% sensação grave. No que concerne à variável assustados, as informações obtidas ficaram divididas da seguinte maneira: 57,9% dos participantes relataram que não se sentem assustados, 25,4% levemente, 14,9% moderadamente, 1,8% grave. Na variável medo de morrer, 63,2% dos participantes relataram que não temem, 22,8% temem levemente, 13,2% moderadamente e 0,9% de forma grave.

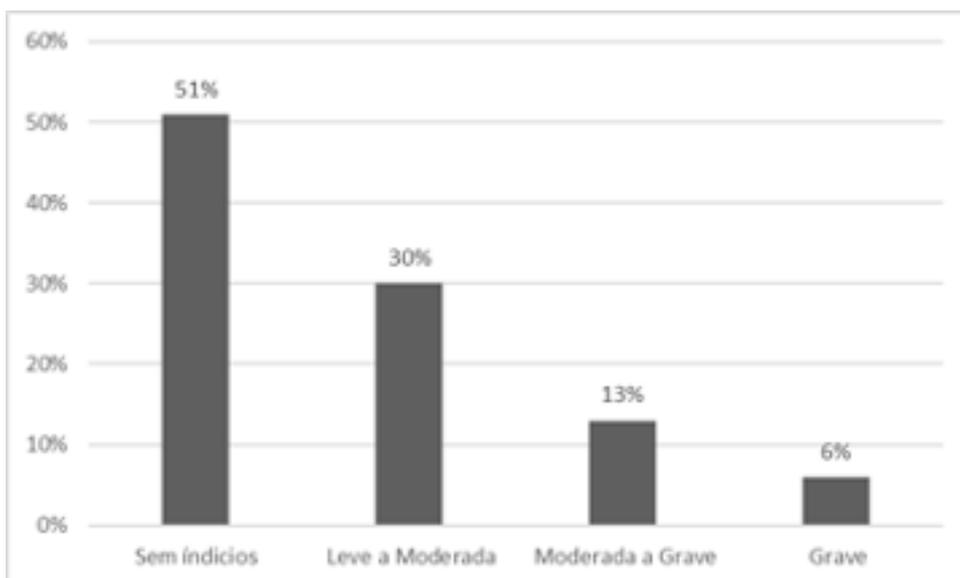
Gráfico 4 – Resultado das variáveis sensação de desmaio, assustado e medo de morrer



Fonte: Dados da pesquisa

O gráfico 5 reflete o resultado obtido através do score gerado pelas escolhas das afirmativas que compõem o Inventário de Depressão de Beck e a classificação que se desenhou da seguinte maneira: sem depressão, 51 participantes; depressão leve a moderada, 30; moderada a grave, 13 (treze) e grave, 6 (seis) participantes. No que diz respeito à análise por curso, houve uma maior frequência de participante com a variável sem depressão na amostra de psicologia, enquanto a maior frequência da variável depressão grave foi encontrada no curso de fisioterapia.

Gráfico 5 – Categorização do nível do estado emocional dos participantes.



Fonte: Dados da pesquisa

DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado para descrever a relação entre o uso excessivo do smartphone, ansiedade e depressão nos cursos de saúde de uma faculdade no recôncavo baiano. Os instrumentos e inventários escolhidos para essa pesquisa são comumente utilizados para quantificação e análise dessas doenças e condição em determinados públicos.

Quando se refere ao inventário utilizado nesta pesquisa, existem diferentes pontos de cortes para classificar os níveis de depressão. A proposta de corte utilizada neste estudo foi a recomendada pelo Inventário de Depressão de Beck⁽⁹⁾. Neste norteador são recomendadas as seguintes divisões: o score menor que 10 (dez) representa a classificação sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 depressão, de leve a moderada; de 19 a 29 depressão, de moderada a grave; de 30 a 63, depressão grave.

Ao fazer a análise dos dados coletados, encontrou-se como resultados 51% dos participantes apresentando não conter nenhum grau de depressão, enquanto 49% destes expressaram pouco grau depressivo sendo estratificado em leve, moderado e grave respectivamente 30%, 13% e 6%.

Foram avaliadas também as variáveis de sintomas de ansiedade do questionário de Beck, o qual apresentou que a maioria dos participantes não obtinham os sintomas comuns de ansiedade. Nos dados ilustrados no gráfico 2, observa-se que 57,9% dos componentes da amostra contaram que não sentem sensação de desmaio, 57,9% alegaram que não se sentem assustados e, na variável medo de morrer, 63,2% relataram que não temem. Entretanto, quando são comparados os cursos da área da saúde com o inventário de depressão de Beck, o curso de psicologia se destacou com o maior número por não apresentar qualquer tipo de depressão, com 14% dos participantes, seguido por fisioterapia com 13%, curso o qual, em contraposição, aparece com o maior número de respondentes com depressão grave 4% e, maior número de respondentes com depressão moderada a grave.

Em um estudo no qual é comparado o nível de stress entre universitários de diferentes cursos, fisioterapia se apresentou como um dos cursos de maior incidência, junto a odontologia e enfermagem⁽¹⁰⁾. Outro estudo com estudantes universitários da área de saúde em um grande centro urbano do nordeste, desenvolvido em 2018, evidenciou a prevalência do curso de fisioterapia como aquele de maior número de estudantes com depressão, sendo esse 35,7% dos universitários entrevistados, seguido por enfermagem 15% e, quando citado ansiedade na pesquisa, o curso de fisioterapia também liderou com 52,4%, seguido de medicina, com 25,9%.

Um fator a ser discutido sobre este tópico é o período letivo no qual esses estudantes se encontram. Não existe um consenso sobre os resultados dessa variável, entretanto, algumas pesquisas relatam que os estudantes em períodos iniciais são os que adoecem com maior frequência, enquanto outros apontam para o período final⁽⁹⁻¹²⁾. Os estudantes ingressantes nos cursos de saúde contam com diversas barreiras possíveis para justificar fortemente os dados apresentados, o relacionamento insatisfatório com familiares, amigos, colegas de sala e professores no início da transição do ensino médio para um curso superior ajuda no isolamento desses estudantes^(1,10).

Em outras abordagens, foram evidenciados alunos de vários cursos de saúde como medicina, odontologia, fisioterapia dentre outros, cujos relatos informaram que problemas pessoais ou familiares contribuíam para aumentar o sofrimento mental^(2,4,13). Outra pesquisa que entrevistou estudantes do Rio de Janeiro descreve que problemas pessoais e de relacionamento com familiares são motivos para baixo rendimento acadêmico e aumento da ansiedade e depressão^(9,14).

Quando é excluído o fator curso e compara-se apenas a variável depressão com a dependência do smartphone, observa-se que os entrevistados que se encaixam dentro do aspecto dependente apresentam todo espectro dos níveis de depressão consistentes na pesquisa. No entanto, no aspecto não dependentes não se encontra o maior nível de depressão do inventário usado e, os graus de depressão leve a moderado estão em maior baixa que em dependentes. Esses números são entendidos melhor quando são observados os resultados sobre a dependência do uso do smartphone em toda amostra coletada obtido com a escala SAS⁽⁸⁾. Nota-se um aumento extremo no número de alunos entrevistados que apresentam condição de dependência, sendo esses 84%, quando se estratificam essa porcentagem em graus – leve, moderado e grave. Observa-se que 68% apresentam nível leve de dependência, e 15 % moderado e grave,

Um estudo recente feito pelo International Journal of the Computer⁽¹⁵⁾, The Internet and Management na Tailândia mostra que 79% da população entre 18 e 44 anos tem seus celulares com eles quase o todo tempo, com apenas 2 (duas) horas de seu dia de passeio sem o celular. A faixa de idade no qual encontra-se o público dessa pesquisa corrobora os dados encontrados da dependência do telefone celular no presente estudo.

CONCLUSÃO

Os dados observados nessa pesquisa evidenciam que há dependência do uso do smartphone em estudantes do ensino superior, ainda que maioria esteja classificado como dependente leve. Assim, é possível inferir que os sinais de depressão e ansiedade são presentes, concluindo que, mesmo tendo um uso moderado, o smartphone traz prejuízos emocionais aos acadêmicos.

Em paralelo a isso, devem ser considerados outros fatores concomitantemente ao uso de smartphone, que influenciam na progressão das doenças emocionais, como a rotina de estudos específicos dessa fase e o aumento das relações virtuais, redes sociais e ações realizadas em meios eletrônicos que favorecem o surgimento de complicações emocionais.

Desse modo, conclui-se que, na chamada sociedade virtual e, diante dos avanços eletrônicos que dificultam interações entre os estudantes, a depressão e a ansiedade seguem aumentando, trazendo uma relação entre o uso de smartphone e problemas emocionais. Além disso, esse estudo chama atenção dos profissionais da saúde que a interação nesses casos é de extrema importância.

REFERÊNCIAS

1. Demirci K, Akgönül M, Akpınar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *J Behav Addict.* 2015;4(2):85–92.
2. Ortega FC. Dependência de smartphone: investigando a realidade do Sistema “S” em Santana do Livramento. Universidade Federal do Pampa. [Internet]. 2016;(June). Citado em 30 de setembro de 2020. Disponível em: <http://dspace>.

3. Leite WSS. Sociedade moderna e tecnologias na educação: reflexões e perspectivas sobre a realidade no Brasil. *Rev Lib*. 2014;15(24):111–24.
4. Coutinho GL. A Era dos Smartphones: Um estudo Exploratório sobre o uso dos Smartphones no Brasil. *Dep Audiovisuais e Publicidade da Univ Brasília, Fac Comun [Internet]*. 2015;1:67. Citado em 20 de agosto de 2020. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/9405/1/2014_GustavoLeuzingerCoutinho.pdf
5. Bueno GR, Lucena TFR. Geração Cabeça-Baixa: saúde e comportamento dos jovens no uso das tecnologias móveis. *An eletrônicos do IX Simpósio Nac da ABCiber – Assoc Bras Pesqui em Ciberultura – PUC-SP [Internet]*. 2017;(January 2016):1–14. Citado em 01 de setembro de 2020. Disponível em: http://abciber2016.com/wp-content/uploads/2016/trabalhos/geracao_cabeca-baixa_saude_e_comportamento_dos_jovens_no_uso_das_tecnologias_moveis_glaukus_regiani_bueno.pdf
6. Abdelhameed AA, Abdel-aziem AA. Exercise training and postural correction improve upper extremity symptoms among touchscreen smartphone users. *Hong Kong Physiother J [Internet]*. 2016;35:37–44. Citado em 30 de setembro de 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hkpj.2016.06.001>
7. Fenerick GMP. A utilização de smartphones no acesso à informação científica por jovens estudantes: um estudo de caso. *Rev Lib [Internet]*. 2017; Citado em 10 de setembro de 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/8862>
8. Kwon M, Kim DJ, Cho H, Yang S. The smartphone addiction scale: Development and validation of a short version for adolescents. *PLoS One*. 2013;8(12).
9. Gomes IP. Ansiedade entre Estudantes Universitários da Área da Saúde de um Grande Centro Urbano do Nordeste do Brasil Prevalence and Factors Associated with Center in the Northeast of Brazil. *Rev Bras Cardiol*. 2018;42(4):55–65.
10. Ariño DO, Bardagi MP. Relação entre Fatores Acadêmicos e a Saúde Mental de Estudantes Universitários. *Rev Psicol em Pesqui*. 2018;12(3):44–52.
11. Vasconcelos T de C, Bruno I, Tavares Dias R, Rocha Andrade L, Figueirôa G, Leopoldo MI, et al. Prevalence of Anxiety and Depression Symptoms among Medicine Students. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2015;39(1):135–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e00042014>
12. Chen B, Liu F, Ding S, Ying X, Wang L, Wen Y. Gender differences in factors associated with smartphone addiction: A cross-sectional study among medical college students. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):1–9.
13. Kobs FF. Os possíveis efeitos do uso dos dispositivos móveis por adolescentes: análise de atores de uma escola pública e uma privada. *Universidade Tecnológica Federal do Paraná [Internet]*. 2017;1. Citado em 30 de setembro de 2020. Disponível em: http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/2768/1/CT_PPGTE_D_Kobs%2CFabioFernando_2017.pdf
14. Hussain Z, Griffiths MD, Sheffield D. An investigation into problematic smartphone

use: The role of narcissism, anxiety, and personality factors. *J Behav Addict.* 2017;6(3):378–86.

Thais dos Santos Santana

thaixs9@gmail.com

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, Jequié-BA.

Dalaine Nogueira Silva

silvadalaine@gmail.com

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, Jequié-BA.

Bruna Santos Lima

brunalimas12345@gmail.com

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, Jequié-BA.

Andressa Jesus Novaes

dedessadeu@gmail.com

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, Jequié-BA.

Mariana Queiroz Souza

mariqsouza9@gmail.com

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, Jequié-BA.

Ana Cláudia Conceição da Silva

anasau decoletiva@yahoo.com.br

Fisioterapeuta. Doutora em Medicina e Saúde Humana (EBMSP). Professora Adjunta, Departamento de Saúde I, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DA GRADUAÇÃO À ATUAÇÃO PROFISSIONAL

*INFLUENCE OF SMARTPHONE USE ON ANXIETY AND
DEPRESSION*

RESUMO

Introdução: A atuação do profissional fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família (ESF) permite atuação no âmbito da promoção, prevenção e manutenção da saúde dos indivíduos e da coletividade. Reconhece-se, nesse sentido, que o tema é relevante e que há estudos que identificam o fisioterapeuta como um agente multiplicador de saúde, capacitado perante todas as suas atribuições. **Objetivo:** O presente estudo possui o objetivo de avaliar a inserção do fisioterapeuta na ESF desde a graduação até a atuação profissional. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada mediante pesquisa efetuada nos meses de agosto e setembro de 2019, nas bases de dados BVS e SciELO, com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Estratégia de Saúde da Família; Fisioterapia; Atenção Primária à saúde. Os critérios de inclusão foram: artigos completos, publicados nos idiomas português, espanhol e inglês, nos últimos dez anos. **Resultados:** Foram identificados 14 artigos, no período 2011 a 2018, que abordam a temática. **Discussão:** Os achados culminam para a importância da atuação do fisioterapeuta na ESF e as barreiras enfrentadas, inclusive a não priorização da gestão, e o reduzido número de estudos que explore o tema. **Considerações finais:** A inserção do fisioterapeuta na ESF ainda é um desafio. Acredita-se que a obrigatoriedade do profissional na Atenção Primária à Saúde está em

PALAVRAS-CHAVE:

Automedicação. Estudantes de ciências da saúde. Efeitos adversos. Toxicidade. Medicamentos sem prescrição.

fortalecimento, assim como a mudança de práticas dos gestores, para além da reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: The physical therapist performance in the Family Health Strategy (FHS) allows action in the context of the promotion, prevention and maintenance of the health of individuals and collectivity. In this sense, it is recognized that the topic is of great relevance and there are studies that identify the physio therapist as a health multiplying agent, trained in all its attributions. **Objective:** The present study aims to evaluate the insertion of the physical therapist in the FHS from undergraduate to professional performance. **Methods:** This is an integrative literature review, conducted through research conducted in the months of August and September 2019, in BVS and SciELO databases, with the Descriptors in Health Sciences (DeCS): Family Health Strategy; Physical Therapy Specialty; Primary Health Care. Inclusion criteria were: complete articles, published in Portuguese, Spanish and English, in the last ten years. **Results:** 14 articles were identified, from 2011 to 2018, that address the theme. **Discussion:** The findings culminate in the importance of the physical therapist's performance in the FHS and the barriers faced, including the non-prioritization of management and the small number of studies that explore the theme. **Final considerations:** The insertion of the physical therapist in the FHS is still a challenge. It is believed that the obligation of this professional in Primary Health Care is in strengthening, as well as changing managers' practices, beyond rehabilitation.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Physical Therapy Specialty.

INTRODUÇÃO

A atuação fisioterapêutica estava voltada exclusivamente para a reabilitação, na qual as instituições de ensino superior/universidades, a comunidade e os profissionais de saúde reafirmavam este caráter, excluindo assim, a Fisioterapia da atuação na Atenção Primária à Saúde (APS). Assim como o conceito de saúde passou a ser visto para além da ausência de doenças, mas também como um estado de bem-estar biopsicossocial, o conceito da atuação fisioterapêutica vem se modificando com o intuito de promover, prevenir e manter a saúde dos indivíduos e não apenas restaurá-la⁽¹⁾.

Nesse sentido, são observados alguns desafios na atuação da Fisioterapia na Estratégia de Saúde da Família (ESF), como a participação no planejamento junto à equipe, visto que a carga horária é reduzida em comparação a outros profissionais, limitando a participação nas reuniões de planejamento, discussões de casos, consultas e cuidados compartilhados⁽²⁾.

No intuito de potencializar a inserção e valorização da Fisioterapia na atenção básica, os cursos de graduação incluíram na grade curricular disciplinas e estágios voltados à promoção da saúde. Entretanto, o incentivo à atuação em saúde preventiva na formação dos universitários ainda se encontra em defasagem na maior parte dos cursos, em decorrência da visão centrada na atuação hospitalar durante a formação⁽³⁾.

Existem estudos que identificam o fisioterapeuta como um agente multiplicador de saúde,

capacitado perante todas as suas atribuições, desde a atuação acadêmica a atuações intersetoriais. Sua participação na atenção primária possibilita que suas especificidades proporcionem estratégias de intervenções que beneficiem a população em sua totalidade, como a participação na criação de programas de qualidade de vida e educação em saúde, e ainda, com avaliações das funções musculoesqueléticas e ergonômicas⁽⁴⁾.

A presença do fisioterapeuta na ESF tem papel fundamental. Isso porque tanto pode ser inserido na equipe multiprofissional como também participa do atendimento individual, comunitário e domiciliar, potencializando o tratamento de pessoas com dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Portanto, a presença desse profissional contribui para qualificar a equipe e para a resolutividade das demandas de saúde⁽⁵⁾.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo avaliar a inserção do fisioterapeuta na ESF desde a graduação até a atuação profissional, a fim de resgatar na literatura a importância desse profissional como membro da equipe de saúde.

MÉTODOS

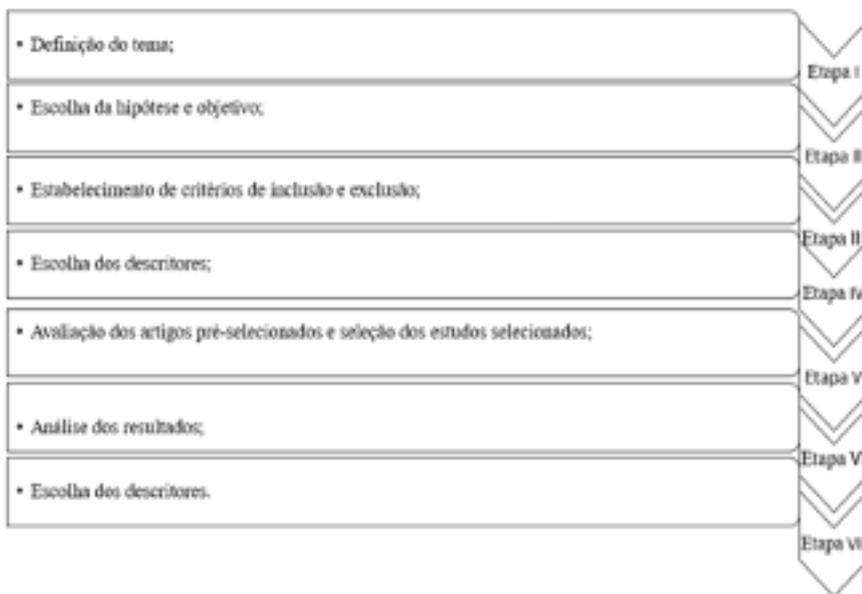
Trata-se de um estudo de revisão de literatura integrativa, desenvolvido a partir das seguintes etapas metodológicas: definição do tema, escolha da hipótese e objetivo; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; escolha dos descritores; avaliação dos artigos pré-selecionados e seleção dos estudos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados (Figura 1).

Para orientar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: “Como se deu inserção do fisioterapeuta na ESF desde a graduação até a atuação profissional?”. Os artigos foram selecionados nos meses de agosto e setembro de 2019, através das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): estratégia de saúde da família, fisioterapia, atenção primária à saúde. Os descritores em inglês e espanhol foram, respectivamente: “family health strategy”, “estrategia de salud familiar”; “physical therapy modalities”, “modalidades de Fisioterapia” e “primary health care”, “atención primaria de salud”. Sobretudo, preferiu-se acrescer o domínio da pesquisa, para minimizar possíveis vieses no processo de elaboração da revisão integrativa.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados nos últimos dez (10) anos e que tratassem acerca da inserção do fisioterapeuta na ESF desde a graduação até a atuação profissional na Estratégia de Saúde da Família. Não obstante, foram critérios de exclusão: artigos incompletos, não disponíveis na íntegra e publicados há mais de 10 anos.

A seleção dos artigos foi feita por dois revisores de modo simultâneo e independente. A pesquisa foi realizada seguindo quatro etapas: análise das duplicatas; leitura dos títulos e resumos; leitura dos artigos na íntegra e extração das principais informações. Posteriormente foi realizada a revisão dos artigos, através dos seguintes achados: periódico e ano de publicação, autores, principais resultados e conclusão dos artigos acerca da temática.

Figura 01 – Processo de seleção do material



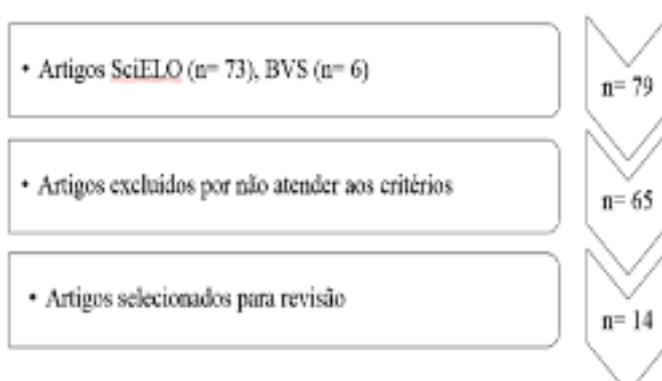
Fonte: Elaboração própria.

RESULTADOS

Na presente revisão integrativa, foram encontrados 25 artigos utilizando os descritores “fisioterapia AND estratégia em saúde da família” e 48 artigos utilizando os descritores “fisioterapia AND atenção primária” na base de dados SciELO; bem como 2 (dois) artigos utilizando os descritores “fisioterapia AND estratégia em saúde da família” e 4 (quatro) artigos utilizando os descritores “fisioterapia AND atenção primária” na base de dados BVS (Figura 2).

Destes, evidenciaram-se 14 artigos (Quadro 1) que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e contemplaram o tema discutido. A seguir, foram apresentados em quadro sinóptico a fim de caracterizá-los, interpretá-los e discuti-los. Quanto aos anos das publicações, foram encontrados dois artigos de 2011, dois de 2012, dois de 2013, dois artigos de 2014, dois de 2015, dois de 2016, um de 2017 e um de 2018. O número de autores variou de um a seis por artigo, havendo repetição de seis autores nas publicações.

Figura 02 – Quantitativo de artigos selecionados



Fonte: Elaboração própria.

Quadro 1 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

| Nome do artigo | Autores | Resultados | Conclusão | Base de dados |
|--|-----------------------------------|--|---|---------------|
| A atenção primária à saúde nos cursos de graduação em Fisioterapia no município no Rio de Janeiro ⁽³⁾ | Rangel Neto NC, Aguiar AC | Algumas IESs incluídas no estudo ampliaram a CH do curso de Fisioterapia em disciplinas voltadas para APS e acrescentaram estágio curricular supervisionado na área | Políticas de inclusão do fisioterapeuta e graduandos nos NASFs foram elaboradas e implementadas, mas as atribuições ainda não foram totalmente estabelecidas. | SciELO |
| Atuação do fisioterapeuta no NASF: percepção dos coordenadores e da equipe ⁽²⁾ | Braghini CC, Ferretti F, Ferraz L | O papel do fisioterapeuta no NASF se baseia em educação em saúde e prevenção de doenças, organização e gerenciamento, e desenvolvimento de práticas complementares e integradoras, entretanto, encontram dificuldades nessa atuação. | Na visão da equipe de saúde, a dificuldade de participação dos fisioterapeutas dentro do NASF se dá por conta dos diferentes horários de trabalho e ao acúmulo de unidades de saúde para apoio. | SciELO |

| | | | | |
|---|--|--|--|---------------|
| <p>As ferramentas dos NASF nas práticas em saúde de fisioterapeutas⁽⁴⁾</p> | <p>Fernandes JM, Rios TA, Sanches VS, Santos MLM</p> | <p>Foi encontrada associação significativa entre fisioterapeutas e o uso de ferramentas do NASF, sendo mais recorrente a Clínica Amplificada</p> | <p>A forma como foi implantado o NASF no local do estudo em questão encontra limites para a atuação do fisioterapeuta para atingir as metas propostas pelo Ministério de Saúde.</p> | <p>SciELO</p> |
| <p>Inserção do fisioterapeuta na equipe de Estratégia de Saúde da Família: olhar do usuário⁽⁵⁾</p> | <p>Ferretti F, Nierotka RP, Braghini CC, Teo CRPA, Ferraz L, Fanticelli ML</p> | <p>Os usuários percebem os fisioterapeutas como atuantes na reabilitação e descrevem a inserção na ESF como importante para ampliar a integralidade do cuidado ao usuário.</p> | <p>Evidenciou-se a necessidade de repensar a formação dos profissionais da Fisioterapia aproximando teoria e prática da ESF e princípios do SUS.</p> | <p>SciELO</p> |
| <p>Implementação de ações fisioterapêuticas na prevenção de complicações do diabetes na Estratégia de Saúde da Família^{a(6)}</p> | <p>Freire APCF, Palma MR, Lacombe JCA</p> | <p>A implementação do fisioterapeuta na ESF foi importante para destacar a presença de fatores de risco para complicações diabéticas.</p> | <p>Foi possível identificar os indivíduos propensos ao desenvolvimento de úlceras plantares através do programa de avaliação e prevenção das complicações diabéticas desenvolvida por fisioterapeutas.</p> | <p>SciELO</p> |

| | | | | |
|---|--|---|---|--------|
| Percepção dos profissionais do Programa de Saúde da Família sobre a necessidade de inserção do fisioterapeuta na equipe ⁽⁷⁾ | Ferretti F, Lima L, Zuffo A | A equipe afirma a necessidade dessa inserção na APS, entretanto, a percepção é de que esta atuação se dá nas atenções secundárias e terciárias. | Ressalta-se a necessidade de reestruturação do projeto pedagógico para aproximar ensino-serviço objetivando a atenção integral à saúde. | SciELO |
| Situações com potencialidade para atuação da Fisioterapia na atenção básica no Sul do Brasil ⁽⁸⁾ | Ribeiro CD, Flores-Soares MC | Dentre os entrevistados, destacou-se a ocorrência de patologias traumato-ortopédicas que necessitam de intervenção fisioterapêutica. | Os resultados respaldam a necessidade da inserção da Fisioterapia na equipe da Estratégia de Saúde da Família. | SciELO |
| Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ⁽¹⁾ | Rodriguez MR | Ressalta-se a restrição de ações que podem ser realizadas pelos fisioterapeutas na atenção básica devido à visão reabilitadora que prevalece sobre a profissão. | Percebeu-se a necessidade de mudanças de forma interdisciplinar na atenção básica para a efetiva inserção do fisioterapeuta neste âmbito. | BVS |
| Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a Fisioterapia ⁽⁹⁾ | Souza MC, Araújo TM, Reis Júnior WM, Souza JN, Vilela ABA, Franco TB | A equipe de saúde destacou em suas falas a necessidade da inserção do fisioterapeuta na unidades básicas devido à quantidade de usuários que necessitam de tal atendimento. | A inserção do fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família possibilita a ampliação das práticas em saúde. | BVS |

| | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|--------|
| Atuação do fisioterapeuta no contexto dos núcleos de apoio à saúde da família ⁽¹⁰⁾ | Braghini CC, Ferretti F, Ferraz L | As ações consistem em atendimentos em grupos, visitas domiciliares, auriculoterapia, oxigenoterapia e atividades de educação em saúde e prevenção de enfermidades. | A atuação do fisioterapeuta atende em partes às diretrizes do NASF, entretanto, alguns princípios precisam ser fortalecidos. | SciELO |
| Percepção de estudantes do curso de Fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde ⁽¹¹⁾ | Seriano KN, Muniz VRC, Carvalho MEIM | Os estudantes entrevistados relataram que os fatores para a inaptidão para atuação na área são a falta de experiência e conhecimento para atuação no SUS. | Foi constatado que os alunos acertaram um grande número de questões teórica, entretanto, as práticas na assistência básica mostraram-se prejudicadas na instituição. | SciELO |
| Contribuições da visita domiciliar na formação em Fisioterapia ⁽¹²⁾ | Medeiros PA, Pivetta HMF, Mayer MS | Percebeu-se a importância das visitas domiciliares dos acadêmicos visando a desconstrução de expectativas e pré-julgamentos sobre os pacientes da atenção básica. | As visitas domiciliares são proveitosas no sentido de vivenciar a realidade das famílias e ampliar os conceitos de saúde. | SciELO |

| | | | | |
|--|---|--|---|--------|
| Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família ⁽¹³⁾ | Neves LMT, Acioli, GG | A revisão foi capaz de identificar na literatura as contribuições da Fisioterapia na identificação das fragilidades do ESF, colaborando para que os profissionais ampliassem sua visão sobre os pacientes. | Foi possível identificar as propostas para atuação da Fisioterapia baseadas no contexto social local, porém, não foi possível identificar senso comum entre as ações nos diferentes locais. | SciELO |
| Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios ⁽¹⁴⁾ | Souza MC, Bomfim AS, Souza, JN, Franco TB | Existe uma tendência em perceber o NASF como ambulatório, dificultando a atuação do fisioterapeuta enquanto parte de uma equipe. | Constatou-se que as soluções encontradas para superar as limitações neste âmbito não têm sido completamente eficazes. | BVS |

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Com o intuito de formar o discente do curso de fisioterapia, a graduação oferece o direito de adquirir competências e habilidades que permitam posteriormente a inserção desse profissional em todos os níveis de atenção⁽¹⁶⁾. A formação deve impulsionar o pensamento crítico e produtivo baseado nos problemas da população, além de valorizar o conhecimento produzido nas unidades de saúde, relacionando com o que é criado na universidade. Profissionais formados deste modo e que possuem conhecimento sobre o sistema de saúde brasileiro geralmente adquirem uma postura comprometida com esse sistema⁽¹²⁾.

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) instituído em 1994 e conhecido atualmente como Estratégia de Saúde da Família (ESF) se estabeleceu para reorientar a atenção básica e o modelo assistencial⁽¹⁾. Com o objetivo principal de atender o indivíduo e a família de forma conjunta, integral e contínua, proporcionando proteção, promoção e assistência à saúde, com equidade e universalidade, suas ações são voltadas para a Atenção Primária à Saúde (APS) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁷⁾.

Uma das atividades realizadas pela ESF é a visita domiciliar, a qual garante ao profissional fisioterapeuta adentrar no espaço familiar buscando identificar as reais necessidades

de seus usuários de modo multiprofissional. Isso possibilita verificar as relações interfamiliares, qualidade de vida, conhecimento do ambiente em que estão inseridos e, dessa forma, atuar de modo mais eficaz nessa fase da atenção⁽¹⁷⁾. A visita domiciliar é caracterizada como a ida do profissional até o domicílio do usuário a fim de promover atenção a saúde, aprendizagem ou investigação⁽¹³⁾.

Com a implantação da ESF, averiguou-se a necessidade do fisioterapeuta na equipe multiprofissional, proporcionando o aumento da resolutividade na equipe de saúde, com o fim de garantir a promoção da saúde e prevenção de agravos, de modo a contribuir com a qualidade de vida da população⁽¹⁰⁾.

O Ministério da Saúde também criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) posteriormente, sob a portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o intuito de apoiar nas redes de serviços, estabelecendo a entrada do Fisioterapeuta e da saúde funcional na atenção básica⁽¹⁾. As atividades dos profissionais realizadas no NASF são executadas através dos atendimentos em grupo, nos domicílios, com práticas integrativas e complementares, discussões e encaminhamento para outros serviços⁽¹¹⁾.

Mesmo assim, ainda é indispensável a ampliação da perspectiva de atuação do fisioterapeuta para um compromisso junto à comunidade conforme as atribuições básicas comuns dos membros da ESF. A obrigatoriedade do profissional de fisioterapia na atenção primária é ainda algo em construção. Visto que isso contribuiria para o alcance de um dos princípios do SUS, a integralidade. As doenças não transmissíveis e agravos são a maior causa de morbimortalidade no Brasil em termos demográficos e epidemiológicos. Por conta dessas condições, se torna indispensável um maior acesso das pessoas aos serviços fornecidos pelos demais profissionais de saúde, inclusive, pelos fisioterapeutas⁽¹⁴⁾.

Há falta de compreensão dos gestores sobre a importância da atuação do fisioterapeuta na ESF para além da reabilitação. Em contrapartida, há regiões onde a experiência com a atuação desse profissional tem sido satisfatória, contemplando o cuidado integral e resolutivo⁽¹⁶⁾.

A inclusão das habilidades do fisioterapeuta na ESF pode trazer diversos benefícios para a comunidade, desde a oferta de um atendimento mais completo, qualificado e específico, até o alcance à cidadania e proteção de seus interesses, independente da condição econômica e social de seus componentes. Esse profissional também apresenta a possibilidade de ampliar e conhecer melhor seu campo de atuação, bem como deter um entendimento melhor sobre a forma como ele poderá impactar e contribuir no âmbito social da saúde pública, afirmando seu papel como contribuinte nas ações da atenção primária de saúde. Além disso, o Estado agirá com mais efetividade diante a promoção e prevenção de agravos, o que diminuirá a sobrecarga na atenção terciária de saúde⁽¹⁶⁾.

Os profissionais que atuam na Equipe de Atenção Básica – EAB devem atuar em tal equipe com carga horária mínima de 10 (dez) horas semanais, incluindo no máximo 3 (três) profissionais por categoria e somando no mínimo 40 horas semanais por grupo, com exceção de profissionais de saúde bucal que atuarão com carga horária de 40 horas semanais cada⁽¹⁸⁾.

No contexto da Equipe de Saúde da Família (ESF) e do SUS, vivenciamos, portanto, o desafio de promover a integralidade da atenção alicerçada em práticas interdisciplinares e multiprofissionais,

que têm reclamado um esforço conjunto de setores articulados, no qual se destacam: as políticas setoriais propostas em conjunto pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), como sugeridas pela política de mudança na formação dos profissionais de saúde, e os projetos interinstitucionais⁽¹³⁾.

Alguns estudos apontam que as atribuições quanto à inclusão do fisioterapeuta nos NASF, ainda não foram bem estabelecidas⁽³⁾. Outra dificuldade encontrada nos achados se dá por conta dos diferentes horários de trabalho e ao acúmulo de unidades de saúde de apoio. Dessa forma, verificou-se na literatura as barreiras a serem ultrapassadas pelo profissional fisioterapeuta, rumo a uma atuação plena na atenção primária. Porém, identificou-se ausência de estudos que possam contribuir para solução de tais dificuldades, tanto no âmbito teórico, quanto prático.

Dentre os principais achados na literatura, destaca-se um estudo realizado por Rangel Neto e colaboradores⁽³⁾, através de entrevistas feitas a coordenadores do curso de Fisioterapia em diversas universidades do Rio de Janeiro, que possibilitaram identificar nas falas dos participantes que planejar e implementar um novo currículo mais voltado para inclusão do fisioterapeuta e graduandos é trabalhoso. Isso ocorre porque a grade curricular sofre constantes ajustes e não dispõe da carga horária necessária para a vivência plena no âmbito da atenção primária durante a graduação. Outros fatores levantados foram em relação à administração e organização financeira das instituições no processo de implementação. Dentre as barreiras, estão a falta da participação dos docentes na efetivação, além de resistência por parte dos discentes, visto que estes querem concluir o curso o mais breve possível, o que torna as modificações difíceis de serem assimiladas.

A despeito da integralidade, o estudo feito por Souza e colaboradores⁽¹⁵⁾ destaca que esse princípio necessita de redes regionais articuladas e de uma amplificação da visão acerca dos indivíduos e suas necessidades. Para isso, o trabalho de uma equipe, incluindo o profissional fisioterapeuta, é indispensável, devendo partir desde a graduação com estratégias voltadas para o diálogo, o cuidado, o acolhimento, vínculo e atividades transdisciplinares. É notório, portanto, que o especialista na área precisa buscar conhecer os fatores de riscos para agir de forma preventiva, defendendo sua atuação nas equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Foi possível verificar também que outros profissionais da saúde reconhecem a importância da atuação da fisioterapia na atenção básica de saúde, lamentando a falta das competências dessa categoria em certas unidades, o que proporcionaria o aumento da resolutividade SUS.

Braghini, Ferreti e Ferraz⁽²⁾, em estudo realizado no ano de 2016 sobre a atuação do fisioterapeuta no NASF na percepção da equipe de saúde, apontam que esse profissional tem um papel importante na educação em saúde, prevenção de patologias, organização, gerenciamento e desenvolvimento de práticas complementares e integradoras. No entanto, os autores revelam que os coordenadores e a equipe de saúde encontram dificuldades da inserção do fisioterapeuta no NASF, devido à diferença dos horários de trabalho e ao acúmulo de unidades de saúde para apoio. Um outro estudo feito por Ferretti et al.⁽⁸⁾ também mostra que as equipes de saúde confirmam a necessidade da inserção do fisioterapeuta na ESF, visto que a percepção é que esta atuação ocorre apenas na atenção secundária e terciária. Com isso, é preciso pensar em alternativas que objetivem uma reestruturação do projeto pedagógico para aproximar ensino-serviço com a finalidade de se ter um cuidado integral em saúde.

Enquanto isso, a revisão de literatura realizada por Fernandes e colaboradores⁽⁴⁾

aponta que há uma grande associação entre o fisioterapeuta e o uso de ferramentas do NASF, principalmente na perspectiva da Clínica Amplificada. No entanto, os autores confirmam que a maneira como foi implantada a unidade no local do estudo apresenta limitações que restringem a participação do fisioterapeuta em atingir as metas propostas pelo Ministério da Saúde. Sabendo disso, se faz necessário a disseminação de estudos que abordem sobre a importância desse profissional no NASF, a fim de submetê-lo da melhor forma no seu ambiente de trabalho, para que o fisioterapeuta possa exercer a sua profissão sem restrições.

Ferreti et al.⁽⁶⁾, em estudo sobre a inserção do fisioterapeuta na estratégia de saúde da família sob um olhar do usuário, evidenciam a importância desse profissional com sua atuação na ESF, já que pode realizar procedimentos que visam ampliar a integralidade e cuidado com a saúde. Desta forma, os autores apontam para a necessidade de repensar a formação dos profissionais da Fisioterapia aproximando teoria e prática da ESF e princípios do SUS. A revisão de literatura realizada por Rodriguez e colaboradores⁽¹⁾ mostra que atualmente há uma restrição das ações que podem ser realizadas pelo profissional fisioterapeuta na atenção básica, visto que ainda se tem uma visão reabilitadora da profissão.

Freire et al.⁽⁷⁾ em um estudo sobre a implementação de ações fisioterapêuticas na prevenção e na redução de riscos de complicações do diabetes na ESF, destacam através de uma perspectiva diferente da visão encontrada na maioria dos estudos, que foi possível identificar indivíduos propensos ao desenvolvimento de úlceras plantares através do programa de avaliação e prevenção das complicações diabéticas desenvolvida por fisioterapeutas. Este fator revela a importância desse profissional na ESF, sabendo que além da reabilitação o profissional da Fisioterapia pode atuar na prevenção e promoção de úlceras plantares e outras disfunções em pacientes diabéticos. Além disso, a revisão de literatura realizada por Ribeiro e colaboradores⁽⁹⁾, sobre a atuação do fisioterapeuta na atenção básica no sul do Brasil, aponta para a relevância da inserção desse profissional na ESF por vários motivos, tendo como exemplo a ocorrência de patologias traumato-ortopédicas que requer intervenções fisioterapêuticas.

Desta forma, torna-se nítido que a literatura aborda dificuldades na atuação do fisioterapeuta na ESF que podem ser corrigidas, desde que haja multidisciplinaridade e mudanças que devem ser iniciadas já no âmbito acadêmico, prezando pelo maior contato dos graduandos com a atenção primária, até as mudanças no âmbito profissional propriamente dito, levando em consideração a demanda de pacientes e quantidade de profissionais disponíveis para tal atenção para desempenho pleno de tais profissionais. Igualmente, há que se observar ainda a valorização do fisioterapeuta pela equipe de saúde através da observação dos bons resultados obtidos pela intervenção fisioterapêutica na atenção básica relatada pela literatura científica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu observar que a inserção do fisioterapeuta na ESF, desde a graduação até a atuação profissional, continua sendo um desafio. Isto se dá devido ao fato de a obrigatoriedade desse profissional na Atenção Primária à Saúde ainda se encontrar em construção e pela falta de compreensão dos gestores sobre a importância do fisioterapeuta para além do caráter reabilitador. Isso ocorre mesmo com o conhecimento de todos sobre a graduação oferecer

ao discente do curso de fisioterapia o direito de adquirir competências e habilidades que lhe permita posteriormente ser inserido em todos os níveis de atenção.

Por outro lado, alguns artigos demonstraram que há regiões no Brasil em que a experiência com a atuação desse profissional tem sido satisfatória, abrangendo o cuidado integral e resolutivo. Entretanto, foram encontradas dificuldades em localizar na literatura científica artigos que contemplassem o tema do atual estudo.

Sugere-se que a inclusão das habilidades do fisioterapeuta na ESF pode trazer diversos benefícios para a comunidade, desde a oferta de um atendimento mais completo, qualificado e específico, até o alcance à cidadania e proteção de seus interesses. Além disso, o Estado consegue agir com mais efetividade frente à promoção e prevenção de agravos, o que diminuirá a sobrecarga na atenção terciária à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Rodriguez MR. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Com. Ciências Saúde. 2011;21(3):261-266.
2. Braghini CC, Ferretti F, Ferraz L. Atuação do fisioterapeuta no NASF: percepção dos coordenadores e da equipe. Fisiot. Mov. 2016;29(4).
3. Rangel Neto NC, Aguiar AC. A Atenção Primária à Saúde nos cursos de graduação em Fisioterapia no município do Rio de Janeiro. Trab. educ. saúde. 2018;16(3):1403-1420.
4. Alves BA, et al. A importância da atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde. ed. Atena: Ponta Grossa, 2020.
5. Rossafa A, Bugni RP. Importância do profissional de fisioterapia na equipe de estratégia da saúde da família. Rev Intern Debates Adm Púb-RIDAP, 2016;1(1):8-21.
6. Fernandes JM, Rios TA, Sanches VS, Santos MLM. As ferramentas do NASF nas práticas em saúde de fisioterapeutas. Fisioter Mov. 2016;29(4):741-50.
7. Ferretti F, Nierotka RP, Braghini CC, Teo CRPA, Ferraz L, Fanticelli ML. Inserção do fisioterapeuta na equipe Estratégia Saúde da Família: olhar do usuário. Fisioter Mov. 2015;28(3): 485-93.
8. Freire APCF, Palma MR, Lacombe JCA, Martins RML, Lima RAO, Pacagnelli FL. Implementação de ações fisioterapêuticas na prevenção de complicações do diabetes na Estratégia de Saúde da Família. Fisioter Mov. 2015;28(1): 69-76.
9. Ferretti F, Lima L, Zuffo A. Percepção dos profissionais do Programa Saúde da Família sobre a necessidade de inserção do fisioterapeuta na equipe. Fisioter Mov. 2014;27(3):337-47.

10. Ribeiro CD, Flores-Soares MC. Situações com potencialidade para atuação da fisioterapia na atenção básica no Sul do Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(2):117-23.
11. Souza MC, Araújo TM, Reis Júnior WM, Souza JN, Vilela ABA, Franco TB. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *O Mun Saúde*. 2012;36(3):452-460.
12. Braghini CC, Ferretti F, Ferraz L. Atuação do fisioterapeuta no contexto dos núcleos de apoio a saúde da família. *Fisioter Mov*. 2017;30(4):703-13.
13. Seriano KN, Muniz VRC, Carvalho MEIM. Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. *Fisioter Pesq*. 20(3): 250-255; 2013.
14. Medeiros PA, Pivetta HMF, Mayer MS. Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. *Trab. Educ. Saúde*. 10(3):407-426; 2012.
15. Neves LMT, Acioli, GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. *Interface-Comunic. Saúde, Educ*. 15(37):551-64; 2011.
16. Souza MC, Bomfim AS, Souza, JN, Franco TB. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *O Mundo da Saúde*. 37(2): 176-184; 2013.
17. Ribeiro CD, Flores-Soares MC. Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. *Rev. salud pública*. 17(3): 379-393; 2015.
18. Bezerra MIC Lima MMR, Lima, YCP. A visita domiciliar como ferramenta de cuidado da fisioterapia na estratégia saúde da família. *Sanare*. 14 (1): 76-80; 2015.
19. Brasil. Ministério da Saúde: Diário Oficial da União. Portaria nº 18, de 7 de janeiro de 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/58548868/do12019-01-10-portaria-n-18-de-7-de-janeiro-de-2019-58548579>. Acesso em: 29 set 2019.

Revista Brasileira de Saúde Funcional

DIRETRIZES PARA AUTORES

A Revista Brasileira de Saúde Funcional assume os moldes da **Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals**, preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de abril de 2010.

A publicação dos artigos é uma decisão dos editores. Todas as contribuições que suscitarem interesse editorial serão submetidas à revisão por pares anônimos.

ASPECTOS ÉTICOS

Segundo o Conselho Nacional de Saúde, resolução 466/12, para estudos em seres humanos, é obrigatório o envio da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, independente do desenho de estudo adotado (observacionais, experimentais ou relatos de caso). Deve-se incluir o número do Parecer da aprovação da mesma pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital ou Universidade, a qual seja devidamente registrada no Conselho Nacional de Saúde. A realização de experimentos envolvendo animais deve seguir resoluções específicas (Lei nº 11.794/08), sendo obrigatório o envio da carta de aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animal (CEUA).

1. EDITORIAL

O Editorial que abre cada número da Revista Brasileira de Saúde Funcional comenta acontecimentos recentes, inovações tecnológicas, ou destaca artigos importantes publicados na própria revista. É realizada a pedido dos editores, que podem publicar uma ou várias opiniões de especialistas sobre temas de atualidade.

2. ARTIGOS ORIGINAIS

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais com relação a aspectos experimentais ou observacionais, em estudos com animais ou humanos. Formato: O texto dos Artigos originais é dividido em Resumo (inglês e português), Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (optativo), Conflito de Interesse (condicional a natureza e/ou financiamento da pesquisa) e Referências. Texto: A totalidade do texto, incluindo as referências e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 30.000 caracteres (espaços incluídos), e não deve ser superior a 18 páginas A4, em espaço 1,5, fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. Tabelas: Recomenda-se usar no máximo seis tabelas, no formato Excel ou Word. Figuras: Máximo de 08 figuras, em formato .tif ou .gif, com resolução de 300 dpi.

Literatura citada: Máximo de 30 referências. Máximo de autores – 06 autores.

3. REVISÃO

Os artigos de revisão são habitualmente encomendados pelo Editor a autores com experiência comprovada na área. Artigos de revisão deverão abordar temas específicos com o objetivo de atualizar os menos familiarizados com assuntos, tópicos ou questões específicas na área de saúde funcional e ciência do movimento. O Conselho Editorial avaliará a qualidade do artigo, a relevância do tema escolhido e o comprovado destaque dos autores na área específica abordada. A inadequação de qualquer um dos itens acima acarretará na recusa do artigo pelos editores, sem que o mesmo seja enviado para o processo de revisão pelos pares. O artigo de revisão deve ter, no máximo, 30 (trinta) páginas e 100 (cem) referências.

4. RELATO DE CASO

São artigos que apresentam dados descritivos de um ou mais casos clínicos ou terapêuticos com características semelhantes. Só serão aceitos relatos de casos não usuais, ou seja, doenças raras ou evoluções não esperadas.

Formato: O texto deve ser subdividido em Introdução, Apresentação do caso, Discussão, Conclusões e Referências.

Texto: A totalidade do texto, incluindo a literatura citada e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 20.000 caracteres, incluindo espaços.

Figuras e Tabelas: máximo de três tabelas e três figuras.

Literatura citada: Máximo de 30 referências.

5. PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

- Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página A4, formatados da seguinte maneira: fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

- Tabelas devem ser numeradas com algarismos romanos, e Figuras com algarismos arábicos.

- As imagens devem estar em preto e branco ou tons de cinza, e com resolução de qualidade gráfica (300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif. Imagens coloridas serão aceitas excepcionalmente, quando forem indispensáveis à compreensão dos resultados (histologia, neuroimagem, etc).

6. PÁGINA DE APRESENTAÇÃO

A PRIMEIRA PÁGINA DO ARTIGO TRAZ:

- O título do trabalho em português e inglês;

- Resumo e palavras-chave: em português e inglês, não podendo ultrapassar 300 palavras. Deve conter introdução, objetivo, metodologia, resultados e conclusão;

• Abaixo do respectivo resumo, os autores deverão indicar 3 a 5 palavras-chave em português e em inglês para indexação do artigo. Recomenda-se empregar termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra em <http://decs.bvs.br>.

7. AGRADECIMENTOS

Agradecimentos a colaboradores, agências de fomento e técnicos devem ser inseridos no final do artigo, antes das Referências, em uma seção à parte.

8. REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas com algarismos arábicos, mencionadas no texto pelo número entre colchetes [], e relacionadas nas Referências na ordem em que aparecem no texto, seguindo as normas do ICMJE. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com a List of Journals Indexed in Index Medicus ou com a lista das revistas nacionais e latinoamericanas, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina et al.

EXEMPLOS:

1. Phillips SJ, Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

2. Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. *Cancer Res* 1994;54:5016-20.

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em “Comentários ao editor”.

2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF. 3. URLs para as referências foram informadas quando possível.

4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.

5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.

6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

7. Li o item “Diretrizes Para Autores”