

# CuidArte

Enfermagem



# CuidArte

## Enfermagem

ISSN 1982-1166

CuidArte Enferm. Catanduva-SP v. 6 n. 2 jul./dez. 2012 p. 53-111 Semestral

### EDITOR

Faculdades Integradas Padre Albino

### CONSELHO EDITORIAL

#### Editor-Chefe

**Virtude Maria Soler**

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva-SP.

#### Editores

##### **Alessandra Mazzo**

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

##### **Antonio Carlos de Araújo**

Faculdades Integradas D. Pedro II, São José do Rio Preto-SP.

##### **Ilza dos Passos Zborowski**

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva-SP.

##### **Luciana Bernardo Miotto**

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva-SP e Faculdade Metropolitana de Campinas (METROCAMP), Campinas-SP.

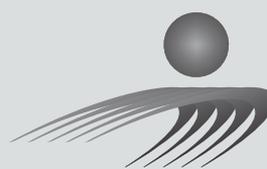
##### **Maria Regina Lourenço Jabur**

Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FUNFARME.

#### **Bibliotecária e Assessora Técnica**

Marisa Centurion Stuchi

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva -SP.



*Faculdades  
Integradas  
Padre Albino*

### FUNDAÇÃO PADRE ALBINO

#### **Conselho de Administração**

**Presidente:** Antonio Hércules

#### **Diretoria Administrativa**

**Presidente:** José Carlos Rodrigues Amarante

#### **Núcleo Gestor de Educação**

Antonio Carlos de Araújo

### FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO

**Diretor Geral:** Nelson Jimenes

**Vice-Diretor:** Sidnei Stuchi

#### **Coordenadora Pedagógica:**

Dulce Maria da Silva Vendruscolo

### **CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

#### **Coordenadora de Graduação:**

Dircelene Jussara Sperandio

A **CuidArte Enfermagem** é uma publicação com periodicidade semestral, editada pelo Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino.

Indexada: Base de Dados de Enfermagem - BDEF - BIREME



Rua dos Estudantes, 225

Parque Iracema

Catanduva-SP - Brasil

CEP 15809-144

Telefone (17) 3311-3228 / 3311-3335

E-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br

## CONSELHO CIENTÍFICO

**Anamaria Alves Napoleão** – Enfermeira – Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – SP.  
**Cristina Arreguy-Sena** – Enfermeira - Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – MG.  
**Dircelene Jussara Sperandio** – Enfermeira – Faculdades Integradas Padre Albino - FIPA, Catanduva-SP.  
**Dulce Maria da Silva Vendruscolo** – Enfermeira – Faculdades Integradas Padre Albino - FIPA, Catanduva-SP.  
**Gilson Luiz Volpato** - Biólogo - Instituto de Biociências de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, Botucatu-SP.  
**Helena Megumi Sonobe** – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.  
**Isabel Amélia Costa Mendes** - Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.  
**Isabel Cristina Belasco Bento** – Enfermeira – Faculdades Integradas de Bebedouro – FAFIBE - SP.  
**Jane Cristina Anders** – Enfermeira – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Santa Catarina-SC.  
**Johis Ortega** – Enfermeiro – Escuela de Enfermería y Ciencias de La Salud, Universidad de Miami - Miami USA.  
**José Carlos Amado Martins** - Enfermeiro - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal.  
**Josimerci Ittavo Lamana Faria** – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP – SP.  
**Lizete Diniz Ribas Casagrande** – Pedagoga e Socióloga – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.  
**Lúcia Marta Giunta da Silva** – Enfermeira – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) – Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo-SP.  
**Lucieli Dias Pedreschi Chaves** – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.  
**Magda Fabbri Isaac Silva** – Enfermeira – Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – HCFM-USP – SP.  
**Manoel Santos** – Psicólogo – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP – SP.

**Manzêlio Cavazzani Júnior** – Biólogo - Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva-SP.  
**Márcia Bucchi Alencastre** – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP e Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal – SP.  
**Maria Auxiliadora Trevisan** - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP – SP.  
**Maria Cristina de Moura-Ferreira** – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia – FAMED - UFU.  
**Maria de Fátima Farinha Martins Furlan** – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP - SP.  
**Maria Helena Larcher Caliri** - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP – SP.  
**Maria José Bistafa Pereira** - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.  
**Maria Luiza Nunes Mamede Rosa** – Farmacêutica e Bioquímica – Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva-SP.  
**Maria Tereza Cuamatzi Peña** - Enfermeira – Facultad de Estudios Superiores Zaragoza da Universidad Nacional Autónoma de México – México.  
**Margarida Maria da Silva Vieira** – Enfermeira - Universidade Católica Portuguesa – Porto - Portugal.  
**Mariza Almeida Silva** – Enfermeira – Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador – BA.  
**Marli Villela Mamede** - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP.  
**Mary Elizabeth Santana** – Enfermeira – Universidade Federal do Pará - UFPA – Belém do Pará-PA.  
**Myeko Hayashida** - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.  
**Rosemary Aparecida Garcia Stuchi** – Enfermeira – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina-MG.  
**Simone Perufo Opitz** – Enfermeira – Universidade Federal do Acre - UFAC – AC.  
**Sinval Avelino dos Santos** – Enfermeiro - Universidade Paulista – UNIP, Ribeirão Preto – SP e Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal – SP.  
**Yolanda Dora Martinez Évora** – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP.

## NÚCLEO DE EDITORAÇÃO DE REVISTAS



**Componentes do Núcleo:**  
**Marino Cattalini (Coordenador)**  
**Marisa Centurion Stuchi**  
**Virtude Maria Soler**

C966 CuidArte enfermagem / Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Graduação em Enfermagem. -- Vol. 6, n. 2 (jul./dez. 2012) - -- Catanduva: Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Enfermagem, 2007 - v. : il. ; 27 cm

Semestral.  
ISSN 1982-1166

1. Enfermagem - periódico. I. Faculdades Integradas Padre Albino. Curso de Graduação em Enfermagem.

CDD 610.73

- Os artigos publicados na **CuidArte Enfermagem** são de inteira responsabilidade dos autores.
- É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte
- Capa: Ato Comunicação
- Impressão deste periódico: Gráfica Gimenez
- Início de circulação: dezembro de 2007 / Circulation start: December 2007
- Data de impressão: dezembro 2012 / Printing date: December 2012
- Distribuição gratuita

## SUMÁRIO / SUMMARY / CONTENIDO

### EDITORIAL

Marino Cattalini

### ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

#### ASPECTOS DA SAÚDE MENTAL E NECESSIDADES DE MULHERES DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

MENTAL HEALTH ASPECTS AND NEEDS OF WOMEN DEPENDENTS ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES  
ASPECTOS DE SALUD MENTAL Y NECESIDADES DE LAS MUJERES DEPENDIENTES DE SUBSTANCIAS PSICOATIVAS  
Antonia de Fátima Zanchetta Serradilha, Glenda Dísore Gomes, Jéssica Angeloti Vila Real ..... 62

#### CARACTERÍSTICAS DE USUÁRIOS SUBMETIDOS À OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA NUM SERVIÇO ESPECIALIZADO

CHARACTERISTICS OF HYPERBARIC THERAPY OXYGEN USER UNDERGOING A SPECIALIZED SERVICE  
CARACTERÍSTICAS DEL USUARIO DE OXÍGENO HIPERBÁRICO SOMETIDO A UN SERVICIO ESPECIALIZADO  
Michele Cristina Corrêa da Silva, Termutes Michelin Pezzutto ..... 69

### ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES / ARTÍCULOS DE REVISIÓN

#### GASOMETRIA ARTERIAL - EVIDÊNCIAS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

ARTERIAL BLOOD GASES - EVIDENCE FOR NURSING CARE  
LOS GASES ARTERIALES - PRUEBAS PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA  
Virtude Maria Soler, Regiane Sampaio, Maria do Rosário Gomes ..... 78

#### IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA

IMPORTANCE OF FAMILY IN QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA  
IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA  
Maria Carolina Fernandes, Sinval Avelino Santos ..... 86

#### ENFERMAGEM E ESPIRITUALIDADE: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

NURSING AND SPIRITUALITY: A BIBLIOGRAPHIC STUDY  
ENFERMERÍA Y ESPIRITUALIDAD: UNO ESTUDIO BIBLIOGRÁFICO  
Virtude Maria Soler, Elaine Cristina Vicente, Júlio César Gonçalves, Marcio José Vantini Bocchini, Micheli Fontes Galindo  
..... 91

#### FATORES QUE INTERFEREM NA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

FACTORS THAT INTERFERE WITH THE HUMANIZATION OF NURSE ASSISTANCE IN INTENSIVE CARE UNITS  
FACTORES QUE INTERFIEREN EN HUMANIZACIÓN ASISTENCIA EN ENFERMERÍA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS  
Marta Martins da Silva Pereira ..... 101

#### NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

STANDARDS PUBLISHING / NORMAS DE PUBLICACIÓN ..... 109



### Editorial

Marino Cattalini\*

Desde a criação da *CuidArte Enfermagem* passaram-se cinco anos e ocorreram significativas mudanças na revista, destacando a sua indexação, conquista que representa a realização do sonho de quantos se dedicaram a esta criação e às outras revistas das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA). O sucesso alcançado é tangível, conforme comprovado pelo vultoso número de artigos recebidos para revisão e eventual publicação, inclusive provenientes de instituições de ensino e de pesquisa de outros países.

O objetivo da revista tem sido declaradamente desde o início aquele de fornecer uma contribuição à educação e à saúde, interagindo com a comunidade científica e primando sempre pela defesa dos mais elevados padrões de ética. Esta postura é fundamental na nossa sociedade, que vivenciou nas últimas décadas grandes transformações, fruto da pujança da civilização humana, mas também de condutas negativas que fazem parte da natureza da nossa espécie.

Considerando as mudanças culturais, sociais, econômicas e políticas, a área da saúde precisa apreender e interpretar rapidamente o impacto destas transformações e adaptar-se a elas. Possivelmente, a principal mudança refere-se ao paciente, que é hoje um indivíduo mais bem informado e consciente de seus direitos, bem como disposto a lutar para ser respeitado como ser humano e como usuário do sistema de saúde.

Por isto não há mais espaço para a figura do profissional de saúde paternalista, mas lugar para profissionais dinâmicos e atentos em relação às mudanças da sociedade, que precisam ao mesmo tempo acompanhar os avanços tecnológicos sem esquecer a dimensão humana das ações em saúde.

Estes conceitos foram debatidos no mês de outubro de 2012, em São Paulo, no II Congresso Brasileiro de Humanidades em Medicina, oferecendo espaço para debates a respeito da prática médica contemporânea e de suas implicações éticas e humanísticas. O objetivo foi oferecer uma reflexão sobre a formação humana dos médicos no contexto de uma realidade cada vez mais ligada à tecnologia aplicada à saúde. Mesmo com os significativos avanços técnicos, não se pode esquecer a dimensão humana e ética no exercício da profissão, mantendo-se sempre a postura e o convívio fraterno e solidário junto ao paciente e a sua família.

Para um profícuo agir na assistência em saúde é fundamental lembrar que o cuidado é essencial para o resgate da relação ética com o paciente, visando preservar sempre a subjetividade e a singularidade pessoal. E isto é algo que nem sempre se aprende nas faculdades, mas, inerente ao ser humano, pode ser fruto da reflexão e conscientização enquanto necessidades humanas. Diálogos dessa natureza devem ser promovidos entre os que atuam na saúde. A cultura interage com a experiência individual da doença porque através das artes e do conhecimento humano o profissional de saúde cria a empatia necessária para um bom resultado na relação com o paciente.

A curiosidade inata no ser humano, de conhecer a si mesmo e de saber interpretar os fenômenos que ele observa, é satisfeita através de estudos e pesquisas. Um dos meios para apresentar os resultados destas observações é justamente um periódico científico. Assim, utilizo este espaço para apresentar mais um número da *CuidArte Enfermagem*, que acredito encontrará, no mínimo, o mesmo sucesso dos anteriores.

A obtenção destes resultados sugere que devemos prosseguir o caminho na mesma direção, buscando, ao mesmo tempo, sempre motivados, corrigir as falhas e aperfeiçoar os aspectos suscetíveis de melhoras. Este trabalho de lapidação,

\*Docente de Clínica Médica do Curso de Medicina e Docente de Nutrição e Dietética do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Coordenador do Núcleo de Editoração de Revistas (NER) das FIPA. Contato: drmarinocattalini@uol.com.br

embora com a consciência da impossibilidade de conseguir a perfeição, caracteriza a filosofia da *CuidArte Enfermagem*.

Quem acompanha desde o início a evolução da revista, não pode deixar de reconhecer o trabalho incansável da editora chefe, Profª Dra. Virtude Maria Soler, bem como o indispensável conhecimento técnico e a dedicação irrestrita da Bibliotecária Marisa Centurion Stuchi, e a devoção e paciência no trabalho de revisão da Profª. Dra. Luciana Bernardo Miotto. Deve ser citado o apoio amigo e o incentivo estimulador do Prof. Dr. Antonio Carlos de Araújo, Coordenador do Núcleo Gestor das FIPA, assim como a confiança de toda a Diretoria da nossa IES no trabalho da equipe do NER.

Desejo uma boa leitura a todos os inúmeros leitores, associando os meus votos que o ano 2013 seja repleto de satisfações profissionais e conquistas pessoais.

Since the creation of *CuidArte Enfermagem*, five years ago, relevant improvements of the journal took place, especially its indexation, a conquest whose meaning is that a dream of everybody devoted to this and to the other journals of the FIPA became true. The success obtained is neat, as proved by the large amount of papers sent for revision and possible publication, coming also from abroad teaching and research centers.

The aim of the journal has been since the very beginning the one of contributing to education and health, interacting with the scientific community and struggling for the highest ethical standards. This attitude is fundamental in our society, which experienced in the last decades tremendous transformations, as products of human civilization progress, but also coming out from negative actions, which represent part of the nature of the mankind.

Considering cultural, social, economical and political changes, health area needs to learn and understand quickly the impact of these mutations in order to fit to them. Probably the main change refers to the patient, who nowadays is a well informed individual, knowing his rights, as well as quite ready to struggle for respect as human being and as health care system user.

Therefore, there is no more room for a paternalistic professional of health, but instead of it for a dynamic operator, linked to social changes, as well as able to going along with technological progress, without forgetting human dimension inside health actions.

These topics have been discussed in October 2012, at the 2nd Brazilian Congress on Humanity in Medicine, held in São Paulo. A space was offered for debates about current medical practice and about its ethical and humanistic implications. The aim was the one of offering a reflection about human formation of physicians inside a world more and more linked to technology applied on health. Even with the significant technical progress we should not forget the human and ethical dimension inside professional actions, keeping always a fraternal and generous attitude with the patient and his family

In order to keep an efficient action in healthcare it is fundamental to remember that caring is essential for recovering an ethical relationship with the patient, looking for preserve always the individual subjectivity and singularity. This concept not always is learned at school, but once part of human being, can come out from reflection and self-knowledge as human needs. This kind of dialogues must be promoted among health operators. Culture interacts with individual disease experience, because through art and human knowledge the health professional builds the needed empathy for getting good results in his relationship with patients.

The inherited curiosity of the human beings about knowing themselves and about understanding the phenomena observed by himself can be satisfied through studies and researches. One of the possibilities of presenting his results is exactly a scientific journal. Thus, this space is used to present one more volume of the *CuidArte Enfermagem*, which is going to find, I truly believe, at least the same success of the previous ones.

These good results suggest that we have to keep the route in the same direction, looking at the same time for correcting the errors and improving the weak points. This lapidating task, even if knowing about the impossibility of obtain the perfection, characterizes the *CuidArte Enfermagem* philosophy.

Everybody who followed since the beginning the evolution of this journal cannot forget the tireless work of Editor in Chief Profa Dra. Virtude Maria Soler, as well as the fundamental technical knowledge and the unrestricted dedication of the Bibliotechnonomist Marisa Centurion Stuchi, and, last not least, the devoted and patient contribution of main reviewer Prof. a Dra. Luciana Bernardo Miotto. Must be remembered also the friendly help and the stimulating assistance of Prof. Dr. Antonio Carlos Araújo, Coordinator of FIPA Managing Nucleus, as well as the trust of all the Board of our University Center in NER team work.

Wishing a good reading to the great number of fans, I send them also my best wishes that the year 2013, fulfilling everybody's professional and personal goals.

Desde la creación de *CuidArte Enfermagem* pasado cinco años y los cambios significativos fueron revisados, destacando su indexación que representa el cumplimiento del sueño de los que se dedican a esta creación y otras revistas de las Facultades Integradas Padre Albino (FIPA). El éxito es tangible, como lo demuestra el gran número de artículos recibidos para su revisión y posible publicación, incluidos los de instituciones educativas y de investigación de otros países.

El objetivo de la revista, ha sido desde el principio que aportar una contribución a la educación y la salud, la interacción con la comunidad científica y esforzándose siempre por defender los más altos estándares de ética. Esta posición es fundamental en nuestra sociedad, que ha experimentado grandes cambios en las últimas décadas, gracias a la fuerza de la civilización humana, sino también los comportamientos negativos que son parte de la naturaleza de nuestra especie.

Teniendo en cuenta los cambios culturales, sociales, económicos y políticos, el sector salud necesitan rápidamente captar e interpretar el impacto de estos cambios y adaptarse a ellos. Posiblemente el cambio más importante se refiere a la paciente, que ahora es una persona mejor informada y consciente de sus derechos y dispuesto a luchar para ser respetado como ser humano y como usuario del sistema de salud.

Para esto no hay más espacio para la figura del profesional de la salud condescendiente, pero el lugar para los profesionales dinámicos y atentos a los cambios en la sociedad, que necesitan mientras que los avances tecnológicos, sin olvidar la dimensión humana de las acciones de salud.

Estos conceptos fueron discutidos en octubre de 2012 en São Paulo el II Congreso Brasileño de Humanidades en Medicina, ofreciendo un espacio para el debate sobre la práctica médica contemporánea y sus aspectos éticos y humanísticos. El objetivo era ofrecer una reflexión sobre el ser humano en el contexto de la medicina una realidad cada vez más vinculada a la tecnología de la salud. A pesar de los importantes avances técnicos, no podemos olvidar la dimensión humana y ética en la profesión, siempre manteniendo la postura y la fraternal y solidaridad con el paciente y su familia.

Para actuar de una asistencia fructífera en salud es fundamental recordar que el cuidado es esencial para rescatar a la relación ética con el paciente, teniendo siempre como objetivo preservar la singularidad y subjetividad personal. Y esto es algo que no siempre se aprende en las escuelas, sino inherente a los seres humanos pueden ser el resultado de la reflexión y la toma de conciencia, mientras que las necesidades humanas. Las conversaciones de esta naturaleza debe promover entre los que trabajan en salud. La cultura interactúa con la experiencia individual de la enfermedad porque a través de las artes y el conocimiento humano el profesional de la salud crea empatía necesaria para un buen resultado en la relación con el paciente.

La curiosidad innata en los seres humanos, para conocerse a ti mismo y saber interpretar los fenómenos que observa se satisface a través del estudio y la investigación. Una forma de presentar los resultados de estas observaciones es sólo una revista científica. Por lo tanto, yo uso este espacio para presentar más de un número de *CuidArte Enfermagem*, creo que usted encontrará al menos el mismo éxito de la anterior.

El logro de estos resultados sugieren que debemos seguir el camino en la misma dirección, buscando al mismo tiempo, siempre motivados, y corregir defectos y mejorar aspectos susceptibles de mejora. Este trabajo por lapidación, aunque con la conciencia de la imposibilidad de alcanzar la perfección, caracteriza la filosofía de *CuidArte Enfermagem*.

Cualquiera que haya seguido los acontecimientos ocurridos desde el inicio de la revista, no se puede dejar de reconocer el trabajo incansable del editor en jefe, Profa. Dra. Vitudo Maria Soler y el conocimiento técnico y la dedicación sin restricciones de la Bibliotecaria Marisa Centurion Stuchi, y la dedicación y la paciencia en el trabajo de revisión técnico de La Profa. Dra. Luciana Bernardo Miotto. Cabe mencionar el apoyo amistoso y fomento del Prof. Dr. Antonio Carlos de Araújo, coordinador del FIPA, así como la confianza de todo el Consejo de nuestra IES acerca del trabajo en equipo de NER.

Quiero una buena lectura para todos los lectores innumerables y asociar mi deseo de que el año 2013 está lleno de logros profesionales y satisfacciones personales.





# Artigos Originais

CuidArte  
Enfermagem

## ASPECTOS DA SAÚDE MENTAL E NECESSIDADES DE MULHERES DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

### MENTAL HEALTH ASPECTS AND NEEDS OF WOMEN DEPENDENTS ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

### ASPECTOS DE SALUD MENTAL Y NECESIDADES DE LAS MUJERES DEPENDIENTES DE SUBSTANCIAS PSICOATIVAS

Antonia de Fátima Zanchetta Serradilha\*, Glenda Dísapore Gomes\*\*, Jéssica Angeloti Vila Real\*\*

#### Resumo

O uso de substâncias psicoativas continua crescendo mundialmente, principalmente de forma abusiva. Apresenta-se como um dos principais problemas de saúde pública da sociedade contemporânea, desafiando profissionais de diversas áreas. Requer abordagem multidisciplinar, integrada e planejada, pois envolve fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e ambientais. O planejamento das ações nos serviços de reabilitação inclui atenção individual e sistematizada, visto que a Política Nacional de Saúde no Brasil preconiza e assegura a pessoas dependentes o direito a um modelo de tratamento integrado e descentralizado. O objetivo deste estudo foi identificar as necessidades físicas, psíquicas, socioespaciais, e os fatores de risco em mulheres dependentes de substâncias psicoativas institucionalizadas em uma unidade terapêutica do interior paulista; identificar o nível de escolaridade e o uso também de álcool e/ou tabaco; e os diagnósticos de enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo, realizado por meio da aplicação de um formulário pré-elaborado, por abordagem quali-quantitativa. Foram sujeitos 21 mulheres. Destas, 14 (66,7%) haviam tentado o suicídio, 10 (47,7%) tinham histórico de transtorno psiquiátrico na família e apresentavam-se ansiosas, impacientes, desconcentradas e com indícios de inadequada estrutura familiar por ocasião das abordagens efetuadas no período de coleta de dados. Foram identificados como diagnósticos de enfermagem: risco de suicídio relacionado ao histórico de tentativa de suicídio anterior, abuso de substância; risco de violência direcionada a si mesmo relacionado ao relato de múltiplas tentativas de suicídio e relacionamentos interpessoais conflitantes. Concluiu-se que há necessidade de formulação de uma política institucional específica para a prevenção e o controle do uso de substâncias psicoativas, mediante acompanhamento sistemático das mulheres na instituição e por ocasião da alta.

**Palavras-chave:** Substâncias psicoativas. Dependência. Mulheres. Fatores de risco. Necessidades.

#### Abstract

The use of psychoactive substances keeps growing worldwide, especially as an abuse. This topic represents one of the main public health problems of contemporary society, challenging professionals belonging to different fields. A multidisciplinary approach, integrated and planned, is needed, once economic, social, cultural, political and environmental factors are involved. An efficient action planning in the rehabilitation services includes individual and systematic attention, once the National Health Policy in Brazil offers to addicted people the right of an integrated and decentralized treatment model. The aims of this study were to identify the physical, psychological, social-spiritual needs, as well as risk factors in drug-addicted women institutionalized in a therapeutic unit in São Paulo State; to identify the level of education and also the use of alcohol and / or tobacco. This is a descriptive study, carried out by applying a pre-prepared form, by both qualitative and quantitative approach. The subjects were 21 women. 14 of them (66.7%) had a positive history of attempted suicide; 10 (47.7%) had a history of psychiatric disorder in the family and showed up anxiety, impatience and desconcentration besides of evidence of inadequate family structure, at the approaches during data collection. We identified as nursing diagnoses: risk of suicide-related to an history of previous suicide attempt, drug abuse, risk of violence directed against themselves, related to reports of multiple suicide attempts and conflicting interpersonal relationships. We conclude that is necessary a purpose of a specific institutional policy for the prevention and control of psychoactive drugs through a systematic monitoring of women inside an institution and at demission as well.

**Keywords:** Psychoactive substances. Dependence. Women. Risk factors. Needs.

#### Resumen

El uso de sustancias psicoactivas sigue creciendo en todo el mundo, especialmente en una manera abusiva. Se presenta como un problema de salud pública de la sociedad contemporánea, profesionales de diversos campos desafiantes. Se requiere un enfoque multidisciplinario, integrado y planificado, implican económico, social, cultural, político y ambiental. La planificación de la acción en los servicios de rehabilitación incluye la atención individual y sistemática, ya que la Política Nacional de Salud en Brasil exige a cargo y garantiza el derecho a un modelo de tratamiento integrado y descentralizado. El objetivo de este estudio fue identificar los factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales, y el riesgo en mujeres con trastornos de consumo de sustancias institucionalizadas en una unidad terapéutica en São Paulo, identificar el nivel de la educación y también el uso de alcohol y / o el tabaco. Se trata de un estudio descriptivo, realizado mediante la aplicación de un formulario previamente preparado, por un enfoque cualitativo y cuantitativo. Los sujetos fueron 21 mujeres. De ellos, 14 (66,7%) habían intentado suicidarse, 10 (47,7%) tenían antecedentes de trastornos psiquiátricos en la familia y se presentó evidencia ansioso, impaciente, descentralizado y con la estructura familiar inadecuada a las gestiones emprendidas en período de recopilación de datos. Fueron identificados como diagnósticos de enfermería: riesgo de suicidio relacionados con la historia de intentos de suicidio previos, abuso de sustancias, el riesgo de la violencia dirigida a sí mismo en relación con los informes de los múltiples intentos de suicidio y conflictivas relaciones interpersonales. Se concluyó que es necesario para la formulación de una política institucional específico para la prevención y el control del abuso de sustancias a través de la vigilancia sistemática de las mujeres en la institución y en la descarga.

**Palabras clave:** Sustancias psicoactivas. Dependencia. Mujer. Factores de riesgo. Necessidades.

Pesquisa Institucional das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), desenvolvida em 2011.

\*Mestre em Enfermagem. Docente do curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP e Pesquisadora Institucional. Contato: antonia.zanchetta@terra.com.br

\*\*Graduandas da 4ª Série do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, bolsistas de Pesquisa Institucional.

## INTRODUÇÃO

Antes do século XIX, pessoas com algum tipo de dependência eram consideradas deficientes de caráter. Nesta época, indivíduos dependentes consumiam substâncias psicoativas porque gostavam de fazê-lo, porém, eram considerados "indecentes", "pecaminosos", e, por optarem e terem o poder de decidir se ingeriam ou não a droga, eram entendidas e estereotipadas como pessoas de baixa moral<sup>1</sup>. Movimentos de reforma social no século XIX mudaram essa concepção. O modelo da dependência como doença ganhou sua maior força no século XX, com a formação do movimento denominado "Alcoólicos Anônimos". Entretanto, a visão da dependência de substâncias psicoativas como doença, prevalece fortemente até os dias atuais.

O uso de substâncias psicoativas, principalmente de forma abusiva, apresenta-se como um dos principais problemas de saúde pública da sociedade contemporânea. É complexo e de difícil resolução, e tem desafiado profissionais de diversas áreas, e assim continua a crescer mundialmente. Tal problemática necessita de uma abordagem multidisciplinar, integrada e planejada, pois envolve fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e ambientais<sup>2</sup>.

Os profissionais da área da saúde devem creditar importância aos componentes da dimensão humana por ocasião da avaliação de dependentes de substâncias psicoativas, assim como desenvolver competências básicas para atender a essa demanda, pois, enquanto a dependência química não for detectada, vários problemas clínicos, psiquiátricos e sociais podem ocorrer. O planejamento das ações nos serviços de reabilitação deve ser direcionado à atenção básica e contemplado por assistência individual, visto que a política nacional do Brasil preconiza e assegura aos dependentes químicos o direito a um modelo de tratamento integrado e descentralizado<sup>3</sup>.

Este estudo foi desenvolvido com a finalidade de obter dados sobre essa problemática, visando contribuir para a realização de uma assistência de enfermagem melhor e mais qualificada e subsidiar um bom acompanhamento terapêutico a mulheres dependentes de substâncias psicoativas. Também, aprimorar conhecimentos em ações no âmbito da saúde mental, além de colaborar para a formulação e implantação de atividades pautadas nos princípios da integralidade de

assistência do Sistema Único de Saúde (SUS), direcionadas a pessoas com esse tipo de problemas e suas necessidades.

## OBJETIVOS

Identificar as necessidades físicas, psíquicas, socioespaciais, e os fatores de risco em mulheres dependentes de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica do interior paulista; identificar o nível de escolaridade e o uso de tabaco e/ou álcool; e os diagnósticos de enfermagem.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, quali-quantitativo, realizado nas dependências de uma instituição filantrópica do município de Catanduva-SP, para acolher e orientar mulheres dependentes de substâncias psicoativas.

Este espaço foi construído em 09/10/2006. Entretanto, as atividades de internação tiveram início no dia internacional da mulher em 08/03/2007.

A estrutura física da entidade tem capacidade para acolher e tratar, no máximo, 20 mulheres, sendo reservadas três vagas extras para os casos classificados como urgências. O período de internação é definido a partir das necessidades individuais e envolve, no máximo, dois ciclos de doze passos, que representam 24 semanas, conforme preconizado no Programa de Atendimento da Pastoral da Sobriedade.

A filosofia desse programa, vivenciada periodicamente e ciclicamente, traduz-se em um "Programa de Vida Nova", atendendo a primeira missão da igreja que é evangelizar. Constitui-se de 12 passos caracterizados por: admitir, confiar, entregar, arrepender-se, confessar, renascer, reparar, professar a fé, orar e vigiar, servir, celebrar e festejar.

Todo o atendimento está alicerçado na obediência às ações pré-estabelecidas em conformidade às rotinas, conforme a descrição a seguir.

A organização da instituição tem como rotina diária o início das atividades às 5h30min; o despertar do repouso noturno das internas às 6h30min, quando, então, realizam a oração matinal; após é servido o desjejum; às 7h40min as internas participam da missa; às 9h30min

exercem atividades domésticas e laborterapia; às 11h30min participam de oração; às 12h é servida a refeição do almoço; das 12h30min às 14h repousam. A partir deste horário retornam para a laborterapia, em atividades domésticas e com azulejo, jogos e pinturas; realizam exercícios de alongamento e brincadeiras com bola; às 13h45min participam de reunião religiosa e orientações quanto à conduta passada. O horário das 17h30min é destinado à higienização e banho; às 18h30min rezam o terço comunitário; 20h30min participam da reunião religiosa e às 22h dirigem-se para o repouso noturno. Aos sábados, às 6h30min participam da missa no lar samaritano, onde residem os homens institucionalizados, e à tarde assistem filmes. Na programação do domingo à tarde (14h-17h) são liberadas as visitas dos familiares e amigos. A primeira visita à residência ocorre quatro semanas após a internação, a segunda na quarta semana e a terceira após seis semanas de tratamento.

Ao término do tratamento, são oferecidas oportunidades para que as mulheres continuem frequentando a casa e também para a reinserção na comunidade através de empregos em empresas parceiras da instituição. Apesar da rigidez nas rotinas diárias a que são submetidas durante o tratamento, às internas é oferecida a liberdade de escolha para permanecerem ou não neste ambiente, podendo interromper o tratamento, se assim o desejarem.

O projeto foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), sob o parecer n.º 03/11. O estudo foi realizado no período de abril a dezembro de 2011 com 21 mulheres, cuja idade variou entre 18 e 41 anos, internadas neste período na instituição. Não houve recusa por parte das participantes da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi preenchido e assinado por todas.

A coleta de dados foi realizada por acadêmicas do Curso de Enfermagem das FIPA, Catanduva-SP, mediante um roteiro elaborado sob a forma de formulário, para obter os dados e contemplar os objetivos propostos e promover assistência de enfermagem a essa clientela, bem como a participação em grupos educativos. Inicialmente, foi agendada pelas monitoras do estudo uma reunião com a pessoa responsável pela instituição, com a presença da psicóloga e da nutricionista da instituição para exposição

do projeto e levantamento dos problemas e necessidades vivenciadas pelos gestores. Posteriormente, procedeu-se ao levantamento de dados clínicos e psicossociais, mediante o roteiro elaborado.

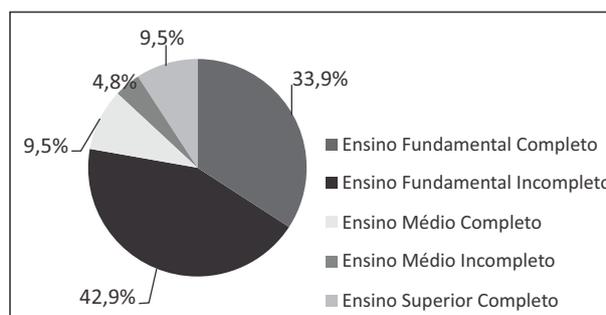
O levantamento inicial demandou a observação de características físicas e psíquicas das participantes do estudo, enquanto dependentes químicas. Como o uso de drogas pode levar à dependência, a avaliação inicial compreendeu a realização do exame físico e a avaliação psíquica, com posterior acompanhamento e evolução das mesmas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo possibilitou uma maior aproximação junto às internas e a contemplação dos objetivos propostos. Também forneceu subsídios para o desenvolvimento de ações educativas direcionadas à prevenção e ao tratamento de pessoas consumidoras de substâncias psicoativas. Os dados quantitativos incluíram o nível de escolaridade, identificação do uso de álcool e/ou tabaco e os diagnósticos de enfermagem. Para a apresentação dos dados qualitativos, especialmente para nortear as ações/intervenções de enfermagem, foram incluídos os seguintes eixos: Mudanças Comportamentais, Exame do Estado Mental, Ações de Enfermagem e Atividades Educativas desenvolvidas na instituição.

### Dados quantitativos

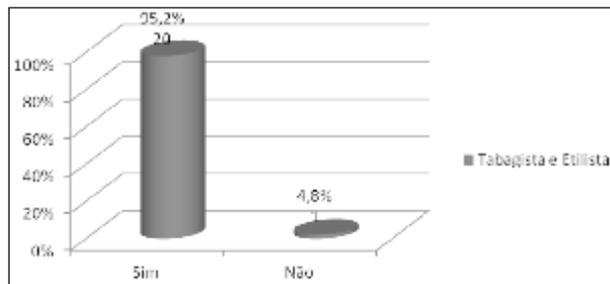
**Gráfico 1** - Distribuição de mulheres dependentes de substâncias psicoativas em uma instituição do interior paulista, segundo a escolaridade, Catanduva-SP, 2011



Conforme demonstrado, nove (42,9%) das mulheres possuíam ensino fundamental incompleto, sete (33,9%) ensino fundamental completo, duas (9,5%) ensino médio completo, duas (9,5%) ensino superior completo e uma (4,8%) ensino médio incompleto. Evidenciou-se que a maioria dos sujeitos apresentava baixo nível cultural<sup>4</sup>. A baixa escolaridade observada entre

dependentes químicas é tratada na literatura científica como um grave problema de saúde pública, decorrente, muitas vezes, do próprio uso da droga. O início do consumo em sua maioria é precoce, contribuindo, desde cedo para a evasão escolar<sup>5,6</sup>. Jovens usuários e/ou dependentes de substâncias psicoativas geralmente optam por abandonar o ambiente escolar, não somente pelo uso da droga, mas também motivados pelo baixo desempenho e pela dificuldade de aprendizado, conseqüências dos prejuízos cognitivos desencadeados pelo uso frequente da droga<sup>7,8</sup>.

**Gráfico 2** - Distribuição de mulheres dependentes de substâncias psicoativas em uma instituição do interior paulista, segundo o consumo de tabaco e/ou álcool, Catanduva-SP, 2011



Acerca do vício relacionado ao álcool e tabaco observou-se que 20 (95,2%) mulheres associavam álcool e fumo, consumindo, em geral, mais de um maço de cigarros e 300ml de bebida alcoólica ao dia, enquanto apenas uma (4,8%) negou esses vícios.

A estimativa, segundo o Relatório Mundial do Escritório da Organização das Nações Unidas de Combate às Drogas e Crimes (*United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention*), é de 5% da população mundial entre 15 e 64 anos fazendo uso regular de algum tipo de substância ilícita, contabilizando, aproximadamente, 200 milhões de pessoas. Dentre as substâncias lícitas, o álcool é mundialmente a substância mais consumida, seguida pelo tabaco<sup>9</sup>.

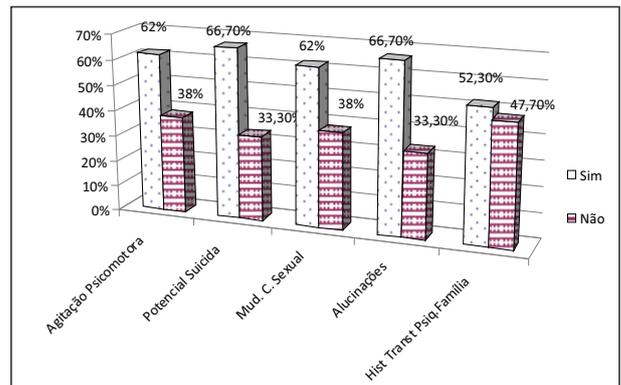
O II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil constatou que o álcool é a substância lícita mais utilizada nas 108 maiores cidades do país, contabilizando 74,6% dos indivíduos entrevistados, sendo que 12,3% dos entrevistados diagnosticados eram dependentes. O tabaco teve prevalência de 44% para o uso social e 10,1% como condição de dependência<sup>10</sup>.

## Dados qualitativos

### Exame do estado mental - mudanças comportamentais

Para a observação comportamental das dependentes químicas foram utilizadas as variáveis: potencial para Agitação Psicomotora, Potencial Suicida, Mudança Recente do Comportamento Sexual, Alucinações, História de Transtornos Psiquiátricos na Família, Alteração de Memória e Humor.

**Gráfico 3** - Distribuição de mulheres dependentes de substâncias psicoativas de uma instituição do interior paulista, segundo: Agitação Psicomotora, Mudança Recente do Comportamento Sexual, Alucinações e História de Transtornos Psiquiátricos na Família, Catanduva-SP, 2011



A interação com as mulheres permitiu apreender que 13 (62%) mostravam-se agitadas, impacientes e não conseguiam realizar as atividades lúdicas propostas, enquanto 8 (38%) conseguiam e não apresentavam problemas para realizá-las; 14 (66,7%) já haviam tentado o suicídio por mais de duas vezes, relatando problemas familiares e uso contínuo de droga e álcool, 7 (33,3%), negaram tentativas de suicídio; 13 (62%) alegaram sentirem-se distantes do parceiro, enquanto oito (38%) relataram comportamento promíscuo; 11 (52,3%) mulheres afirmaram que os familiares mais próximos como o pai, mãe e irmãos faziam uso de medicamentos para depressão, já haviam sido internados em hospital psiquiátrico para tratamento de álcool e droga e 10 (47,7%) não apresentavam histórico psiquiátrico familiar anterior; 14 (66,7%) alegaram que durante o uso da droga apresentavam alucinações, sentiam-se perseguidas, amedrontadas e ouviam vozes, enquanto 7 (33,3%) negaram esse tipo de comportamento.

O uso ou dependência de álcool e drogas constitui um fator de risco para agitação psicomotora e para agressividade, especialmente em pacientes com comorbidades psiquiátricas<sup>11</sup>.

Em estudo realizado a partir de uma amostra de 23 mulheres com potencial suicida, pertencentes ao Município de Venâncio Aires-RS nos anos de 1999 e 2000, foi detectado que a maioria era casada, possuíam ensino fundamental incompleto e apresentavam características clínicas mais frequentes de depressão, além de história familiar de comportamento suicida, relacionado ao abuso de álcool<sup>4</sup>.

Segundo um artigo do *Journal Clinical of Psychiatry* existe consenso geral de que os transtornos psiquiátricos com abuso de drogas e dependência estão associados a maior risco de suicídio, especialmente em pacientes com transtornos maiores do humor. O abuso de drogas, quando iniciado na adolescência, pode desempenhar papel proeminente no aumento de 300% dos casos de suicídio nesta faixa etária. Nos jovens, o abuso de drogas pode estar associado com elevada frequência à depressão e aos transtornos bipolares, quadros mais incidentes nesta população<sup>12</sup>.

O uso de substâncias psicoativas ainda está associado e intimamente relacionado a comportamentos sexuais de risco, uma vez que tais circunstâncias são capazes de alterar a percepção, o julgamento e o comportamento, podendo tornar as pessoas mais suscetíveis a incorrer em comportamentos de risco, tais como fazer sexo desprotegido, sem o uso de preservativos, e mais vulneráveis a se tornarem vítimas de agressões, em geral a violência sexual, pois a capacidade para defesa e percepção de situações de risco também fica prejudicada<sup>13</sup>.

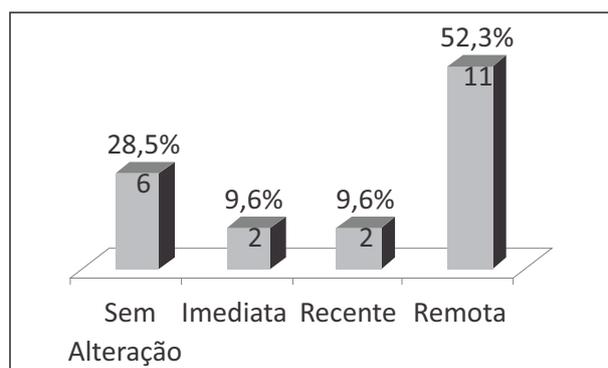
Quanto à história familiar de dependência química, alguns estudos revelam uma alta frequência de pessoas na família com história positiva de dependência de álcool, como também a existência de relações entre fatores hereditários de predisposição ao alcoolismo. Filhos de dependentes químicos ou aqueles que convivem próximo à pessoas dependentes apresentam risco aumentado para outros transtornos psiquiátricos, desenvolvimento de problemas físicos, emocionais e dificuldades escolares. Existe risco aumentado para o consumo de substâncias psicoativas e quatro vezes maior para o desenvolvimento do alcoolismo, quando feita a comparação com filhos de não dependentes químicos<sup>14</sup>.

Entre possíveis causas das alucinações, incluem-se as reações a drogas e a medicamentos, síndromes associadas ao estresse, medo, fadiga, perturbações do sono, infecções e, entre as psicoses, destacam-se a paranóia e a esquizofrenia<sup>15</sup>.

O início do uso de substâncias psicoativas geralmente ocorre no lar, com substâncias lícitas, com a anuência implícita ou explícita dos pais. Na progressão do vício, desde a experimentação até os problemas, a substância vai assumindo um papel progressivamente mais importante na vida do usuário. Suas atividades e o círculo social vão ficando cada vez mais associados ao uso, surgindo, então, problemas de natureza familiar, sociais, legais, financeiros e físicos, entre outros, causados pela droga<sup>16</sup>.

Os dados obtidos acerca da alteração de memória das participantes do estudo foram disponibilizados no Gráfico 4 e os relativos ao estado de humor, no Gráfico 5.

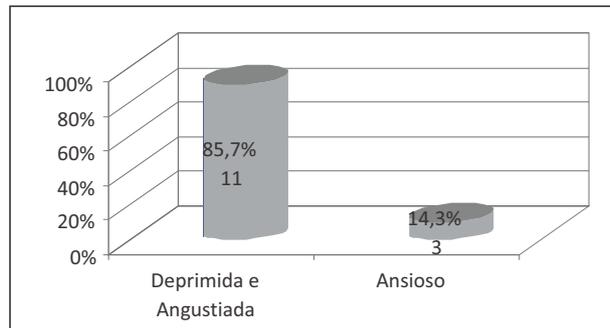
**Gráfico 4** - Distribuição de mulheres dependentes de substâncias psicoativas de uma instituição do interior paulista, segundo a alteração de memória, Catanduva-SP, 2011



Evidencia-se que 11 (52,3%) das mulheres tinham falhas na memória remota, seis (28,5%) não possuíam falhas e duas (9,6%) apresentavam falha de memória imediata e recente, como esquecimentos e distração.

O consumo repetido de drogas, segundo os dados da neurociência e da análise experimental do comportamento, quanto à sensibilização e à tolerância, provoca no sistema nervoso central mudanças relativamente permanentes. Em casos de uso crônico de uma droga, são observadas também mudanças na expressão gênica das células, provavelmente devido à diminuição do número ou sensibilidade dos receptores dopaminérgicos<sup>17</sup>.

**Gráfico 5** - Distribuição das mulheres dependentes de substâncias psicoativas de uma instituição do interior paulista, segundo o humor, Catanduva-SP, 2011.



Do montante de mulheres, 11 (85,7%) referiram apresentarem-se deprimidas e angustiadas e três (14,3%) ansiosas em relação à adaptação, ao cumprimento de regras, pelo distanciamento dos familiares e à abstinência do uso de drogas.

Em um estudo<sup>4</sup> realizado com dependentes de substâncias psicoativas, os participantes apresentaram diagnóstico de, pelo menos, um transtorno de humor associado ao uso de drogas. O grupo de dependentes de cocaína e *crack* apresentou igual prevalência para Episódio Depressivo Maior e Episódio Maníaco (52,9%) e Risco de Suicídio (41,2%). Dentre os dependentes de álcool, cocaína e *crack*, 66,7% apresentaram Episódio Depressivo Maior, acompanhado por Risco de Suicídio (66,7%) e Episódio Depressivo Maior com características Melancólicas (53,3%).

### Aspectos importantes quanto às necessidades das dependentes químicas para as ações/intervenções de enfermagem

A partir da anamnese, do exame físico e do levantamento das necessidades reais e potenciais das participantes do estudo, elaboraram-se os diagnósticos de enfermagem.

Tais diagnósticos são representados por: 21 (100%) mulheres demonstraram disposição para controle aumentado do regime terapêutico relacionado às escolhas cotidianas adequadas para o atendimento das metas (tratamento e prevenção); 19 (90,4%) autonegligência evidenciada por falta de adesão a atividades de saúde, relacionadas ao abuso de substância e ao estilo de vida; 7 (33,3%) insônia evidenciada por relato de dificuldade para adormecer, relacionado à ansiedade; 7 (33,3%) padrão de sono prejudicado evidenciado por relatos de dificuldade

para dormir, relacionado à falta de privacidade e de controle do sono; 19 (90,4%) estilo de vida sedentário evidenciado por verbalização de preferência para atividades com pouco exercício físico relacionado à falta de interesse; 16 (76,1%) disposição para aumento do autocuidado relacionado por expressão de desejo de aumentar o grau de independência para manutenção da saúde; 5 (10,5%) conhecimento deficiente evidenciado por comportamentos impróprios (agitado) relacionados a interpretação errônea das informações; 19 (90,4%) disposição para comunicação aumentada evidenciada por expressar satisfação quanto à capacidade de compartilhar informações com terceiros; 21 (100%) risco de dignidade humana comprometida relacionada a perda do controle sobre as funções corporais (dependência química); 7 (33,3%) sentimento de impotência evidenciado por dependência de outros, capaz de resultar em irritabilidade, relacionada à interação interpessoal; 16 (76,1%) síndrome do estresse por mudança, evidenciado pela ansiedade e desejo de mudança para outro ambiente, perda da identidade relacionada a sentimentos de impotência; 21 (100%) ansiedade evidenciada por bloqueio de pensamento relacionada a abuso de substância química; 21 (100%) disposição para bem-estar espiritual aumentado relacionado a necessidade de ouvir música, rezar, prestar serviços a outros, participar de atividades religiosas; 11 (85,7) sofrimento moral evidenciado por expressão de angústia (impotência, culpa, frustração, ansiedade) em relação à dificuldade para agir de acordo com a própria escolha moral relacionado a informações conflitantes para orientar a tomada de decisões; 14 (66,7%) risco de suicídio relacionado à história de tentativa de suicídio anterior, abuso de substância e a desesperança; 14 (66,7%) risco de violência direcionada a si mesmo, relacionada à história de múltiplas tentativas de suicídio e a relacionamentos interpessoais conflitantes.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação das necessidades físicas, psíquicas e socioespirituais e os fatores de risco em mulheres dependentes de substâncias psicoativas, tratadas na comunidade terapêutica estudada, possibilitaram evidenciar que o consumo dessas substâncias possui a capacidade de alterar o estado de

consciência e também modificar o comportamento, bem como estimular um crescimento significativo no consumo em idades cada vez mais precoces. Reitera-se que a identificação das necessidades reais e potenciais e os diagnósticos de enfermagem subsidiam condições para a elaboração, indispensável, da sistematização das ações de enfermagem a usuários e dependentes químicos.

Os principais motivos de consumo de substâncias psicoativas envolveram a curiosidade quanto aos efeitos das drogas, necessidade de participar de um grupo social, desejo expresso por independência, vivenciar experiências agradáveis novas e emocionantes, melhorar a criatividade, e obter sensação de relaxamento, além de fuga de sensações e/ou de vivências desagradáveis.

É importante entender que nem todo indivíduo usuário é dependente, portanto, o termo viciado é usado inadvertidamente. Quanto aos fatores de risco para o consumo de substâncias psicoativas foram relacionados: insatisfação na vida pessoal e/ou profissional, fatores sociais relacionados a baixo nível de renda e de instrução, desemprego, fácil acesso às drogas, influência familiar, de amigos e escolha própria, principalmente em pessoas já etilistas e/ou tabagistas, antes da dependência de substâncias psicoativas.

Observou-se que a maioria das mulheres apresentava comportamento de ansiedade, impaciência, desconcentração, depressão, agressividade, com demonstração de ausência ou pouca estrutura familiar e carência afetiva, além de agitação psicomotora, potencial suicida, histórico de transtorno psiquiátrico na família e alteração de memória remota. Condições estas que as tornam vulneráveis, inviabilizando a criatividade e produtividade, interação e satisfação pessoal.

É fundamental a formulação de uma política institucional, direcionada à prevenção e ao controle do uso de substâncias psicoativas, mediante o acompanhamento sistemático das mulheres, por ocasião da alta da comunidade terapêutica. É necessário estabelecer uma rede de relações com a comunidade em parceria com instituições e empresas para a geração de trabalho e renda, proporcionando, assim, condições favoráveis à reinserção no âmbito social e comunitário.

A linguagem para o tratamento da dependência a vícios, considerados ilícitos é imprecisa no Brasil, pois faltam mais pesquisas e maior e melhor divulgação dos resultados com orientações preventivas e para a recuperação/promoção da saúde, bem como quanto à responsabilidade individual, coletiva e da sociedade no tratamento desse mal.

## REFERÊNCIAS

1. McKim WA. *Drugs and behavior: An introduction to behavioral pharmacology*. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall; 2004.
2. Laranjeiras R. *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: CREMESP; 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília (DF); 2004.
4. Scheffer M, Pasa GG, Almeida RMM de. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psic Teor Pesq*. 2010; 26(3):533-41.
5. Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev Bras Psiquiatria*. 2004; 26:14-7.
6. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):707-17.
7. Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev Bras Psiquiatria*. 2004; 26:14-7.
8. Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(6):787-96.
9. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. *World Drug Report 2006*. New York: United Nations Publication; 2006.
10. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, Oliveira LG. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País - 2005. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
11. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal Behavior in Finland. *Arch Gener Psychiatry*. 1996; 53(6):497-501.
12. Ballone GJ. *Resumo do simpósio sobre suicídio*. [acesso 2012 mar 20]. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=231>
13. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Abuso de cannabis em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualização para uma antiga evidência. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010; 32(suppl.1):541-5.
14. Figlie N, Fontes A, Moraes E, Payá R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco biopsicossociais: necessitam de um olhar especial? *Rev Psiquiatr Clin*. 2004; 31(2):53-62.
15. Sadock BJE, Sadock VA. *Manual conciso de psiquiatria clínica*. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
16. Esperidião, E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem (online)*, Goiânia, 2001; 3(1). [acesso em 2011 nov 20]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>.
17. Silva LVER, Malbergier A, Stempluk VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Rev Saúde Pública*, 2006; 40(2):208-18.

## CARACTERÍSTICAS DE USUÁRIOS SUBMETIDOS À OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA NUM SERVIÇO ESPECIALIZADO

### CHARACTERISTICS OF HYPERBARIC THERAPY OXYGEN USER UNDERGOING A SPECIALIZED SERVICE

### CARACTERÍSTICAS DEL USUARIO DE OXÍGENO HIPERBÁRICO SOMETIDO A UN SERVICIO ESPECIALIZADO

Michele Cristina Corrêa da Silva\*, Termutes Michelin Pezzutto\*\*

#### Resumo

A oxigenoterapia hiperbárica é um tratamento adjuvante que utiliza oxigênio puro por meio de uma câmara para promover a proliferação de tecidos, a neovascularização e a cicatrização de feridas. O objetivo do estudo foi caracterizar usuários de um serviço especializado nesse tipo de tratamento por análise descritiva retrospectiva e abordagem quantitativa, após prévia aprovação do Comitê de Ética da Universidade Paulista. Foram analisados 269 prontuários de clientes institucionalizados no período de 2006 a 2009, por meio de um instrumento de coleta de dados estruturado contendo variáveis sociográficas e dados referentes ao tratamento. A análise estatística demonstrou que de 269 sujeitos (59%) eram do sexo masculino e 110 (41%) do sexo feminino, a faixa etária predominante para as pessoas do sexo masculino foi de 31 a 40 anos, correspondendo a 21,4%, sendo que no sexo feminino, 23,7% tinham idade acima de 70 anos. Houve predomínio de dez sessões de oxigenoterapia hiperbárica (39%) e alta médica (78%) demonstrando a eficácia do tratamento. Quanto às indicações para o tratamento, as lesões traumáticas totalizaram 34,2%. Os dados coletados foram associados para evidenciar a relação entre eles, constatando-se o predomínio de lesões traumáticas em 25% de indivíduos do sexo masculino que exerciam profissões relacionadas ao grande grupo sete, segundo o Código Brasileiro de Ocupações. A assistência de enfermagem para pessoas submetidas ao tratamento é indispensável e caracterizar a população auxilia o direcionamento das ações/intervenções e a assistência individualizada. É fundamental disponibilizar programas para cursos profissionalizantes, quer seja em nível técnico, de graduação e pós-graduação, para os profissionais da área da enfermagem.

**Palavras-chave:** Oxigenação hiperbárica. Tratamento. Oxigenoterapia.

#### Abstract

Hyperbaric oxygen therapy is a helping treatment, using pure oxygen by means of a specific box, in order to promote the proliferation of tissues, as well as neovascularization and healing of wounds. The aim of this study was to characterize the users of a department devoted to this type of treatment focusing a retrospective descriptive analysis and a quantitative approach, after prior approval of the Ethics Committee of the University. 269 records of institutionalized customers in the period from 2006 to 2009 were analyzed. A structured data collection instrument containing sociographical variables and data related to the treatment was used. The statistical analysis showed that, 159 (59%) of 269 subjects were male and only 110 females (41%); the predominant age group for males was the one from 31 to 40 years, corresponding to 21.4% of males, while inside female group, 23.7% were older than 70 years. There was a predominance of 10 sessions of hyperbaric oxygen therapy (39%) and discharge (78%) demonstrating the effectiveness of the treatment. Considering the indications for this treatment, traumatic injuries were the main reason with 34.2% of all cases. The collected data were associated in order to highlight the relationship between them, showing the prevalence of injuries in 25% of males engaged in professions related to the large group seven, according to the Brazilian Code of Occupations. The nursing care for people submitted to this treatment is essential, at the same way that the characterization of the population helps the targeting of actions and interventions, as well as an individualized assistance. It is necessary to provide programs for professionalization courses, whether in technical, either in under graduation as well as at graduation level, for professionals in the field of nursing.

**Keywords:** Hyperbaric oxygenation. Treatment. Oxygen inhalation therapy.

#### Resumen

La oxigenoterapia hiperbárica es un tratamiento que utiliza oxígeno puro mediante una junta para promover la proliferación de los tejidos, la neovascularización y la cicatrización de heridas. El objetivo de este estudio fue caracterizar a los usuarios de un servicio especializado en este tipo de tratamiento para el análisis descriptivo retrospectivo y enfoque cuantitativo, después de la aprobación previa del Comité de Ética de la Universidad de São Paulo. Se analizaron 269 registros de clientes institucionalizados en el período comprendido entre 2006 y 2009, por medio de un instrumento de recolección de datos estructurados que contiene variables sociográficas y datos relacionados con el tratamiento. Análisis estadístico mostraban que el tema 159 (59%) eran hombres y 110 mujeres (41%), el grupo de edad predominante por personas del sexo masculino fue de 31 a 40 años, correspondientes a la 21.4%, mujeres, 23,7% tenían más de 70 años de edad. Hubo un predominio de 10 sesiones de oxigenoterapia hiperbárica therapy 39% y descarga (78%), lo que demuestra la efectividad del tratamiento. En cuanto a las indicaciones de tratamiento, lesiones traumáticas sumaron 34.2%. Los datos recogidos se asociaron para resaltar la relación entre ellos, observando la prevalencia de lesiones en 25% de los hombres que ejercen profesiones relacionadas con la gran grupo siete, según el Código Brasileño de Ocupaciones. La atención de enfermería para las personas que reciben tratamiento es indispensable y caracterizar a la población ayuda a dirigir las acciones / intervenciones y asistencia individualizada. Es esencial ofrecer programas para los cursos de formación profesional, tanto a nivel técnico, licenciatura y posgrado, para los profesionales de la campo de la enfermería.

**Palavras-chave:** Oxigenación hiperbárica. Tratamento. Oxigenoterapia.

\*Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP), Ribeirão Preto-SP, Brasil. Contato: michele\_cristina82@hotmail.com

\*\*Enfermeira Docente da Universidade Paulista (UNIP), Ribeirão Preto-SP - Brasil.

## INTRODUÇÃO

A oxigenoterapia hiperbárica (OHB) ou hiperoxigenação é um método terapêutico no qual o paciente é submetido a uma pressão maior que a atmosférica no interior de uma câmara hiperbárica, respirando oxigênio puro<sup>1-6</sup>. A câmara hiperbárica consiste em um compartimento selado resistente à pressão pressurizada com ar comprimido ou oxigênio puro. Pode ser de grande porte, capaz de acomodar vários pacientes simultaneamente (câmaras multiplaces), ou de tamanho menor, para um paciente (câmaras monoplaces).

O efeito primário da terapia OHB é aumentar a pressão parcial do oxigênio (PO<sub>2</sub>) no plasma e pode ser, aumentada muitas vezes além da PO<sub>2</sub> atingida pela respiração do ar em condições atmosféricas. Com o tratamento com OHB intermitente, a PO<sub>2</sub> é vinte vezes superior ao nível normal da PO<sub>2</sub> arterial. O fator que controla o grau de elevação da PO<sub>2</sub> é a pressão absoluta atingida no interior da câmara hiperbárica, enquanto o paciente respira O<sub>2</sub> puro. A tensão da PO<sub>2</sub> do ar ambiental respirado é determinada pelo aumento da tensão de oxigênio, necessária para elevar a PO<sub>2</sub> até o nível desejado, no sangue arterial ou na área hipóxica, para eficácia clínica<sup>6,7</sup>.

A câmara tipo monoplace tem o corpo cilíndrico transparente que propicia a pessoa visualizar o exterior do aparelho, contribuindo para a redução da ansiedade ocasionada pelo confinamento em espaço fechado. Possui também um sistema de comunicação via rádio, aumentando, assim, a segurança ao cliente. O modelo multiplace possibilita que a equipe responsável pelo tratamento esteja dentro da câmara durante a sessão e possui dois compartimentos para a entrada e a saída eventual de pessoas sem que haja a necessidade de interromper o tratamento<sup>5</sup>.

As câmaras são fabricadas em aço carbono, têm visores de acrílico para observação e portas de acesso aos vários compartimentos e formato retangular para facilitar a entrada de macas e/ou cadeiras de rodas<sup>5</sup>. A câmara monoplace é pressurizada com oxigênio, a multiplace utiliza ar comprimido para pressurização e disponibiliza o oxigênio através de máscaras individuais ou capacetes plásticos, conhecidos como *hoods*<sup>5,8</sup>.

Terapeuticamente, os efeitos são fisiológicos e

metabólicos: antibiótico e compensatório quanto à hipóxia celular, bioquímico pela ação contra substâncias tóxicas, fisiológico, biofísico e mecânico decorrente da pressão utilizada, farmacológico e sinérgico, além da ação antibiótica<sup>6</sup>. Devido a alta concentração de oxigênio dissolvida nos líquidos teciduais, os quatro principais efeitos obtidos são: proliferação de fibroblastos, neovascularização, atividade osteoclástica e osteoblástica e ação antimicrobiana<sup>3</sup>.

Na proliferação de fibroblastos a OHB promove o aumento de oxigênio dissolvido na corrente sanguínea e auxilia a chegada adequada de oxigênio em ótima concentração aos tecidos com diminuição ou sem vascularização, favorecendo a cicatrização da ferida. O processo de neovascularização ocorre por uma liberação maior da quantidade de oxigênio nos tecidos do que o habitual, de forma que ao término da sessão, os tecidos corporais sofrem uma hipóxia relativa devido à volta à concentração normal de oxigênio, sendo a associação destes, a responsável pela estimulação da neovascularização<sup>3</sup>.

Quanto à atividade osteoclástica e osteoblástica, à medida que promove o aumento de oxigênio dissolvido nos líquidos teciduais, o tratamento permite também a chegada do oxigênio aos ossos, podendo ser indicado a pessoas com osteomielite crônica. Quanto à ação antimicrobiana, o oxigênio tem um papel crítico no desenvolvimento de diversas infecções, pois considerável hipóxia ou até mesmo anaerobiose são verificadas em tecidos orgânicos infectados, favorecendo o crescimento de bactérias específicas. Em princípio, é nestas condições que a oxigenoterapia hiperbárica tem seu maior potencial terapêutico<sup>3</sup>.

Os efeitos da OHB resultam na redução de morbidades e letalidades, diminuem o tempo de internação e o uso de antibioticoterapia, diminuindo os custos totais do tratamento. O tratamento por OHB retrata um avanço significativo da medicina moderna e deve ser indicado e empregado em pessoas necessitadas<sup>9</sup>.

São muitas as indicações para o tratamento por OHB. O Conselho Federal de Medicina (CFM)<sup>10</sup> brasileiro preconiza a terapia para lesões refratárias em indivíduos diabéticos, com úlceras de estase venosa e de decúbito, ulcerações por insuficiências arteriais, gangrena

bacteriana progressiva, fascíte necrotizante, celulite anaeróbica crepitante, miosites, queimaduras térmica, químicas e principalmente elétricas, lesão por esmagamento, isquemia traumática, reimplantação de extremidades amputadas, síndrome compartimental, vasculopatias alérgicas e medicamentosas, pé diabético, gangrena gasosa, deiscências de suturas, síndrome de Fournier, radiodermite, doença descompressiva, embolia traumática pelo ar e gasosa, envenenamento por CO<sub>2</sub> ou inalação de fumaça, necrose de tecidos moles e osteomielite.

Complicações pré e pós-operatória por obstrução arterial, enxertos e retalhos comprometidos e casos de anemia aguda em que há impossibilidade de transfusão sanguínea, também têm indicação para o tratamento de OHB segundo o CFM<sup>10</sup>.

As contraindicações para OHB são divididas em absoluta, nos casos de pneumotórax não drenado ou com história de pneumotórax espontâneo, e relativa nas infecções das vias aéreas superiores e sinusites crônicas. Também nas infecções virais, cirurgias torácicas e otorrinolaringológicas recente, enfisema pulmonar, neurite óptica, gravidez, faixa etária inferior a dois anos, anestesia peridural há menos de 6 horas, esferocitose congênita, febre alta, neoplasias e histórias de convulsões e terapêutica com antineoplásicos<sup>2,5</sup>.

Os efeitos colaterais estão relacionados à variação da pressão interna da câmara, podendo ocorrer também por toxicidade do oxigênio, e quanto à dose e o período em que a pessoa fica exposta ao tratamento hiperbárico. Tais efeitos se caracterizam por toxicidade pulmonar manifestados por tosse seca, dor retroesternal, e edema pulmonar; toxicidade neurológica envolvendo parestesias e convulsão; desconforto e barotrauma auditivos; desconfortos em seios da face e alterações visuais transitórias<sup>3-6</sup>.

A introdução de ar no sistema nervoso e arterial pode causar embolia gasosa cerebral e comprometimento neurológico grave. As causas mais comuns são as iatrogênicas decorrentes de procedimentos invasivos e cirurgia e, embora menos frequente, pode ocorrer com mergulhadores. Cerca de 20.000 casos são referidos nos EUA, anualmente. O diagnóstico preciso e imediato permite um excelente resultado quando efetuada a

compressão do paciente. A redução das bolhas na circulação cerebral em até 1/6 de seu volume original restabelece a circulação cerebral prontamente. Considerando-se que, ao lado deste efeito mecânico direto da pressão sobre os êmbolos gasosos, o paciente está hiperoxigenado, tem-se um aumento do gradiente de difusão pulmonar do nitrogênio favorecendo ainda mais a eliminação de bolhas.

Os principais efeitos indesejáveis ocorrem no sistema nervoso central e no aparelho respiratório. Entretanto, os quadros são reversíveis, necessitando apenas o afastamento da fonte de oxigênio<sup>6</sup>.

### **Ações e intervenções de enfermagem na OHB**

No campo de ações da OHB os profissionais devem ter experiência para atendimento diferenciado no âmbito do tratamento médico-cirúrgico a adultos e crianças. A função compreende acompanhar e observar a realização do tratamento, identificar os efeitos colaterais decorrentes e agir com precisão diante de eventuais intercorrências<sup>3</sup>.

O treinamento e a habilitação da equipe de enfermagem para o trabalho em câmaras hiperbáricas ainda não integram os programas dos cursos profissionalizantes da área, quer seja em nível técnico, de graduação e pós-graduação<sup>3</sup>.

Conforme as normas e diretrizes de segurança e qualidade expedidas pela Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica, pessoas que irão operar o equipamento e prestar cuidados aos clientes deverão ser enfermeiros e técnicos de enfermagem, segundo a Lei nº7.498/86 que regulamenta o exercício profissional de enfermagem. Após ser habilitada para operar o painel de controle a pessoa poderá atuar como operadora de câmara multiplace ou monoplace<sup>3,7,8</sup>.

A OHB consiste num tratamento adjuvante e requer que os usuários colaborem para que o resultado seja positivo pela manutenção do controle das patologias de base. A orientação da equipe de enfermagem a pessoas com diabetes *mellitus* e hipertensão arterial é muito importante diante da necessidade de controle dos níveis da glicemia e da pressão arterial e dos curativos a serem realizados, bem como de dieta balanceada e a terapia medicamentosa quando necessária.

O enfermeiro deve elaborar o processo de trabalho considerando o registro das características individuais e a evolução das lesões durante o tratamento, objetivando avaliar a eficácia do tratamento e auxiliar na assistência de enfermagem ao cliente submetido a essa terapêutica.

Há atualmente uma perspectiva positiva quanto ao mercado de trabalho, embora em desenvolvimento. Oportuno divulgar a importância do tratamento hiperbárico aos atuais e futuros profissionais da área da saúde<sup>3</sup>. Neste sentido, o propósito do estudo é apresentar o perfil de usuários deste tratamento, bem como divulgar a importância da terapêutica.

## OBJETIVOS

Neste estudo o objetivo geral foi caracterizar os clientes submetidos à oxigenoterapia hiperbárica num serviço especializado a partir de dados do prontuário do cliente, e com base nas seguintes variáveis: sexo, idade, ocupação, escolaridade, renda, procedência, diagnóstico clínico, quantidade de sessões de OHB e o tipo de alta hospitalar.

## MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo, retrospectivo por abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital de pequeno porte localizado na cidade de Ribeirão Preto - SP, cuja capacidade era de 26 leitos, com setor específico para tratamento com OHB. Incluíram-se todos os prontuários de clientes que iniciaram o tratamento de OHB a partir de agosto/2006, e cuja conclusão do tratamento ocorreu até dezembro/2009.

A pesquisa foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista (UNIP), sob a Resolução nº196/96, do Ministério da Saúde/Conselho Nacional da Saúde<sup>10</sup>, e posteriormente aprovada (nº 042/10).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 269 prontuários e os dados classificados através de categorias objetivando a um melhor agrupamento. Inicialmente, os indivíduos foram subdivididos quanto ao gênero, entre os quais 59% eram homens e 41% mulheres. A análise dos dados individuais

mostrou-se importante, pois permitiu determinar a incidência e a prevalência da ocorrência de problemas como úlceras pépticas, acidentes de trânsito, varizes e artrites<sup>11,12</sup>.

As faixas etárias analisadas foram classificadas a cada dez anos. A variação para pessoas do sexo masculino correspondeu a: (2,5%) 0-10 anos; (5,7%) 11-20 anos, (20,7%) 21-30 anos, (21,4%) 31-40 anos, (15,1%) 41-50 anos, (20,1%) 51-60 anos, (7,5%) 61-70 anos e (7%) acima de 70 anos. Quanto ao sexo feminino: (3,6%) 0-10 anos, (8,2%) 11-20 anos, (6,4%) 21-30 anos, (10%) 31-40 anos, (12,8%) 41-50 anos, (18%) 51-60 anos, (17,3%) 61-70 anos e (23,7%) acima de 70 anos.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>13</sup> aponta que a população brasileira sofre mudanças na estrutura etária e que o índice de envelhecimento é gradativo, demonstrando que em 2008 existiam 24,7 idosos com 65 anos ou mais para cada 100 crianças de zero a 14 anos, enquanto a estimativa para 2050 é de 172,7 idosos entre a faixa etária de 65 anos ou mais para cada grupo de 100 crianças de zero a 14 anos.

Indivíduos adultos e idosos têm mais possibilidades de desenvolver doenças, sendo mais frequentes os casos de infecção, acidentes e as doenças crônico-degenerativas<sup>14</sup>. Em pessoas do sexo masculino a maioria das lesões está relacionada a traumas, cuja ocorrência poderá ser no ambiente de trabalho, no trânsito, dentre outros; em mulheres as doenças estão relacionadas a complicações crônico-degenerativas como o diabetes *mellitus* e a úlceras crônicas. O aumento da população idosa reflete um possível aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas sendo as mulheres mais vulneráveis.

Quanto às profissões dos sujeitos do estudo, considerando-se os registros dos prontuários, a análise sobre a ocupação foi classificada conforme o Código Brasileiro de Ocupações (CBO)<sup>15</sup> um documento que reconhece, nomeia, codifica e descreve as características das profissões do mercado de trabalho brasileiro, - fundamental para as estatísticas de emprego e desemprego, no planejamento de requalificações ocupacionais, educação profissional e estudos de taxas de mortalidade das ocupações.

As profissões classificadas pelo CBO são realizadas através de análise junto a famílias e são

constituídas por um conjunto de ocupações que agregam empregos ou situações de trabalho similares às atividades realizadas<sup>14</sup>.

Constatou-se no estudo que alguns prontuários não continham informações quanto à ocupação pessoal e alguns indivíduos estavam classificados como aposentados, estudantes, menores e desempregados<sup>15</sup>, conforme demonstrado na Tabela 1.

**Tabela 1** - Profissão dos indivíduos submetidos a OHB no período de agosto de 2006 a dezembro de 2009 segundo a classificação brasileira de ocupações. Ribeirão Preto, 2010.

Grupos	CBO 2002 - Grandes Grupos / Títulos	Quant.	%
00	Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares	01	0,3
01	Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes	05	1,8
02	Profissionais das ciências e das artes	24	09
03	Técnicos de nível médio	08	03
04	Trabalhadores de serviços administrativos	17	6,3
05	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	26	9,6
06	Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	08	03
07	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	36	13,4
08	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	03	01
09	Trabalhadores de manutenção e reparação	05	1,8
Aposentados (as)		59	22
Estudantes		15	5,5
Menores de idade		09	3,3
Desempregado		01	0,3
Não constava a profissão		17	6,3
Autônomo		04	1,5
Do lar		32	11,9
<b>Total</b>		<b>269</b>	<b>100%</b>

A atividade profissional exercida pode estar diretamente relacionada à ocorrência de acidentes que, por sua vez, podem ocasionar lesões leves e/ou graves, as quais podem ser descritas como sendo de natureza aguda ou crônica.

Quanto ao tipo de alta hospitalar, considerada de grande importância para esse estudo, constatou-se que a maioria dos sujeitos obteve alta médica (78%) demonstrando a eficácia do tratamento, seguida por alta a pedido (7%). Dados sobre abandono contabilizaram (6%), óbito (2%), transferência (1%) e a interrupção da terapia devido ao término do contrato de serviço (6%), independentemente do alcance dos objetivos propostos no tratamento.

Durante a internação a pessoa é tratada por um médico responsável pela internação, assistência e acompanhamento até a ocasião da alta. Porém, na vigência de solicitação de alta a pedido pelo doente, o médico e/ou a instituição tem por dever respeitar o direito de ir e vir do indivíduo, embora possa existir risco à vida pessoal<sup>16</sup>.

Evidenciaram-se entre os prontuários analisados

vários tipos de convênios particulares, os quais financiaram o tratamento. Objetivando unificar os dados e facilitar a leitura e o entendimento, algumas formas de convênios formaram um grupo único, classificado como convênios particulares, sendo sua incidência de 61%, seguido pelo atendimento particular (25%), no qual o cliente utilizou recursos financeiros próprios para a manutenção do tratamento.

Quanto ao financiamento concedido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e representado por 14% dos sujeitos, o fornecimento deu-se por aprovação em processos judiciais. Nestes casos é obrigatória a liberação de um montante de sessões, as quais são subdivididas entre clientes que acionaram o sistema, ou seja, ocorre por contrato entre o sistema e a instituição, sendo possivelmente renovada através de processos judiciais, quando necessário.

A OHB a partir da data de 11 de janeiro de 2010 foi incluída no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde (ANS), a qual serve de referência básica para cobertura mínima assistencial dos planos privados de assistência à saúde, uma diretriz a ser utilizada, embora com algumas restrições. Desde a vigência da Lei nº 9656/98 de 07 de junho de 2010, todos os convênios de saúde são obrigados a cobrirem o tratamento de OHB aos planos com contratos assinados a partir de janeiro de 1999<sup>16</sup>.

Vige ainda, regulamentado pelo Art. 199 da Constituição Federal, que "A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, mediante o contrato de direito público ou por convênio, cuja preferência é dada as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos"<sup>17,18</sup>.

A quantidade de sessões realizadas pelos clientes é definida pelo médico hiperbarista que, ao avaliá-los, define o número de sessões, a duração do tratamento e o nível de pressão durante cada sessão. A avaliação é realizada individualmente e adequadas às necessidades pessoais.

As sessões realizadas pelos sujeitos do estudo foram agrupadas a cada 10 sessões, classificadas assim para mais fácil entendimento. Pelo agrupamento observou-se que 39% dos clientes realizaram até 10

sessões, (26%) 11-20, (14,5%) 21-30, (7,8%) 31-40 (3,8%) 41-50, (3,3%) 51-60, (0,4%) 61-70, (3%) 71-80 e (2,2%) submeteram-se a mais de 80 sessões.

Constatou-se quanto aos diagnósticos clínicos uma grande variação de doenças. Portanto, foram classificados em grupos, segundo a característica das lesões em: traumas, lesões pós-cirúrgicas, lesões crônicas e outros. Estes, subdivididos entre os grupos: **Lesões traumáticas:** caracterizadas por fraturas expostas de MMSS e MMII, esmagamentos, amputações traumáticas que, posteriormente, puderam ocasionar reimplantes de extremidades, retalhos micro cirúrgicos e enxertos de pele. **Queimaduras:** decorrentes de queimaduras térmicas, elétricas ou químicas independente do grau de profundidade da lesão. **Lesões pós cirúrgicas:** caracterizadas por deiscências de sutura, isquemias e infecções de sítios operatórios. **Pé diabético:** lesões ocorridas em MMII decorrentes de complicações da doença. **Osteomielite:** caracterizadas por infecção óssea aguda ou crônica.

Quanto ao grupo das **úlceras vasculares crônicas** definidas pela perda da continuidade da pele nos MMII e cujo processo de cicatrização se prolonga por mais de seis semanas, foram caracterizadas como venosas, arteriais e mistas<sup>19</sup>. **Úlceras por pressão:** lesões inicialmente no tecido cutâneo (epiderme, derme, subcutâneo), podem acometer também tendões, articulações, estruturas musculares e ósseas, com ou sem necrose celular, resultante da compressão do tecido mole entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado de tempo<sup>19</sup>. **Infecções crônicas:** neste grupo agruparam-se os sujeitos em que nos prontuários o diagnóstico apenas especificava infecções crônicas.

No grupo intitulado **outros**, os demais diagnósticos foram agrupados pela variação entre eles e quanto à baixa incidência, incluindo-se: síndrome de Fournier, miosites, hidroadenites supurativas, lesões iatrogênicas decorrentes de tratamento por radioterapia, síndrome compartimental, crise aguda de labirintite, surdez súbita, erisipela, fascite necrotizante e vasculite.

Após a classificação das lesões evidenciou-se que a maior incidência de indicação para o tratamento de OHB ocorreu no grupo das lesões traumáticas, representado por 33,9% do total de sujeitos, seguido pelo grupo de osteomielite (14,5%). Foram classificados no grupo de

queimaduras 9,7% dos sujeitos, pé diabético (7,1%), úlceras vasculares crônicas (10%), úlceras por pressão (5,2%), infecções crônicas (3,3%) e 8,6% ao grupo denominado como outros.

O CFM<sup>10</sup> brasileiro indica o tratamento na vigência de: lesões refratárias por diabete, úlceras de estase venosa, ulcerações em insuficiências arteriais ou arterites, úlceras de decúbito, gangrena bacteriana progressiva, fascite necrotizante, celulite anaeróbica crepitante, miosites, queimaduras térmica, químicas e principalmente elétricas, lesão por esmagamento, isquemia traumática, reimplantação de extremidades amputadas, síndrome compartimental, vasculopatias alérgicas e medicamentosas, pé diabético, gangrena gasosa, deiscências de suturas, síndrome de fournier, radiodermite, doença descompressiva, embolia traumática pelo ar e gasosa, envenenamento por CO<sub>2</sub> ou inalação de fumaça, necrose de tecidos moles, osteomielite.

Após a coleta de dados realizou-se o cruzamento dos dados da população estudada considerando-se o gênero, a ocupação e tipo de lesões, com o propósito de demonstrar a incidência das lesões segundo as profissões exercidas. A maior incidência foi de lesões traumáticas, prevalecendo usuários do sexo masculino que exerciam as profissões do grupo GG7, nas quais se destacam os operadores de máquinas e auxiliares de produção. Entre os indivíduos do sexo feminino, a predominância foi de úlceras vasculares crônicas com incidência maior entre mulheres aposentadas, conforme especificado na Tabela 2.

**Tabela 2** - Distribuição dos sujeitos submetidos a OHB no período de agosto de 2006 a dezembro de 2009, pertencentes ao grupo de traumas, quanto à ocupação, os tipos de lesões e o sexo. Ribeirão Preto-SP, 2010.

Grupo de Ocupações	TRAUMAS												
	Lesões Traumáticas				Queimaduras				Lesões pós-cirúrgicas				
	Sexo		%		Sexo		%		Sexo		%		
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
GG0	0	01	0	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GG1	01	01	1,1	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GG2	04	05	4,3	5,4	02	0	7,7	0	01	03	5	15	
GG3	01	03	1,1	3,2	0	01	0	3,8	0	0	0	0	
GG4	03	03	3,2	3,2	0	02	0	7,7	0	0	0	0	
GG5	02	09	2,2	9,9	0	02	0	7,7	03	01	15	5	
GG6	0	03	0	3,3	0	03	0	11,7	0	0	0	0	
GG7	0	23	0	25	01	07	3,8	27	0	0	0	0	
GG8	0	01	0	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	
GG9	0	03	0	3,3	0	0	0	0	0	0	0	0	
Menor	02	01	2,2	1,1	01	02	3,8	7,7	0	0	0	0	
Aposentado (a)	04	01	4,3	1,1	0	02	0	7,7	03	02	15	10	
Estudante	04	03	4,3	3,3	01	0	3,8	0	0	0	0	0	
Autônomo	01	03	1,1	3,3	0	0	0	0	0	0	0	0	
Do lar	06	0	6,5	0	01	0	3,8	0	06	0	30	0	
Não Consta	0	04	0	4,3	0	01	0	3,8	01	0	5	0	
Desempregado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SUBTOTAL	28	64	30,3	69,7	06	20	22,9	77,1	14	06	70	30	
TOTAL GERAL	92		100	%	26		100%		20		100%		

Na Tabela 3 estão apresentados os dados de 131 sujeitos identificados por apresentarem lesões crônicas.

**Tabela 3** - Distribuição dos sujeitos com problemas crônicos quanto à ocupação, tipos de lesões e o sexo. Ribeirão Preto-SP, 2010.

Grupo de Ocupações	LESÕES CRÔNICAS																				
	Pé Diabético			Osteomielite			Úlceras Vasculares Crônicas			Úlceras por pressão			Infecções crônicas			Outros					
	Sexo	%		Sexo	%		Sexo	%		Sexo	%		Sexo	%		Sexo	%				
GG0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
GG1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
GG2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
GG3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
GG4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
GG5	01	02	5,3	10,5	01	05	2,6	12,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
GG6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
GG7	01	02	5,3	10,5	01	02	2,6	5,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
GG8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
GG9	0	01	0	5,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Menor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Aposentado (a)	04	03	21	15,8	03	06	7,7	15,4	11	07	40,7	26	04	02	28,7	14,3	0	05	0	55,6	
Estudante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autônomo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Do lar	01	0	5,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não Consta	0	02	0	10,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Desempregado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL	0	1	36	63	1	2	35	64	1	0	70	29,7	07	07	50	40	01	08	11,1	88,9	
TOTAL GERAL	19	100%	39	100%	27	100%	14	100%	09	100%	23	100%	09	100%	23	100%	09	100%	23	100%	

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A OHB é um tratamento adjuvante que promove proliferação de tecidos, a neovascularização e a cicatrização de feridas, cuja ação também é antimicrobiana. A atuação do profissional da enfermagem durante a realização do tratamento mostra-se de grande importância, embora ainda não existam cursos específicos aos profissionais da área da enfermagem. É necessário preparar a equipe por meio de cursos em nível técnico, de graduação e pós-graduação.

Os resultados do estudo possibilitaram caracterizar a população e identificar as características das lesões, classificadas por agrupamento em diversos tipos, assim como a forma da alta hospitalar e os convênios utilizados, dentre outros aspectos. Analisadas e

classificadas a cada dez anos, a faixa etária teve uma variação predominante entre as pessoas do sexo masculino, de 31 a 40 anos correspondendo a 21,4%, para a feminina, 23,7% com idade a partir de 70 anos. A média de sessões demonstrou que 39% dos clientes necessitaram até 10 sessões e a maioria dos sujeitos recebeu alta médica (78%) demonstrando a eficácia do tratamento. Quanto ao tipo de lesões tratadas por OHB, a predominância ocorreu no grupo das lesões traumáticas, na população masculina, com 33,9% do total de sujeitos.

Por ocasião da coleta dos dados não foram encontradas informações relativas ao grau de instrução e à renda salarial em alguns dos prontuários analisados, prejudicando a apresentação dos dados do estudo. O grau de instrução pode facilitar ou dificultar o entendimento e o tratamento, assim como a renda salarial pode influenciar direta ou indiretamente a evolução do tratamento pela OHB, pois, por sua característica adjuvante, requer cuidados complementares por meio de curativos para as lesões, com soluções, pomadas, cremes específicos, muitas vezes de alto custo.

É fundamental a preparação e o aprimoramento da equipe de enfermagem para esse tipo de cuidado, tendo em vista contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem a pessoas que necessitem desse tipo de terapia, independentemente da instituição prestadora do serviço, pois auxilia no direcionamento e adequação das ações/intervenções, especialmente em melhores resultados.

### REFERÊNCIAS

- Marcondes CM, Lima EB. A oxigenoterapia hiperbárica como tratamento complementar das úlceras de membros inferiores. *Rev Angiol Cir Vascular*. 2003; 12(2):54-60.
- Geovanini T, Silva MCS. Tratamentos complementares. In: Geovanini T, Gomes AOJ. *Manual de curativos*. 2ª ed. São Paulo: Corpus; 2008. p. 157-8.
- Lacerda EP, Sitnoveter EL, Alcantara LM, Leite JL, Trevizan MA, Mendes IAC. Atuação da enfermagem no tratamento com oxigenoterapia hiperbárica. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14(1):118-23.
- Rodrigues Junior M, Marra AR. Quando indicar a oxigenoterapia hiperbárica?. *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50(3):240.
- OHBRio Medicina hiperbárica. Tratamento adjuvante de oxigenoterapia hiperbárica. [acesso em 2010 set 08]. Disponível em: <http://www.ohb-rio.med.br>.
- Costa LC. Oxigenoterapia hiperbárica. [acesso em 2010 jun 03]. Disponível em: [www.ecotecmed.com.br/ohb.htm](http://www.ecotecmed.com.br/ohb.htm).
- Pasquier D, Hoelscher T, Schmutz J, Dische S, Mathieu D, et al. Hyperbaric oxygen therapy in the treatment of radio-induced lesions in normal tissues: a literature review. *Radiother Oncol*. 2004; 72 (1):1-3.
- Dias MDA, Brito TA, Menegozzo LMM. Diretrizes de segurança e qualidade em medicina hiperbárica. São Paulo: SBMH; 2003.
- Brito T. Medicina hiperbárica/oxigenoterapia hiperbárica: uma modalidade terapêutica ainda desconhecida. *J Med CFM*. 2002; 134(17):15-6.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.457 segundo a Lei nº 3.268. Brasília; 1995.
- Freire MCM, Patussi MP. Tipos de estudos. In: Estrela C. *Metodologia científica: ensino e pesquisa em odontologia*. São Paulo: Artes Médicas; 2001. cap. 8.
- Pereira MG. *Epidemiologia teoria e prática*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 187-200.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população do Brasil: população brasileira envelhece em ritmo acelerado*. [acesso em 2010 jun 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- Vieira S, Hossne WS. *Metodologia científica para a área de saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2001. p. 13-26.

15. Ministério do Trabalho. Portal do Trabalho e Emprego: Classificação Brasileira de Ocupações. [acesso em 2010 abr 11]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br>
16. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Internação, alta médica e remoção de pacientes. [acesso em 2010 abr 11]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br>
17. Agência Nacional de Saúde. Atualização do rol de procedimentos e eventos de saúde. [acesso em 2010 abr 11]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>
18. Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988. Seção II [material da internet]. [acesso em 2010 abr 11]. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>
19. Mabtum A, Garcia CSC, Fortuna CM. Assistência Integral às pessoas com feridas crônicas. [material da internet]. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto; 2004. [acesso em 2010 maio 01]. Disponível em: <http://www.prefeituraribeiraopreto.gov.br>



# Artigos de Revisão

# GASOMETRIA ARTERIAL - EVIDÊNCIAS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

## ARTERIAL BLOOD GASES - EVIDENCE FOR NURSING CARE

### LOS GASES ARTERIALES - PRUEBAS PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Virtude Maria Soler<sup>\*</sup>, Regiane Sampaio<sup>\*\*</sup>, Maria do Rosário Gomes<sup>\*\*\*</sup>

#### Resumo

A gasometria arterial é um exame indicado em situações em que há desequilíbrio ácido-básico. Determina a função respiratória e a extensão da troca gasosa, traduzindo as condições de perfusão tecidual em que se encontra o paciente. O enfermeiro é responsável pela coleta de sangue, um ato que demanda conhecimento específico e habilidade técnico-científica. O nosso é um estudo não sistemático, de revisão da literatura de publicações do período de 2000 a 2010, cujo objetivo foi apresentar evidências científicas sobre a coleta de sangue para gasometria arterial no campo de atuação do enfermeiro. Foram obtidos 13 estudos das bases de dados: SciELO 5 (38,4%), LILACS 5 (38,4%), MEDLINE 2 (15,3%) e CINAHAL 1 (7%). Os resultados descrevem as condições adequadas para a coleta de sangue, a necessidade de realização do teste de Allen, os materiais e os cuidados na seleção e punção da artéria, acondicionamento e encaminhamento da amostra segundo as evidências científicas, diagnósticos de enfermagem, bem como as possíveis complicações e algumas considerações gerais. Conclui-se que são escassos os estudos sobre esse tema e sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas que evidenciem e proporcionem ao enfermeiro melhores condições para a coleta desse exame, uma vez que a melhor técnica e cuidados proporcionarão condições de resultados mais exatos e, por consequência, um melhor direcionamento médico do tratamento.

**Palavras-chave:** Gasometria arterial. Evidências científicas. Cuidado de enfermagem. Enfermagem baseada em evidências.

#### Abstract

Arterial gasometry is a blood test performed when the patient is supposed to have an acid-basic misbalance. It's able to determine respiratory function, as well as gases change extension, depicting tissues perfusion rate of the patient. Nurses are in charge for blood collection: a task requiring specific knowledge, as well as technical-scientific ability. Our study is a non systematic literature review of papers from 2000 through 2010. The aim was the presentation of scientific evidences about blood collection for arterial gasometry in terms of nurse field of action. We found 13 papers inside the following data bases: SciELO 5(38.4%), LILACS 5(38.4%), MEDLINE 2 (15.3%) and CINAHAL 1(7%). The results describe the proper conditions for blood collection, the need for performing Allen test, materials and care conditions for choosing and puncturing an artery, as well as conservation of a sample, according with scientific evidences, nurse's diagnosis, as well as possible complications and some general considerations. We conclude that only few studies about this topic were performed, suggesting the need of more research in order to offer to nurses better conditions for performing properly this test, once a better technique, as well as a proper care will allow more precise results and, finally, a better medical advising for a correct therapy.

**Keywords:** Blood gas analysis. Nursing care. Evidence-based nursing.

#### Resumen

Análisis de gas de sangre es un examen que se indica en situaciones donde hay desequilibrio ácido-base. Determina la función respiratoria y la magnitud del intercambio gaseoso, traduciendo las condiciones de perfusión de tejido del paciente. La enfermera es responsable de la recogida de sangre, un acto que requiere conocimientos específicos y habilidades técnicas y científicas. El nuestro es un estudio no sistemático de revisión de la literatura de las publicaciones del período comprendido entre 2000 y 2010, cuyo objetivo era presentar evidencia científica sobre la colección de sangre para análisis de gases arteriales en el campo de acción de la enfermera. 13 estudios obtenidos de bases de datos: 5 (38,4) SciELO, LILACS 5 (38,4), MEDLINE (15,3) de 2 y 1 CINAHAL (7). Los resultados describen las condiciones apropiadas para la recolección de la sangre, la necesidad de realización de la prueba de Allen, los materiales y la selección y punción de la arteria, preparación y presentación de la muestra según la evidencia científica, los diagnósticos de enfermería, así como las posibles complicaciones y algunas consideraciones generales. Se concluye que estudios son escasos en este tema y propuso el desarrollo de nuevas investigaciones que muestren y proporcionan las mejores condiciones para la enfermera recoge este examen, una vez que la mejor técnica y el cuidado se proporcionan las condiciones para obtener resultados más precisos y por lo tanto, mejor dirigidas a tratamiento médico.

**Palabras clave:** Análisis de los gases de la sangre. Atención de enfermería. Enfermería basada en la evidencia.

## INTRODUÇÃO

A punção arterial para fins de gasometria é um procedimento específico do enfermeiro e demanda competência técnica e científica para sua execução. Portanto, é necessário estar dotado de conhecimentos, capacidade e habilidades para garantir rigor técnico e científico na execução, atentando para a capacitação

contínua necessária à sua realização. O procedimento deverá ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo as determinações da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 390/2011<sup>1</sup>.

A avaliação do estado ácido-básico do sangue por meio da gasometria arterial (GA) é um exame necessário

Pesquisa Institucional das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

\* Doutora em Enfermagem Fundamental - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (USP). Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP e da Universidade de Franca (UNIFRAN), Franca, SP. Contato: virmariasoler@gmail.com

\*\* Enfermeira graduada pelo curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

\*\*\* Graduanda da 4ª série do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

em algumas situações, pois, além dos desvios do equilíbrio ácido-base (EAB) propriamente dito, pode fornecer dados sobre a função respiratória e sobre as condições de perfusão tecidual em que se encontra o paciente<sup>2</sup>.

O grau de acidez é uma propriedade química importante do sangue e de outros líquidos corpóreos. A acidez é expressa na escala de pH, na qual 7 é o valor neutro, acima de 7 é básico (alcalino) e abaixo de 7 é ácido. Normalmente, o sangue é discretamente alcalino, com um pH situado na faixa de 7,35 a 7,45. O equilíbrio ácido-básico é controlado com precisão por três importantes mecanismos orgânicos, pois mesmo um pequeno desvio da faixa normal pode afetar gravemente muitos órgãos<sup>3</sup>.

A gasometria possibilita a leitura do pH e das pressões parciais de O<sub>2</sub> e CO<sub>2</sub> em uma amostra de sangue. A interpretação é feita pela comparação desses parâmetros na amostra com os padrões internos do gasômetro. Eventualmente, a coleta de sangue pode ser arterial ou venosa, embora predominantemente a coleta seja de sangue arterial. Na prática clínica é indispensável saber qual a natureza da amostra para a interpretação precisa dos resultados, sendo necessário assegurar rigor na técnica. Na avaliação do desempenho pulmonar o sangue coletado é arterial e a avaliação da hematose indicará o teor de oxigênio oferecido aos tecidos<sup>4,5</sup>.

Amostras de sangue para GA determinam a qualidade e a extensão da troca gasosa pulmonar e do equilíbrio ácido básico. O teste mede a PaO<sub>2</sub>, a SaO<sub>2</sub>, a PaCO<sub>2</sub>, o pH e o nível de bicarbonato (HCO<sub>3</sub>)<sup>5</sup>. Normalmente, a requisição e análise da GA são realizadas pelo médico, enquanto as amostras são coletadas pelo enfermeiro, recaindo sua indicação sobre pacientes com alterações metabólicas, doença pulmonar obstrutiva crônica, edema pulmonar, síndrome da angústia respiratória aguda, infarto do miocárdio ou pneumonia, dentre outras.

O pH permite a avaliação dos distúrbios ácido-base, classificados em acidóticos ou alcalóticos. O PaCO<sub>2</sub> informa sobre o estado ventilatório dos pacientes, sendo que sua elevação pode significar necessidade de ventilação mecânica. A PaO<sub>2</sub> contribui pouco para o conteúdo arterial de oxigênio (CaO<sub>2</sub>), entretanto é um parâmetro importante para monitorar as trocas pulmonares de O<sub>2</sub>, sendo o determinante primário da SaO<sub>2</sub>. A monitoração da PaO<sub>2</sub> permite a correção tanto da hipoxemia quanto da hiperóxia (concentrações elevadas e potencialmente tóxicas de O<sub>2</sub>). A SaO<sub>2</sub> é variável determinante da CaO<sub>2</sub>, justificando sua importância na prática clínica<sup>6</sup>.

Geralmente a GA confirma o diagnóstico clínico e

os resultados são utilizados no acompanhamento da insuficiência respiratória, em estudos de alterações ocorridas durante exercício ou com enriquecimento do ar inspirado com O<sub>2</sub>; na avaliação dos distúrbios de trocas gasosas durante o exercício; para diagnóstico de *shunt* arteriovenoso e diagnóstico de alterações metabólicas primárias como a cetoacidose diabética. Também é realizada nas situações clínico-cirúrgicas onde haja evidência de episódios de choque e após cirurgia de desvio coronariano, reanimação de parada cardíaca, mudanças na terapia ou na condição respiratória e em anestésias prolongadas<sup>3,4</sup>.

São quatro as alterações primárias do equilíbrio ácido-básico: 1) acidose metabólica: quando diminui o HCO<sub>3</sub> ou quando a concentração de H<sup>+</sup> aumenta; 2) alcalose respiratória quando o HCO<sub>3</sub> encontra-se elevado ou quando há perda de H<sup>+</sup>; 3) acidose respiratória quando ocorre aumento da pCO<sub>2</sub>; 4) alcalose respiratória quando a pCO<sub>2</sub> esta reduzida<sup>3,5</sup>.

Na vigência de distúrbios ácido-básico é importante identificar o fator etiológico visando que a abordagem terapêutica seja dirigida à causa básica. Torna-se fundamental a caracterização do tipo de distúrbio apresentado pelo paciente e existem algumas regras que podem ser utilizadas para avaliar as respostas compensatórias por ocasião de desequilíbrios, conduzidas por meio da utilização de fórmulas e cálculos matemáticos. Porém, por demandarem tempo para a sua realização, nem sempre são empregadas na prática clínica. Assim, a interpretação dos dados gasométricos pode ser incompleta, ou até mesmo equivocada<sup>3,7</sup>.

Dentre as várias alterações nos resultados das GA, algumas podem estar circunscritas à coleta, armazenamento/encaminhamento do material ao laboratório, além de alterações relacionadas ao gasômetro. Portanto, é importante que apenas enfermeiros com treinamento especializado possam coletar amostras de sangue para esse tipo de exame. Dessa forma, o ato requer do profissional, além da habilidade, adequado conhecimento técnico-científico, a realização do teste de Allen enquanto uma boa manobra clínica para avaliar o fluxo de sangue colateral antes da tentativa de puncionar a artéria, além de outros aspectos pertinentes a técnica<sup>8</sup>.

Atualmente as práticas inovadoras consistem em obter soluções criativas para os problemas cotidianos e têm por objetivo realizar pequenas melhorias na prestação dos cuidados de enfermagem<sup>5</sup>. Este movimento em prol de uma melhor qualidade assistencial permite que procedimentos baseados em evidências aumentem e se

fortaleçam mundialmente e, por consequência, a pesquisa científica e a prática clínica possam ser mais consistentes<sup>8</sup>.

Agregar evidências de pesquisa para guiar a prática clínica é uma das principais razões para se desenvolver estudos que sintetizem a literatura e no cenário dos cuidados à saúde cresce gradativamente a prática baseada em evidências. Esse tipo de prática requer que os profissionais da área da saúde, especialmente enfermeiros, utilizem de habilidades de raciocínio crítico na avaliação e apresentação dos melhores cuidados e resultados de pesquisas científicas, tendo em vista oferecer um cuidado mais qualificado ao cliente-família e à comunidade.

Desde 1992, quando Gordon Guyate descreveu a Medicina Baseada em Evidências como um novo paradigma para a prática médica, esse tipo de raciocínio, que emergiu da disciplina de epidemiologia clínica (estudo da saúde e da doença nas populações), tem se expandido e contribuído para uma melhor prática de cuidados<sup>7</sup>.

Qualquer estudo baseado em evidências refere-se ao uso e informações válidas e relevantes na tomada de decisões. A informação baseada em pesquisa é usada em associação com o conhecimento que se tem dos pacientes (seus sintomas, diagnósticos e preferências manifestadas) e o contexto em que a decisão está ocorrendo, incluindo desde o ambiente do cuidado até os recursos disponíveis<sup>9</sup>.

A partir do questionamento do que é necessário ao enfermeiro saber para coletar sangue para GA, neste estudo o propósito foi identificar na literatura científica evidências científicas acerca da coleta de GA, mais especificamente, sobre o teste de Allen, a técnica adequada, preparo do equipamento, considerações específicas sobre como proceder durante o ato, diagnósticos de enfermagem e as possíveis complicações decorrentes da coleta de sangue, cuja finalidade é contribuir para melhorar esse tipo de cuidado.

## OBJETIVO GERAL

Apresentar evidências científicas sobre a coleta de sangue para gasometria arterial no campo de atuação do enfermeiro.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo não sistemático, de revisão bibliográfica, baseado em artigos publicados no período de 2000 a 2010, em periódicos científicos disponíveis na Literatura Latino-Americana e do Caribe em

Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic library Online* (SciELO), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e artigos de fontes não sistematizadas que contemplavam o tema do estudo. Foram obtidos 63 artigos, destes, selecionados 13, segundo o objetivo e os critérios de inclusão (estudos publicados no período estipulado, cujo texto era completo e que contemplassem o tema). Os dados foram complementados por estudos localizados *on-line* e em livros específicos sobre evidência científica.

A revisão bibliográfica da literatura é fundamental e representa a base que sustenta qualquer estudo científico. Consiste em uma análise crítica, meticulosa e ampla das publicações correntes em uma determinada área do conhecimento sobre um determinado tema. Caracteriza-se, portanto, como um tipo de estudo que permite investigar uma gama de fenômenos por meio de pesquisa em materiais já elaborados, possibilitando aprimorar ideias e conceitos<sup>10</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 13 estudos. O Quadro 1 identifica os artigos, segundo bases de dados indexadas, o título e autoria, ano de publicação, o periódico e a fonte.

**Quadro 1** - Amostra dos estudos publicados na literatura científica sobre gasometria arterial, no período de 2000 a 2010

Autoria	Título	Ano de Publicação	Periódico	Fonte
1. Crawford A	An audit of the patient's experience of arterial blood gas testing.	2004	Br J Nurs 13(9):529-32	LILACS
2. Bisson J, Younker J	Correcting arterial blood gas for temperature (when) is it clinically significant?	2006	Nurs Crit Care 11(5):232-8.	LILACS
3. Caregnato R, Aquino C	Teste de Allen: uma revisão bibliográfica	2009	Rev Enferm Atual 9(53):33-6	CINAHL
4. Johnson KL	Diagnostic measures to evaluate oxygenation in critically ill adults: implications and limitations.	2004	Nurs Crit Care 9 (3): 123-33.	LILACS
5. Barbosa MBGA, Dantas CAD, Queiroz FH	Avaliação da acidose metabólica em pacientes graves: método de Stuart-Figge versus a abordagem tradicional de Henderson-Hasselbach.	2006	Rev Bras Ter Intensiva 18(4):380-4.	LILACS
6. Lorenzo-Zúñiga V, Alvarez MA, Planas R, Morillas R, Domenech E, Cabré E, Gassul MA	Gasometric alterations in hospitalized cirrhotic patients.	2005	An Med Interna (Madrid) 22(5):209-12	LILACS
7. Giuliano KK, Klempell R	The use of common continuous monitoring parameters: a quality indicator for critically in patients with sepsis.	2005	AACN Clin 16(2):140-8	MEDLINE
8. Guetti NR, Marques IR	Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos e morte encefálica.	2008	Rev Bras Enferm 61(1):91-7.	SciELO
9. Pierantoni, IM, Cabral IE	Conhecimentos essenciais no cuidado à criança com oxigenoterapia	2001	Rev da Sociad Bras de Enferm 1(0)	SciELO
10. Martínez S, Efrén L, Martínez-Guerra ML, Duran A, Gotés J, Roquet I et al	Utilidad de la gasometria capilar para evaluar el intercambio gaseoso com Fio2 al 21% y al 100% en el sujeto com enfermedad cardiopulmonar estable a 2,240 metros sobre el nivel del mar.	2009	Arch Cardiol Méx 79(1):18-26.	SciELO
11. Pramod S, Gunchan P, Sandeep P	Interpretation of arterial Blood gas	2010	IJCCM	MEDLINE
12. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D et al	Ocorrência de acidente de trabalho em uma unidade de terapia intensiva	2004	Rev Latino-Am 12(2):204-11.	SciELO
13. Armendaris MK, Azzolin KO, Alves F J MS, Ritter SG, Moraes MAP	Incidência de complicações vasculares em pacientes submetidos a angioplastia coronariana transluminal percutânea por via arterial transradial e transfemor	2008	Acta Paul Enferm 21(1):107-11.	SciELO

Prevaleceram artigos da SciELO 5 (38,4% ) e da LILACS 5 (38,4%), seguidos pela MEDLINE 2 (15,3%) e CINAHL 1 (7%). São escassos os artigos publicados por enfermeiros sobre evidências científicas acerca da coleta de sangue para GA.

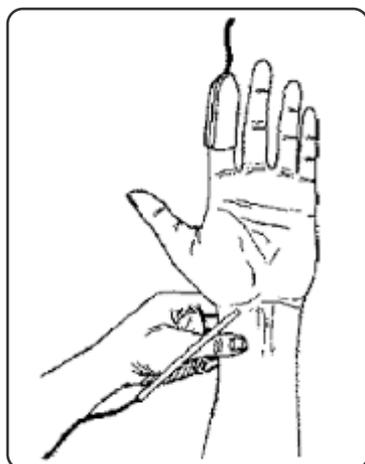
### Coleta de sangue arterial e teste de Allen

A artéria radial tem prioridade de escolha na coleta de sangue para GA. A mão é irrigada pela artéria radial e pela ulnar, não sendo prejudicada no caso de lesões, desde que as duas estejam em bom funcionamento. A avaliação é feita pelo teste de Allen, utilizado para comparar a amplitude de pulso e a dominância ou oclusão das artérias radial e ulnar. Esta manobra revela o enchimento arterial do arco palmar e dos ramos arteriais profundos palmares<sup>5,11</sup>.

O teste de Allen é utilizado na avaliação como um sinal e, quando presente, revela a oclusão da artéria radial ou ulnar, distalmente ao punho. O teste é realizado pelo examinador colocando seus polegares sobre o pulso radial e ulnar de uma mão. Depois de o paciente cerrar o punho para expulsar o sangue de sua mão, o examinador comprime as artérias; quando o paciente abre a mão, ela estará pálida; a pressão da artéria radial é então liberada, mantendo-se a compressão da ulnar. Se a artéria radial, distal ao punho, for patente, a mão torna-se cor de rosa rapidamente; se ela estiver ocluída a mão permanecerá pálida. A manobra é então repetida para a artéria ulnar<sup>11</sup>.

Quanto ao tempo para avaliação do resultado - se a cor da mão voltar em 5-15 segundos, indicando que a artéria cubital tem bom fluxo de sangue e voltar a cor normal à mão, considera-se o teste positivo. Porém, se a cor da mão não voltar nesse tempo, indica que a circulação cubital é insuficiente ou inexistente; neste caso, a artéria radial que irriga essa mão não deverá ser puncionada<sup>12</sup>. Este teste, antes e depois de exposição ao frio, é importante na diferenciação entre doença oclusiva e doença espástica em pacientes que apresentam o fenômeno de Raynaud<sup>13</sup>.

Figura 1 - Esquema do procedimento realizado após liberação do pulso ulnar



Estudo realizado<sup>14</sup> para avaliar o valor da oximetria de pulso pelo teste de Allen na avaliação da perfusão da mão para retirada da artéria radial obteve resultado insatisfatório em 15 dos 50 testes realizados. Os autores referem que o teste é de abordagem qualitativa, subjetiva e sujeita a variação entre os observadores.

Este procedimento é utilizado comumente na avaliação da artéria radial e ulnar. Quando a artéria radial estiver inacessível ou o teste de Allen for negativo, pode-se, então, usar a artéria braquial. Esta, porém, é uma das mais difíceis de palpar e estabilizar e causa maior risco de punção venosa, devido à localização, e, ainda, provoca muita dor quando o nervo braquial é puncionado. Apenas enfermeiros com treinamento especializado adicional podem usar a artéria femoral – mais utilizada em uma emergência, como parada cardíaca ou choque hipovolêmico, quando fica difícil palpar os pulsos<sup>5</sup>.

Quando a punção for realizada na artéria femoral deve-se pressionar o local após a punção por 10 minutos, por ser um vaso de maior calibre e pressão. Se possível, evitar a coleta nesse local, principalmente em pacientes plaquetopênicos. Se o paciente estiver em terapia anticoagulante ou apresentar discrasia sanguínea, e a coleta for efetuada, aplicar pressão por 10 a 15 minutos. Se necessário, pedir auxílio a um colega da equipe para aplicar pressão no local da punção enquanto a amostra é preparada para ser enviada ao laboratório, evitando pedir ao paciente que segure a gaze. Se ele não aplicar pressão suficiente, poderá formar-se um hematoma grande e doloroso, impedindo futuras punções arteriais nesse local<sup>5</sup>.

Quanto ao equipamento, recomenda-se o uso de seringa descartável *luer lock* de 10ml - especificamente feita para a retirada de sangue para análise de GA, ampola de heparina aquosa de 1ml (1:1.000), agulha 20G 1<sup>1</sup>/<sub>4</sub> e agulha 22G 1, com dispositivo de segurança, luvas, algodão com álcool, duas gazes 5X5 cm, filtro protetor, bolsa plástica com gelo, formulário de solicitação ao laboratório, atadura aderente e, opcional: solução de lidocaína a 1%<sup>5</sup>. Muitas instituições utilizam um Kit comercial próprio para a coleta de GA com todo o material descrito acima. Caso a instituição não disponibilize esse Kit, utilizar seringa estéril e cuba rim limpa, cheia de gelo para transportar a amostra, ao invés de bolsa plástica<sup>5,11</sup>.

Para a heparinização da seringa e da agulha, se a seringa não estiver heparinizada, acoplar agulha 20G à seringa e, após, abrir a ampola de heparina e aspirar todo o conteúdo para dentro da seringa para evitar que a amostra

coagule. Segurar a seringa ereta e puxar o êmbolo devagar, próximo à marca de 7ml. Girar o cilindro ao mesmo tempo em que se puxa o êmbolo permitindo que a heparina cubra a superfície interna da seringa. Então, lentamente, empurrar a heparina na direção do bulbo da seringa, expelindo todo o conteúdo, exceto 0,1ml. Para a heparinização, primeiro substituir a agulha 20G por outra 22G. Depois, segurar a seringa de pé, inclinando-a de leve e ejetar a heparina restante. Heparina em excesso na seringa altera os valores do pH do sangue e da  $\text{PaO}_2$ <sup>5</sup>.

Estudo desenvolvido por Ordog, Wasserberger e Balasubramanian<sup>15</sup> concluiu que o excesso de heparina líquida pode produzir resultados falsos, tais como acidose metabólica, e recomendam a retirada do excesso do produto.

Para a coleta de sangue, realizar a punção da pele e da parede da artéria com um movimento, seguindo o trajeto da artéria. Ao punccionar a artéria radial, manter o bisel da agulha para cima, formando um ângulo de 30 a 45 graus. Na punção da artéria braquial, segurar a agulha num ângulo de 60 graus. Observar o fluxo de retorno de sangue na seringa. Não puxar o êmbolo de volta, pois o sangue arterial deve entrar automaticamente na seringa. Encher a seringa até a marca de 5ml. Comprimir o local da punção até parar o sangramento – no mínimo cinco minutos. As bolhas de ar devem ser imediatamente retiradas, para isso manter a seringa de pé e ejetar devagar parte do sangue sobre a gaze. Quando a amostra contém ar, ocorre o equilíbrio gasoso com o sangue. A  $\text{PCO}_2$  da amostra será mais baixa enquanto a  $\text{PO}_2$  poderá ser mais alta e o resultado poderá não refletir as condições reais do paciente<sup>5,15</sup>.

O diagnóstico das alterações do equilíbrio-ácido-base é feito pela análise da GA, entretanto, existem fatores que podem influenciar os resultados desse tipo de exame. Dentre eles são apontados: a punção arterial em pacientes conscientes pode resultar em hiperventilação diante do temor induzido pelo exame<sup>5</sup>; a heparina é um produto considerado ácido que, teoricamente, pode influenciar no resultado e valores do pH,  $\text{PCO}_2$  e  $\text{PO}_2$ , em amostras pequenas; número aumentado de plaquetas e leucocitose geralmente reduzem a  $\text{PO}_2$ , gerando falsa impressão de hipoxemia; a queda na  $\text{PO}_2$  é negligenciável, caso a amostra tenha sido armazenada em gelo e analisada dentro de uma hora. Presumivelmente, o metabolismo em andamento dos elementos celulares do sangue pode consumir  $\text{O}_2$  e reduzir a  $\text{PO}_2$ ; o resfriamento aumenta o pH

e a saturação de oxigênio e diminui a  $\text{PO}_2$ . O halotano aumenta falsamente os valores da  $\text{PO}_2$  porque o eletrodo para a  $\text{PO}_2$  no aparelho de gasometria também responde ao halotano<sup>16</sup>.

### Amostras de sangue – considerações

A oxigenação é dependente de três processos fisiológicos: troca gasosa pulmonar, transporte e consumo de oxigênio. Uma avaliação precisa e minuciosa da oxigenação deve incluir uma avaliação de cada um destes três processos como ferramentas de diagnóstico disponíveis para os médicos de unidades de cuidados intensivos. É imperativo que os médicos que trabalhem nessas unidades reconheçam e apreciem as implicações e limitações dessas ferramentas diagnósticas para evitar tomar decisões de tratamento com base em dados imprecisos e espúrios. Avaliação precisa e o tratamento de distúrbios na oxigenação são cruciais para otimizar os resultados aos pacientes<sup>17,18</sup>.

Interpretar os gases da GA é uma prática comum nas unidades de terapia intensiva. O uso da facilidade de correção de temperatura, no entanto, não é padronizado, e os efeitos de correção de temperatura sobre o resultado ABG podem afetar a gestão global do paciente. Prática corrente no Reino Unido e na Austrália é discutida juntamente com uma revisão dos princípios fisiológicos da oxigenação e do equilíbrio ácido-base. São utilizados os métodos *alfa-stat* e *pH-stat* de GA, entretanto, existem argumentos pró e contra usando o recurso de correção de temperatura para GA. Recomenda-se essa prática<sup>19</sup>.

A adoção da escola dinamarquesa (Siggaard Andersen) é praticamente uma unanimidade internacional nas coletas e interpretação de GA. Sobre esse aspecto relatam os autores<sup>20</sup>: quando se solicita a gasometria sanguínea, o pH, a  $\text{PO}_2$  e a  $\text{PCO}_2$  são obtidos por medida eletrônica direta. Os valores do  $\text{CO}_2$ ,  $\text{HCO}_3^-$ , BE, saturação de oxigênio ( $\text{SatO}_2$ ) são obtidos por medida indireta mediante leitura no nomograma de Siggaard Andersen.

Como os distúrbios envolvem mecanismos renais e respiratórios, o diagnóstico deve ser baseado na gasometria do sangue arterial. Descrições sobre a gasometria venosa: a amostra venosa não permite a análise da função respiratória e sua coleta está sujeita a erros. Para fins científicos deve, inclusive, ser coletada na artéria pulmonar onde o sangue venoso é misto<sup>20</sup>.

Importante também considerar na análise da gasometria venosa: a  $\text{PO}_2$  venosa quando comparada com

a  $PO_2$  arterial dá uma ideia do débito cardíaco (diferença arteriovenosa grande com a  $PO_2$  venosa baixa significa baixo débito, com os tecidos extraíndo muito o oxigênio da hemoglobina pelo fluxo lento, sendo esta uma situação ainda favorável para se tentar a reversão de um estado de choque); e a diferença arteriovenosa pequena com progressivo aumento da  $PO_2$  venosa indica um *shunt* sistêmico, isto é, um agravamento das trocas teciduais<sup>20</sup>.

Portanto, o principal dado fornecido pela gasometria venosa é a  $PO_2$ . Em pacientes com uma insuficiência hepática grave há um estado circulatório hiperdinâmico que pode contribuir para a piora dos resultados gasométricos<sup>21,22</sup>.

Acerca da doação de órgãos, um estudo realizado para identificar os critérios de doador ideal refere que uma gasometria adequada corresponde a um valor de  $PO_2/FiO_2$  maior que 300mmHg, baseado em uma  $FiO_2$  de 100%. A taxa de aproveitamento de pulmões para doação no Brasil é baixa. Além disso, mais de 50% das recusas de órgãos deveu-se a GA inadequada e a infecção pulmonar. Aliar melhor cuidado ao potencial doador e à menor rigidez nos critérios de seleção poderia aumentar a utilização dos órgãos doados<sup>23</sup>.

Pacientes que evoluem com septicemia normalmente são submetidos a GA. Estudo<sup>24</sup> demonstrou que pode ser feito o acompanhamento de cateter arterial pulmonar e pela saturação de oxigênio, pois todos têm valor no reconhecimento e no tratamento de pacientes com sepse. Na maioria das clínicas utilizam-se estes parâmetros rotineiramente.

É importante a identificação precoce de possíveis preditores de complicações na escolha da abordagem arterial. Pesquisa<sup>14</sup> reforça a necessidade de elaboração de metas para reduzir esses efeitos, bem como o desenvolvimento de protocolos assistenciais para que as equipes de profissionais que atuam na cardiologia intervencionista discutam e reavaliem o uso adequado da via arterial.

No cuidado à criança com oxigenoterapia o enfermeiro deve acompanhar a mensuração dos gases arteriais e supervisionar a fração inspirada de  $O_2$  ( $FiO_2$ ), através de analisadores de  $O_2$  ou consultar tabelas específicas, se efetuada a mistura de ar comprimido e  $O_2$ <sup>25</sup>. Análise de gás de sangue capilar pode ser uma alternativa útil ao invés da coleta de sangue arterial, em pessoas com problemas cardiovasculares e que estejam a 2.240 metros acima do nível do mar. No entanto, é limitada pela baixa

pressão de oxigênio, em ambas as situações, oxigênio inspirado ou por frações<sup>26</sup>.

### Efeitos adversos e complicações

Estudos têm documentado que os eventos adversos geralmente estão relacionados às variáveis - equipe multidisciplinar, equipamentos e alterações fisiológicas inerentes ao paciente. Nesse sentido, a segurança do paciente, no cenário do transporte, tem sido facilitada pelo desenvolvimento de equipamentos próprios, treinamento de equipes e desenvolvimento de protocolos específicos, principalmente em população com grandes chances de complicações e de instabilidade inerentes à doença de base<sup>27</sup>.

Eventos adversos são frequentemente relatados em situações onde há necessidade de transporte do paciente, pois durante o trajeto podem ocorrer alterações na oxigenação. Um estudo<sup>28</sup> mostrou que 17% dos pacientes transportados apresentaram variações no  $pH > 0,07$ , sendo a alcalose respiratória a mais observada. O fato provavelmente deve-se ao aumento prévio da fração inspirada de oxigênio ( $FiO_2$ ) do ventilador na tentativa de minimizar a diminuição da oxigenação do paciente durante o percurso.

Uma pesquisa<sup>28</sup> demonstrou que a coleta de sangue para exame de GA envolveu 7% dos acidentes do trabalho. Técnica frequentemente realizada pelo enfermeiro de unidades de terapia intensiva, ela pode expor o trabalhador a acidente perfurante com presença de sangue do paciente. Para o Conselho Federal de Medicina os acidentes com agulhas ocas (utilizadas para a coleta de sangue) constituem maior risco de contaminação para o vírus da hepatite B e para HIV do que em acidentes com agulha compacta (agulha de sutura), pois, nesse caso, o volume de sangue é menor<sup>11,28</sup>. O risco para infecção por HIV aumenta após exposição percutânea, quando um procedimento envolve a agulha colocada diretamente em veia ou artéria, ou em ferimentos profundos<sup>22,29</sup>.

A coleta de amostras de sangue arterial só deve ser feita por profissionais de saúde, para os quais, o procedimento está no campo legal da prática para seu cargo em seu país e que demonstraram proficiência após receber treinamento formal. A amostra pode ser obtida por meio de um cateter inserido numa artéria ou com uso de agulha e seringa para punção arterial. Essas seringas são pré-heparinizadas e manejadas de modo a minimizar a

exposição ao ar, que geralmente altera os valores dos gases sanguíneos<sup>12</sup>.

Outro aspecto importante a ser considerado é quanto à força utilizada ao tentar puncionar a artéria, pois a agulha poderá tocar o periósteo, causando dor intensa ao paciente, ou ainda ultrapassar a parede oposta da artéria. Se isto ocorrer, puxar lentamente a agulha e confirmar se há retorno de sangue. Se o sangue ainda assim não entrar na seringa, retirar totalmente a agulha e recomeçar com uma nova agulha recém-heparinizada. Devem-se evitar mais do que duas tentativas para retirar sangue do mesmo local. Insistir em puncionar a mesma artéria poderá lesioná-la, tanto quanto o nervo radial. A hemólise também alterará os resultados<sup>5</sup>.

Nos casos em que haja a ocorrência de espasmo arterial o sangue não fluirá e não será possível coletar a amostra. Caso isso ocorra, substituir a agulha por uma menor e tentar puncionar novamente. Agulha com orifício menor tem menos probabilidade de causar espasmo arterial<sup>5,12</sup>.

Autores<sup>30</sup> apresentam as complicações prevalentes em punções radiais e femorais, descritas como: presença de equimose local, hematoma pequeno e grande, presença de retenção urinária predominantemente nas punções femorais e perda da permeabilidade do vaso em punções radiais, apresentando diferença estatisticamente significativa ( $p=0,001$ ) entre as duas abordagens.

### Considerações especiais

A punção arterial é essencial para orientar a prescrição de oxigenoterapia em longo prazo (LTOT) em pacientes com doença crônica pulmonar hipóxica. Porém, este procedimento é frequentemente relatado pelos pacientes como uma experiência desagradável e dolorosa.

Uma auditoria realizada examinou especificamente as questões subjetivas vistas por um pequeno grupo de pacientes ( $n=41$ ) que estavam recebendo LTOT e que se submeteram a punções arteriais repetidas. Os resultados demonstraram que 49% ( $n=20$ ) foram mal informados sobre o procedimento, 49% ( $n=20$ ) recordavam-se da dor e haviam atribuído dor nível 5 ou acima, em uma escala visual analógica, enquanto 66% ( $n=27$ ) consideraram o teste desnecessário em alguns momentos e que a não realização poderia fazer uma

diferença considerável para o seu tratamento. Ao destacar os déficits na atual prática, conclui-se que o especialista em enfermagem respiratória no gerenciamento de doenças crônicas deverá estar apto a implantar mudanças para melhorar os cuidados relacionados a coleta de sangue para GA<sup>31</sup>.

Nas situações em que o paciente estiver recebendo oxigênio, certificar-se de que a terapia já esteja em curso, no mínimo, por 15 minutos antes da coleta da amostra do sangue arterial. A menos que prescrito, não desligar a terapia de oxigênio existente antes de coletar as amostras. Certificar-se de indicar na solicitação ao laboratório a quantidade e o tipo de oxigenoterapia que o paciente está recebendo. Entretanto, se o paciente não estiver em oxigenoterapia, indicar que respira em ar ambiente. Caso tenha feito tratamento com nebulizador, aguardar 20 minutos antes de coletar a amostra<sup>5</sup>.

Quando for necessário, anestesiá-lo local da punção com solução de lidocaína a 1% ou salina normal com álcool benzyl a 0,9%. Avaliar cuidadosamente o uso da lidocaína, porque esta retarda o procedimento, o paciente pode ser alérgico ao medicamento, ou a vasoconstrição resultante pode impedir que a punção seja bem sucedida. Requer prescrição médica<sup>5</sup>.

Ao preencher o formulário de solicitação ao laboratório para análise da GA, certificar-se de incluir as seguintes informações, como forma de auxiliar os funcionários do laboratório a calibrarem o equipamento e avaliarem o resultado de maneira correta: a temperatura do paciente no momento, o nível mais recente de hemoglobina, a frequência respiratória atual e se o paciente estiver em ventilador, a fração de oxigênio inspirado e o volume corrente<sup>5</sup>.

### Diagnósticos de enfermagem

Conhecimento deficiente (procedimento); risco de infecção; e risco de lesão.

### Resultados esperados

O paciente deverá demonstrar compreensão sobre o procedimento e a razão do teste; não desenvolver infecção e complicações relativas ao procedimento<sup>5</sup>.

Com relação à documentação, todos os procedimentos devem ser registrados.

## CONCLUSÃO

A revisão literária possibilitou identificar que é fundamental que o enfermeiro esteja capacitado e habilitado para a coleta de sangue para GA, pois se trata de um exame que exige rigor. Evidências científicas podem viabilizar melhores cuidados na realização desse tipo de procedimento e o enfermeiro melhor contribuir com a equipe médica, pois resultados mais exatos proporcionam

a base para otimizar terapêuticas, quando da existência de distúrbios do equilíbrio ácido-básico.

Existem poucos estudos realizados pelos enfermeiros brasileiros sobre esse tema. Assim, sugere-se que os enfermeiros realizem e publiquem resultados e evidências para um cuidado mais efetivo e que beneficie a clientela que necessite submeter-se a esse tipo de exame.

## REFERÊNCIAS

1. Sindhosp. Punção arterial é atribuição do enfermeiro. [acesso em 2011 jun 10]. Disponível em: <http://www.sindhosp.com.br/noticias/1934/Puncao-arterial-e-atribuicao-do-enfermeiro>
2. Évora PRB, Garcia LV. Equilíbrio ácido-base. [acesso em 2011 jun 10]. Disponível em: [http://www.fmrp.usp.br/revista/2008/VOL41N3/SIMP\\_6Equilibrio\\_acido\\_base.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2008/VOL41N3/SIMP_6Equilibrio_acido_base.pdf)
3. Rocco JR. Diagnóstico dos distúrbios do metabolismo ácido-base. Rev Bras Ter Intensiva. 2003; 15(4):184-92.
4. Bianchi PD. Avaliação da função pulmonar e estresse oxidativo em pacientes com insuficiência respiratória em hemodiálise. [acesso em 2011 jun 10]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bistrear/haudle10183/3534/000389480pdf?sequence=1>
5. Atherton JC. Acid-base balance: maintenance of plasma pH. Anaesth Intens Care Med. 2003; 4(12):419-22. [acesso em 2011 jun 10]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1472029906002670>.
6. Springhouse Corporation. Punção arterial para gasometria. As melhores práticas de enfermagem – procedimentos baseados em evidências. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 34-7.
7. Rangel FOD. A monitoração do paciente com choque circulatório. Rev SOCERJ. 2011; 14(2):33-44.
8. Zimmerman JL, Dellinger RP. Blood gas monitoring. Crit Care Clin. 1996;12(4):865-74 [acesso em 2011 mar 10]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2936733/>
9. Cullum N, Ciliska D, Haynes RB, Marks S. Enfermagem baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2010.
10. Gil AC. Como delinear uma pesquisa bibliográfica. In: Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2006. p. 59-86.
11. Caregnato R, Aquino C. Teste de Allen: uma revisão bibliográfica. Rev Enferm Atual. 2009; 9(53):33-6.
12. World Health Organization. Diretrizes da OMS para a tiragem de sangue: boas práticas em flebotomia. [acesso em 2011 jun 10]. Disponível em: [http://www.who.int/injection\\_safety/Phlebotomy-portuges\\_web.pdf](http://www.who.int/injection_safety/Phlebotomy-portuges_web.pdf)
13. Silva JCCB, Souza-Morais MR. Propedêutica vascular. [acesso em 2011 jun 10]. Disponível em: <http://endovasc.med.br/wp/wp-content/uploads/2012/03/propedeutica-vascular.pdf>
14. Dauar RB, Barros Júnior N, Lima PRL, Kyiose AT, Leão LEV, Succì JE. Valor da oximetria de pulso na avaliação da perfusão da mão para retirada da artéria radial. O teste de Allen é satisfatório? Rev Bras Cir Cardiovasc. 1998; 13(3). [periódico na internet]. [acesso em 2011 set 20]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-76381998000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-76381998000300003&script=sci_arttext)
15. Ordog GJ, Wasserberger J, Balasubramanian S. Effect of heparin on arterial blood gases. Ann Emerg. Med. 1985; 14:233-8.
16. Centro de Estudos de Circulação Extracorpórea Perfusion Line. Fundamentos do equilíbrio ácido-base. Avaliação do equilíbrio ácido-base. Cap 17. [acesso em 2011 jun 10]. Disponível em: <http://perflin.com/cursos/cursos/acbas/acbas07.htm>
17. Johnson KL. Diagnostic measures to evaluate oxygenation in critically ill adults: implications and limitations. Nurs Crit Care. 2004; 9(3):123-33.
18. Pramod S, Gunchan P, Sandeep P. Interpretation of arterial blood gas. Indian J Critical Care Medicine -IJCCM. V14 n2 p57-64, 2010. [acesso em 2011 out 14]. Disponível em: <http://www.ijccm.org/article.asp?issn=0972-5229;year=2010;volume=14;issue=2;spage=57;epage=64;aulast=Sood>
19. Bisson J, Younker J. Correcting arterial blood gas for temperature (when) is it clinically significant? Nurs Crit Care: 11 (5) 232-8, 2006.
20. Barbosa MBGA, Dantas CAD, Queiróz FH. Avaliação da acidose metabólica em pacientes graves: método de Stuart Figge versus a abordagem tradicional de Henderson-Hasselbach. Rev Bras Ter Intensiva. 2006; 18(4):380-4.
21. Guetti NR, Marques IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos e morte encefálica. Rev Bras Enferm. 2008; 61(11):91-7.
22. Lorenzo-Zúñiga V, Alvarez MA, Planas R, Morillas R, Domenech E, Cabré E, Gassul MA. Gasometric alterations in hospitalized cirrhotic patients. An Med Interna. 2005; 22(5):209-12.
23. Junqueira JJM, Waisberg DR, Noleto GS, Samano MN, Pêgo-Fernandes PM, Jatene FB. Análise das características dos pulmões disponibilizados para transplante no Estado de São Paulo. Rev Med (São Paulo). 2008; 87 (1):44-57.
24. Giuliani KK, Kleimpell R. The use of common continuous monitoring parameters: a quality indicator for critically in patients with sepsis. AACN Clin Issues. 2005; 16 (2):140-8.
25. Pierantoni IM, Cabral IE. Conhecimentos essenciais no cuidado à criança com oxigenoterapia. Rev. Soc Bras Enfermeiros Pediatras. 2001; 1(0):17-24.
26. Martínez S, Efrén L, Martínez-Guerra ML, Duran A, Gotés J, Roquet I et AL. Utilidad de la gasometria capilar para evaluar al intercambio gaseoso com Fio2 al 21% y al 100% en el sujeto com enfermedad cardiopulmonar estable a 2,240 metros sobre el nivel del mar. Arch Cardiol Méx. 2009; 79(1):18-26.
27. Zuchelo LT, Chiavone PA. Intrahospital transport of patients on invasive ventilation: cardiorespiratory repercussions and adverse events. J Bras Pneumol. 2009; 35(4):367-74
28. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. N Engl J Med. 1997; 337(21):1485-90.
29. Lavery I, Ingram P. Blood sampling: best practice. Nursing Standard. 2005; 19:55-65.
30. Armendaris MK, Azzolin KO, Alves F JMS, Ritter SG, Moraes MAP. Incidência de complicações vasculares em pacientes submetidos a angioplastia coronariana transluminal percutânea por via arterial transradial e transfemoral. Acta Paul Enferm. 2008; 21(1):107-11.
31. Crawford A. An audit of the patient's experience of arterial blood gas testing. Br J Nurs. 2004; 13(9):529.

# IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA

## IMPORTANCE OF FAMILY IN QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA

## IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Maria Carolina Fernandes\*, Sinval Avelino Santos\*\*

### Resumo

A esquizofrenia é uma doença marcante, cujo início pode ocorrer na adolescência ou no começo da fase adulta. Os sintomas frequentemente produzem incapacidade severa. Este estudo teve por objetivo descrever, através de uma revisão da literatura, aspectos da qualidade de vida de portadores de esquizofrenia e destacar a importância do apoio familiar durante o tratamento. Para tanto, localizaram-se artigos com esse enfoque nas bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A pesquisa foi realizada com quatro artigos selecionados. Os resultados denotam o importante papel da família junto ao paciente e a equipe de tratamento. Conclui-se que há necessidades de realizar mais estudos sobre o tema, pois a forma como a família interage com o serviço de saúde mental e com o doente pode melhorar a qualidade de vida do portador da doença, sem haver sobrecarga para o paciente e os familiares.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Esquizofrenia. Família.

### Abstract

Schizophrenia is remarkable disease, whose home can occur in adolescence or early adulthood. The symptoms often produce severe disability. This study aimed to describe, through a literature review, aspects of quality of life of patients with schizophrenia and highlight the importance of family support during treatment. To this end, pinpointed articles with this focus on databases: Latin American Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). The survey was conducted with four selected articles. The results reflect the important role of the family with the patient and the treatment team. It is concluded that there are needs to conduct more studies on the topic, because the way the family interacts with the mental health service and with the patient can improve the quality of life of the carrier of the disease, no overloads for the patient and family members.

**Keywords:** Quality of life. Schizophrenia. Family.

### Resumen

La esquizofrenia es una enfermedad notable, cuyo inicio puede ocurrir en la adolescencia o la adultez temprana. Los síntomas a menudo producen discapacidad grave. Este estudio pretende describir, a través de una revisión de la literatura, aspectos de calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia y destacar la importancia del apoyo familiar durante el tratamiento. Para ello, localizar artículos con este enfoque en las bases de datos: América Latina Caribe literatura en Ciencias de la salud (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). La encuesta se realizó con cuatro artículos seleccionados. Los resultados reflejan el importante papel de la familia con el paciente y el equipo de tratamiento. Se concluye que hay necesidades para llevar a cabo más estudios sobre el tema, porque la forma de la familia interactúa con el servicio de salud mental y con el paciente puede mejorar la calidad de vida de la portadora de la enfermedad, sin sobrecargas para el paciente y sus familiares.

**Palabras clave:** Calidad de vida. Esquizofrenia. Familia.

## INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um distúrbio acompanhado de transtorno mental, considerado muito incapacitante, descrito pela primeira vez em 1896 por Emil Kraepelin. Esse nome surgiu em 1911, quando numa ocasião Eugene Bleuler, descreveu como principal sintoma a desorganização dos pensamentos<sup>1</sup>.

É considerada uma das patologias mais graves da área psiquiátrica, podendo afetar toda a vida e vários

domínios dos pacientes<sup>1</sup>.

A patologia independe de raça, cultura, nível socioeconômico e ocorre em, aproximadamente, 1% da população geral, podendo se manifestar em adultos ou jovens de forma lenta ou bruscamente. Quando surge lentamente, pode demorar meses para o portador e a família descobrirem e procurarem assistência médica. Os principais sinais são o isolamento, a perda de interesse pelas coisas que gosta e desmotivação<sup>2</sup>. Os sintomas

\*Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP), Ribeirão Preto-SP. Contato: m\_carolferrandes@hotmail.com

\*\*Enfermeiro. Doutor em Enfermagem, área de Saúde Mental. Docente da Universidade Paulista (UNIP), Ribeirão Preto-SP.

geralmente produzem incapacidades severas.

O período entre o estado de normalidade e a doença pode durar meses ou, às vezes, ocorrer rapidamente, ou seja, em alguns dias ou semanas pode haver uma mudança abrupta no comportamento individual, passando o indivíduo a adentrar ao mundo esquizofrênico, geralmente alarmando os familiares<sup>3</sup>.

A esquizofrenia é um distúrbio causado por alguns fatores biopsicossociais que interagem provocando situações que podem ou não ser favoráveis ao aparecimento dos transtornos. Os fatores biológicos associam-se a genética, ou estão ligados a lesão ou anormalidade de estruturas cerebrais, assim como deficiência em neurotransmissores. Quanto aos fatores psicossociais, envolve àqueles ligados ao indivíduo, relacionados aos aspectos psicológicos e de interação com o meio social. Dessa forma, poderão estar presentes, estado de estresse elevado, situações sociais, emocionais e ansiedades intensas, bem como fobia social. Assim, indivíduos predispostos têm risco de desenvolver o quadro quando estimulados por fatores biológicos, emocionais ou ambientais<sup>4</sup>.

A esquizofrenia compreende manifestações psicopatológicas variadas - do pensamento e percepção, de emoções, movimento e comportamento<sup>5</sup>.

As características da doença normalmente se revelam por perda do contato com a realidade, vivência em mundo fantasioso, podendo gerar preconceito em seus portadores, nos familiares e na sociedade<sup>6</sup>. O distúrbio é essencialmente definido pela presença de diversos aspectos entre um grupo de sintomas característicos, acompanhados por uma deterioração funcional significativa durante um período de tempo relativamente longo e constante.

Não é fácil aceitar que se é portador de esquizofrenia, entretanto é fundamental para que o tratamento faça sentido e seja mantido<sup>6</sup>.

Qualidade de vida é um conceito amplo, que incorpora todos os aspectos da existência de um indivíduo<sup>5</sup>. É influenciada por diversos sintomas da esquizofrenia e a depressão é considerada um sintoma crítico<sup>7</sup>. Qualidade pode se referir ao nível, padrão ou grau de excelência de algo; como "vida", ao completo estado de atividade funcional de uma pessoa - incluindo

comportamento, desenvolvimento, prazeres e todas as formas de existência<sup>7</sup>.

A esquizofrenia é uma doença com vários desafios<sup>8</sup> e os estudos no Brasil sobre qualidade de vida ainda são poucos, especialmente sobre qualidade de vida na área de saúde mental. Este aspecto de vida em esquizofrênicos torna-se uma questão desafiante, principalmente naqueles portadores cujos sintomas são de longa duração.

Entretanto, na área da saúde é gradativo o interesse por estudos sobre qualidade de vida, particularmente como parâmetro para avaliação do impacto da doença e seu tratamento sobre o indivíduo e sua família<sup>8</sup>.

A família é muito importante no tratamento, especialmente pelo vínculo afetivo e a maneira como interpreta a doença, podendo influenciar as práticas de cuidados por ela adotados e o sucesso para a reabilitação do indivíduo que vivencia a esquizofrenia. Porém, depende também das relações entre o portador da doença e quem está prestando a assistência<sup>9</sup>.

A esquizofrenia é vista como uma doença que pode se manifestar em indivíduos biologicamente vulneráveis, nos quais os ambientes afetivos não favoráveis podem colaborar para deflagrar o início dos sintomas. Portanto, é sugestiva e instigante a investigação científica dessa possível interferência<sup>9</sup>.

Nem todas as famílias têm condições econômicas, culturais, estruturais e emocionais para interagir e conviver com uma pessoa com esse tipo de distúrbio. Dessa forma, geralmente buscam apoio na rede de contato com pessoas conhecidas, ou em alguma crença ou tratamento alternativo<sup>10</sup>.

É apropriado investigar o ambiente familiar do portador desse tipo de transtorno por meio das percepções trazidas no discurso de um dos seus membros. Toda família pode adoecer também junto à pessoa, pois ocorrem algumas alterações nas atividades sociais cotidianas, havendo necessidade de se promover uma atenção especial. Muitas das situações vivenciadas podem gerar dúvidas e confusão diante do repertório comportamental emitido pela pessoa que adoeceu<sup>10</sup>.

Interpretados, às vezes, como um estado de "loucura" capaz de afetar toda a família e a rede de

relacionamento do indivíduo, os sintomas produzem e reproduzem distorções nas relações e, conseqüentemente, após lidar com a psicose por muitos anos ocorre uma modificação radical tanto no indivíduo como nos seus familiares. É possível afirmar que as experiências da doença transformam os relacionamentos<sup>2</sup>.

Um dos achados fundamentais sobre qualidade de vida de um portador deste tipo de doença é a satisfação no trabalho. A vida profissional ajuda muito a distrair a pessoa em relação aos sintomas, constituindo-se numa maneira que contribui para a melhoria do estado mental<sup>2</sup>.

Alguns países adotam a qualidade de vida como referência para a avaliação da efetividade do tratamento, embora no Brasil esse estudo ainda seja recente. Crê-se que tendo um bom conhecimento, há condições mais favoráveis para a pessoa e a família ajudarem na compreensão do impacto da doença e na assistência, especialmente quanto ao estado de bem estar<sup>11</sup>.

Esse tipo de abordagem em doenças crônicas é muito importante, porque o tratamento não é curativo, como no caso de transtornos mentais graves e persistentes<sup>11</sup>.

Este estudo tem como finalidade obter dados acerca da importância da família no relacionamento com a equipe de saúde e o portador do transtorno, visando melhorar a qualidade de vida de ambos. O propósito é identificar aspectos referentes à qualidade de vida com vistas a contribuir para uma melhor assistência de enfermagem a indivíduos e familiares no convívio com a esquizofrenia.

## **OBJETIVO**

Neste estudo o objetivo foi descrever, por meio de uma revisão da literatura, de estudos publicados no período de 1997 a 2011, aspectos da qualidade de vida de portadores de esquizofrenia e destacar a importância do apoio familiar durante o tratamento.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido por meio de uma revisão de literatura. Estudos de revisão literária ou revisão bibliográfica se caracterizam por uma análise crítica metódica e ampla das publicações correntes em uma determinada área do conhecimento,

sobre um tema específico<sup>12</sup>. Por sua vez, a pesquisa descritiva tem por finalidade observar, registrar e analisar os fenômenos sem entrar no mérito de seu conteúdo, busca a resolução do problema melhorando as práticas por meio da observação, análise e descrições objetivas<sup>12</sup>.

Para a coleta de dados utilizou-se como descritores: Qualidade de vida, Esquizofrenia e Família. As bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e da Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A base de dados SciELO, é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos, com um programa extenso capaz de proporcionar um amplo acesso<sup>13</sup>; LILACS é o mais importante e abrangente índice de literatura científica e técnica da América Latina e Caribe<sup>14</sup>.

Nos estudos de revisão da literatura os artigos obtidos devem possibilitar uma correlação de conteúdos, efetuando-se uma comparação dos artigos encontrados, segundo os critérios de inclusão e exclusão<sup>15</sup>.

Neste estudo, foram critérios de inclusão: artigos nacionais, *online* disponíveis na íntegra, publicados nos anos de 1997 a 2011. A busca foi ampliada para 14 anos por falta de publicações mais recentes em idioma nacional. Os critérios de exclusão foram artigos não disponíveis na íntegra, em outros idiomas e publicações que não se enquadraram no período estipulado.

Para a análise dos dados, após obtenção e seleção dos mesmos, foi feita uma leitura minuciosa dos artigos, sendo estes analisados para uma melhor interpretação, tendo em vista sintetizar os resultados e elaborar as considerações finais. Foi utilizada a análise temática, segundo Minayo<sup>15</sup>, como método para a elaboração das categorias.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram obtidas, a princípio, no levantamento de dados, 47 publicações; destas, foram selecionadas 30, sendo que 13 estavam disponíveis na íntegra, porém a amostra foi composta por quatro artigos, considerando-se os critérios de inclusão.

Dentre os artigos incluídos na revisão, cada um descrevia um aspecto da qualidade de vida na esquizofrenia. Assim, permitiram formular as categorias descritas a seguir.

### **1. "Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia"**

A qualidade de vida engloba todos os aspectos de um indivíduo, dentre eles o emprego, a família, o ambiente e as demais condições de vida, as quais devem ser consideradas para se efetuarem bons conceitos na área da saúde. Na esquizofrenia todos esses aspectos acometem o indivíduo, a família e a sociedade.

Dessa forma, o interesse pela qualidade de vida de esquizofrênicos aumentou devido ao retorno desses pacientes à comunidade, como decorrência do movimento de desinstitucionalização ocorrido nos países desenvolvidos no período de 1960 a 1970. Há relatos de que pacientes que residem em moradias assistidas têm uma baixa qualidade de vida quando comparados aos que residem com seus familiares, ou agem de forma mais independente. Os autores também relatam melhora em pacientes esquizofrênicos que tinham contato mais estreito com seus familiares. Portadores da doença que trabalhavam, inclusive os que tinham um trabalho assistido, também apresentaram uma qualidade de vida satisfatória, comparando-se com os que não trabalhavam<sup>16</sup>.

### **2. "Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia"**

As pesquisas em saúde têm se voltado cada vez mais para a avaliação da qualidade dos serviços comunitários, priorizando a qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem estimulado o olhar para a necessidade de se avaliar continuamente serviços oferecidos aos esquizofrênicos por meio de abordagem integrada no intuito de uma melhor interação junto à família. Os serviços de saúde mental devem proporcionar aos pacientes cuidados clínicos e não propriamente contar com dados clínicos relevantes para tentar reduzir o impacto da doença e melhorar a qualidade de vida. Neste estudo os autores acreditam que avaliando a qualidade de vida de cada portador os resultados são melhores<sup>17</sup>.

### **3. "Concepção da doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia"**

Não são todas as famílias que possuem condições

estruturais e emocionais para o manejo da doença. O envolvimento afetivo com os familiares ajuda a orientar o entendimento e o tratamento do paciente com esquizofrenia, pela busca de soluções e tratamento das necessidades e das várias questões pertinentes ao convívio com os familiares do doente. Também foi destacado o envolvimento afetivo característico entre familiares cujo relacionamento interpessoal é saudável, como auxiliar no entendimento e na contribuição para a busca de soluções pertinentes aos problemas no convívio entre o portador, a equipe de saúde e a sua família<sup>18</sup>.

### **4. "Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental"**

Neste estudo os autores revelam que, às vezes, há um grande impacto no contexto da família diante do distúrbio esquizofrênico. Os cuidados do familiar com transtorno recaem quase sempre sobre um membro da família, enquanto outros não se envolvem os cuidados. Entretanto, a pessoa não deve ser tratada diferente dos demais familiares e, caso o cuidador esteja impossibilitado de assumir esta função, outros membros da família devem fazê-lo. Destacam a importância dos serviços substitutivos para amenizar os efeitos das dificuldades familiares decorrentes do transtorno mental<sup>19</sup>.

Outro aspecto importante é a expressão de sentimentos negativos e hostis em relação, não apenas ao paciente, mas também ao familiar cuidador, como se ele fosse responsável pelo comportamento do familiar com transtorno, o que intensifica as tensões na família. Apesar de haver maior tolerância e sobrecarga emocional causada pelas alterações nas interações familiares por parte dos membros considerados aderentes, a atmosfera negativa na família tem maior peso para os familiares considerados não aderentes, e indica ser um fator significativo da sobrecarga familiar<sup>19</sup>.

A angústia causada pelas dificuldades em lidar com os comportamentos diversos assumidos pela pessoa também é bastante expressiva. As mães geralmente se sentem fragilizadas diante dos comportamentos alterados dos filhos. Os resultados deste estudo indicam que, de fato, a sobrecarga emocional é mais forte nas famílias não aderentes ao tratamento demonstrando que a sobrecarga é um fator de adesão influenciada pelas variáveis gênero e

classe social<sup>19</sup>.

Historicamente, a família se constituiu como um objeto de estudo e intervenção adequada no auxílio a pacientes esquizofrênicos, embora o grande foco recaia sobre a relação causal entre família e distúrbios. Há um grande destaque atualmente para estudos sobre familiares de pacientes com esquizofrenia e de outras psicoses.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu identificar que são poucos os trabalhos científicos desenvolvidos e publicados por enfermeiros sobre qualidade de vida em portadores de esquizofrenia, com enfoque no apoio familiar.

São necessários novos estudos para que as informações/orientações aos familiares quanto à importância da relação afetiva, de ajuda e de cuidados protetores mantidos continuamente durante o tratamento, sejam apreendidos e incorporados como medidas fundamentais para uma boa qualidade de vida do doente, familiares e para que a equipe ofereça cuidados de enfermagem mais qualificados.

Para se assegurar uma boa qualidade de vida o

indivíduo necessita conseguir equilibrar os sintomas emocionais, físicos, psicológicos e socioespirituais, pois a pessoa no início do quadro de esquizofrenia tem esses aspectos acometidos e prejudicados. Portanto, também é necessária uma boa adesão ao tratamento e aos medicamentos para o controle dos sinais e sintomas. Nesse contexto, a família é muito importante no auxílio, porque, além de lidar com a doença o portador tem que lidar com o preconceito ainda existente na sociedade. O apoio dos familiares é um estímulo para realizar a terapia medicamentosa e contribui para o sucesso no tratamento.

Havendo um bom controle de sinais e sintomas, consequentemente, diminuirão os episódios de crise e a pessoa poderá também exercer atividades profissionais, concorrendo para melhorar a autoestima e as condições de enfrentamento dos problemas e a obter uma vida mais qualificada.

É fundamental auxiliar a família a interagir junto ao serviço de saúde mental e ao paciente e, dessa forma, contribuir para melhorar a qualidade de vida do portador de esquizofrenia sem sobrecargas e grandes desafios no curso da doença.

---

## REFERÊNCIAS

1. Louzã Neto MR, Motta T, Wang YP, Elks H. *Psiquiatria básica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
2. Shiakawa I, Chave AC, Mari J. O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Lemos; 1998.
3. Morot R. Esquizofrenia. [acesso em 2010 maio 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br>
4. Teixeira MB. Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. *Rev Bras Enf*. 2005; 58(2):171-5.
5. Souza LA, Coutinho ESF. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(1):50-8. [periódico na internet]. [acesso em 2010 maio 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n1/a11v28n1.pdf>
6. Azevedo DM, Gaudêncio MMP. A esquizofrenia sob a ótica familiar: discurso dos cuidadores / Schizophrenia in the view of the family: the speech of caregivers. *Nursing (São Paulo)*. 2007; 10(111):366-71.
7. Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am Psychiatry*. 1982; 139(10):1271-6.
8. Cardoso CS, Caiáffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(6):1303-14.
9. Ballone GT. O que é esquizofrenia. *Psiquweb-Psiquiatria Geral*. [acesso em 2011 maio 12]. Disponível: <http://www.scielo.br>
10. Carvalho MBC. *A Família contemporânea em debate*. São Paulo: Educ; 1997.
11. Santana AFFA, Chianca TCM, Cardoso CS. Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *J Bras Psiquiatr*. 2009; 58(3):187-94.
12. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
13. *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*. [acesso em 2011 maio 12]. Disponível em: <http://lilacs.com>
14. *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*. [acesso em 2011 maio 12]. Disponível em: <http://scielo.com>
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa: em saúde*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
16. Bandeira M, Barroso SM. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *J Bras Psiquiatr*. 2005; 54(1):34-46.
17. Pitta AMF. Qualidade de vida de clientes de serviço de saúde mental. *Rev Psiq Clin*. 1999; 26(2):68-77.
18. Villares CC, Redko CP, Mari JJ. Concepção de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21(1):36-47.
19. Campos P, Faria H, Soares BC. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. *Psicol Rev Belo Horizonte*. 2005; 11:219.

# ENFERMAGEM E ESPIRITUALIDADE: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

## NURSING AND SPIRITUALITY: A STUDY BIBLIOGRAPHIC

## ENFERMERÍA Y ESPIRITUALIDAD: UNO ESTUDIO BIBLIOGRÁFICO

Virtude Maria Soler<sup>\*</sup>, Elaine Cristina Vicente<sup>\*\*</sup>, Júlio César Gonçalves<sup>\*\*</sup>, Marcio José Vantini Bocchini<sup>\*\*</sup>, Micheli Fontes Galindo<sup>\*\*</sup>

### Resumo

A espiritualidade - dimensão humana multidimensional e complexa, pode proporcionar ao ser humano bem-estar e paz interior. Quando contemplada pelo cuidado melhora a qualidade de vida, o enfrentamento de doenças e o tratamento. Objetivo: realizar um levantamento bibliográfico de estudos nacionais publicados no período de 2002 a 2012 sobre enfermagem e espiritualidade; identificar conceitos e diretrizes sob a ótica do conhecimento desenvolvido acerca do tema enfermagem e espiritualidade. Foram selecionados 18 artigos das bases de dados: 15 (83,3%) LILACS, 2 (11,1%) SciELO e 1 (5,5%) MEDLINE. Utilizaram-se como método as três etapas da Análise Temática de Minayo. Após leitura e interpretação dos textos foram elaboradas sete categorias: Religiosidade, religião, espiritualidade; Cuidado de enfermagem e a dimensão espiritual; Significados da espiritualidade e as práticas de saúde; Importância da espiritualidade no cuidado individual e ao paciente/família; Espiritualidade - conceitos; Benefícios da espiritualidade e Formação profissional x espiritualidade. Evidenciou-se a falta de um conceito amplo e universal nas definições sobre espiritualidade. Diretrizes apontam para um novo paradigma capaz de agregar a espiritualidade ao cuidado humano, pois há deficiência na formação profissional e nas práticas de saúde. A espiritualidade produz efeitos positivos à saúde por meio de neurotransmissores que atuam em nível cardiovascular, endócrino e imunológico. Cuidar nessa dimensão possibilita ao doente e a família, conforto e bem-estar e ao promover a fé e a religiosidade, sensação de paz e até a autocura. São poucos os estudos publicados e o conceito de espiritualidade e sua aplicação na enfermagem subvalorizados. É preciso olhar a vida sob a ótica espiritual e desenvolver novas estratégias para o cuidado de enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Espiritualidade. Cuidado de enfermagem. Publicações.

### Abstract

Spirituality-multidimensional and complex human dimension can provide the human well-being and inner peace. When covered by care improves quality of life, the face of illness and treatment. Objective: to conduct a bibliographic survey of national studies published in 2002 to 2012 on nursing and spirituality; identify concepts and guidelines from the perspective of knowledge developed about the nursing theme and spirituality. 18 articles were selected databases: 15 (83.3) 2 (11.1) LILACS, SciELO 1 (5.5) and MEDLINE. It was used as the three thematic analysis steps Minayo. After reading and interpretation of texts were drawn up seven categories: Religion, religion, spirituality; Nursing care and the spiritual dimension; Meanings of spirituality and health practices; Importance of spirituality in individual care and patient/family; Spirituality-concepts; Benefits of spirituality and training x spirituality. Was the lack of a broad and universal concept in definitions of spirituality. Guidelines point to a new paradigm capable of aggregating the spirituality to the human care, as there are disabilities in vocational training and in health practices. The positive effect to health spirituality through neurotransmitters that act on the cardiovascular, endocrine and immunological level. Take care in this dimension allows the patient and the family, comfort and well-being and to promote faith and religiosity, a feeling of peace and to the self healing. There are few published studies and the concept of spirituality and its application in nursing undervalued. We need to look at life under the spiritual perspective and develop new strategies for nursing care.

**Keywords:** Nursing. Spirituality. Nursing care. Publications.

### Resumen

Espiritualidad-multidimensional y compleja dimensión humana puede proporcionar la humana bienestar y paz interior. Cuando están cubiertos por cuidado mejora la calidad de vida, la cara de la enfermedad y tratamiento. Objetivo: realizar un estudio bibliográfico de estudios nacionales publicados en 2002 a 2012 en enfermería y espiritualidad; identificar conceptos y directrices desde la perspectiva de conocimiento desarrollado sobre el tema de la enfermería y la espiritualidad. 18 artículos fueron seleccionados de las bases de datos: 15 (83,3) 2 (11,1) LILACS, SciELO 1 (5,5) y MEDLINE. Se utilizó como los tres pasos de análisis temático Minayo. Después de lectura e interpretación de textos se elaboraron siete categorías: religión, la religión, la espiritualidad; Atención de enfermería y la dimensión espiritual; Significados de la espiritualidad y las prácticas de salud; Importancia de la espiritualidad en el cuidado individual y paciente/familia; Conceptos de espiritualidad; Beneficios de la espiritualidad y formación x espiritualidad. Fue la falta de un concepto amplio y universal en las definiciones de la espiritualidad. Directrices apuntan a un nuevo paradigma capaz de agregar la espiritualidad al cuidado humano, como hay discapacidades en formación profesional y las prácticas de salud. El efecto positivo de la espiritualidad de la salud a través de neurotransmissores que actúan a nivel cardiovascular, endocrino e inmunológico. Tenga cuidado en esta dimensión permite que el paciente y la familia, la comodidad y el bienestar y promover la fe y religiosidad, una sensación de paz y a la autosanación. Hay que pocos publican estudios y el concepto de espiritualidad y su aplicación en enfermería subvaluada. Tenemos que mirar la vida bajo la perspectiva espiritual y desarrollar nuevas estrategias para la atención de enfermería.

**Palabras clave:** Enfermería. Espiritualidad. Cuidados de enfermería. Publicaciones.

\* Doutora em Enfermagem Fundamental - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (USP). Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva, SP e da Universidade de Franca (UNIFRAN), Franca, SP. Contato: [vimariasoler@gmail.com](mailto:vimariasoler@gmail.com)

\*\* Graduandos do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

## INTRODUÇÃO

A espiritualidade é uma dimensão humana multidimensional, complexa e individual; contempla a intersubjetividade e pode proporcionar bem-estar e paz interior. Influenciada pelas crenças culturais, pelo conhecimento e experiências vivenciadas ao longo do tempo, pode surgir como necessidade de contemplação ou de transcendência. No cuidado pode ser um caminho para melhorar a qualidade de vida pessoal, assim como motivar e estimular maior rapidez no processo de cura e/ou enfrentamento das doenças<sup>1,2</sup>.

Aspecto fundamental da composição humana a dimensão espiritual relaciona-se ao que transcende, à religiosidade, ao processo existencial e ao significado atribuído pelo sujeito nas diferentes experiências e situações vivenciadas. Cuidar do espírito envolve valores que dão sentido à vida e as significações que geram esperança para além dela, pois o ser humano possui características próprias que o tornam único e o diferenciam dos demais seres<sup>3</sup>. A tríade temática - religiosidade, espiritualidade e saúde – está pouco sistematizada na produção acadêmica brasileira, por inúmeros motivos. Em razão disso, os profissionais de saúde, na sua maioria, não se sentem preparados para interagir em situações que envolvam a aplicação desses conceitos, pela formação baseada no modelo biomédico ocidental<sup>4</sup>.

Oportuno, portanto, tecer alguns breves apontamentos sobre religiosidade, espiritualidade e religião, pois não são sinônimos.

A história da humanidade traz em suas transformações culturais a presença do aspecto religioso em quase todas as grandes civilizações mundiais. Questionamentos existenciais em busca de respostas para o sentido da vida, para as angústias, o medo e para a morte, sustentaram o desenvolvimento da religiosidade. As religiões fundamentaram diferentes pressupostos, embora sempre com a marca comum do relacionamento com o sobrenatural<sup>4</sup>.

A história das religiões mistura-se à história da humanidade. Assim, a religião influencia ao longo do tempo o modo pelo qual os seres humanos enxergam o mundo e com ele interagem, existindo uma grande diversidade de religiões e crenças. A conduta de vida é norteada por fundamentos baseados em algum tipo de crença conhecida durante a socialização primária ou vivenciada em outras etapas da vida. Logo, a religião pode contribuir no processo de configuração da subjetividade

individual, pois muitas experiências e conhecimentos religiosos transmitidos podem definir visões de mundo e modos de conduta<sup>4</sup>.

Vive-se hoje mais abertamente a espiritualidade como uma realidade a ser aplicada no cuidado ao cliente. Na transposição, entretanto, é preciso distinguir os traços marcantes que diferenciam a visão das culturas orientais e ocidentais. Isso porque se o homem ocidental é visto de forma fragmentada, na qual se separam as dimensões física, mental e espiritual, no oriente predomina a concepção da unidade e da inter-relação entre as coisas. A contribuição oriental com sua visão de mundo profunda e complexa, com suas refinadas técnicas de desenvolvimento e ampliação da consciência na busca pela autotransformação e evolução, vem sendo amplamente difundida na cultura ocidental. Esse prestígio deve-se à visão orgânica, ecológica e holística dessas práticas<sup>4</sup>.

Deve-se à física moderna a introdução na ciência de uma nova concepção de mundo, holística e totalizante. A nova física, ou mecânica quântica, originou-se da teoria dos quanta de Max Planck no ano de 1900 e da teoria da relatividade de Albert Einstein de 1905 e desenvolveu-se com Niels Bohr, Werner Heisenberg e outros físicos importantes, como Erwin Schrödinger, Wolfgang Pauli, Louis de Broglie e Paul Dirac<sup>5</sup>. Diante desses novos modelos que surgem diferenciando-se do método cartesiano, pode-se perceber uma preocupação em explicar essa realidade tão ampla e complexa, nem sempre apreensível pela metodologia reducionista do método científico consolidado. A nova dimensão integral, holística, abre uma perspectiva mais ampla de entendimento da realidade e uma nova fase de maturação psíquica, biológica e social da humanidade.

Religião, na visão de Libânio<sup>6</sup> é, portanto, um dispositivo ideológico, prático e simbólico, pelo qual se constitui se alimenta e se desenvolve o sentido individual e coletivo de pertença a uma linha particular de crença. Por tradição, a identificação age internamente nos grupos e, uma vez estabelecida, distingue-o externamente dos demais. A religiosidade está relacionada a um sentimento de comunhão, não necessitando de doutrinas exatas, pois não se vincula necessariamente a uma religião e, quando o faz, assume da religião os elementos que a satisfazem.

Há uma nova vertente de entendimento do fenômeno religioso. Neste pensamento, o termo espiritualidade contempla a palavra fé, é a ideia da espiritualidade global, do acesso ao divino no interior de

cada ser humano e não por meio de realidades objetivas que as religiões tradicionais oferecem, tais como dogmas, sacramentos e ritos institucionalizados. Trata-se de uma experiência de interioridade, intuitiva, contemplativa do ser que transcende no interior do ser. É a presença divina, sem necessariamente vincular-se a Deus. A fé inata "é uma experiência humana fundamental que se faz entre as pessoas e que se prolonga para as coisas, mistérios e religiões". Crer é uma condição para existir no convívio humano, já que desde os primeiros movimentos instintivos do recém-nascido há confiança no outro que o acolhe, protege e cuida. No inconsciente da criança é criada uma atitude espontânea de entrega, desabrochando, assim, a semente da fé humana ou da resistência a ela. Dessa forma, há pessoas com mais dificuldade ou facilidade para desenvolver a atitude de fé<sup>7</sup>.

Por consequência, a fé ancora-se em sinais de credibilidade que dependem de elementos culturais, etários, históricos, existenciais e étnicos. Cada ser humano constroi sinais de credibilidade, buscados nas relações com o outro, o que implica o maior uso da capacidade intuitiva. De modo generalizado, valores são elementos norteadores de comportamento e estabelecem a importância da adoção de determinadas posturas diante dos eventos, funcionando como guias de conduta<sup>8</sup>.

No campo da espiritualidade, valores têm um significado e importância fundamentais. Para Desjardins<sup>9</sup>, em sentido amplo, valores referem-se à relativa importância de uma qualidade ou objeto. Valores individuais são crenças pessoais que motivam determinada conduta ou comportamento em detrimento de outro, constituídos a partir da experiência de vida, da personalidade e dos traços culturais do ambiente no qual o sujeito está inserido e que, apesar de se manterem em relativa estabilidade, podem mudar a partir de novas experiências.

Valores podem estar relacionados a conceitos ou crenças; comportamentos ou estados desejáveis que transcendam a situações específicas; guia de seleção ou avaliação de comportamentos e eventos; ordenação por relativa importância<sup>10</sup>. Para Vilenna<sup>8</sup>, valores são normas, princípios ou padrões difundidos por grupos humanos, sociais, políticos ou religiosos, absorvidos pelos indivíduos como elementos constitutivos de sua personalidade e que contribuem para determinar suas atitudes e comportamentos. Regras para a vida, demonstradas

externamente por meio de comportamentos, segundo Schwartz<sup>10</sup>.

Espiritualidade é um paradigma emergente que supera e amplia a referência morfológico-cientista e deve ser considerado na escola médica e na prática dos profissionais da saúde, especialmente na prática médica. Busca a integração, a síntese, a sabedoria intuitiva, a cooperação e conservação<sup>11</sup>. Para Puchalski<sup>12</sup>, a espiritualidade no cuidado com o cliente deve ser responsabilidade de toda a equipe multidisciplinar; médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros. Uma obrigação profissional a fim de se compreender e relacionar com o ser humano de forma integral.

O propósito deste estudo se pauta na necessidade de apreender os conceitos inovadores que tangenciam estas questões. Desenvolvido pelo método de revisão bibliográfica, delimitado a um período de 10 anos - 2002 a 2012 - apresenta resultados publicados em fontes de dados científicas, quanto a esse tema, os quais, sintetizados e apresentados por categorias, forma utilizada neste estudo, podem melhor nortear e direcionar a assistência de enfermagem.

## OBJETIVOS

O objetivo geral consistiu em realizar um levantamento bibliográfico de estudos nacionais publicados no período de 2002 a 2012 sobre enfermagem e espiritualidade, e o objetivo específico: identificar conceitos e diretrizes sob a ótica do conhecimento desenvolvido acerca do tema espiritualidade e enfermagem.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de revisão bibliográfica ou literária sobre o tema espiritualidade no contexto da enfermagem. Segundo Mattos, Rossetto Jr. e Blecher<sup>13</sup>, esse tipo de estudo sintetiza conhecimentos e informações acerca de um problema ou hipótese, organizado e trabalhado por outros autores.

Fontes de pesquisa: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Sistema Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Sistema *Online* de Busca e Análise de Literatura Médica - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Foram

descritores: Enfermagem, Espiritualidade, Cuidado de Enfermagem, Publicações. Critérios de inclusão: contemplar o período pré-determinado e o tema em questão. A amostra foi composta por 18 estudos.

Para a análise do conteúdo foi utilizada a Análise Temática de Minayo<sup>14</sup>, modelo desdobrado em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 18 artigos levantados: 1 (5,5%) da MEDLINE, 2 (11,1%) da SciELO e 15 (83,3%) artigos da LILACS.

Quanto à distribuição dos artigos nacionais sobre espiritualidade e enfermagem, publicados no período de 2002 a 2012, segundo o ano da publicação obteve-se: nenhum artigo publicado de 2002 a 2007, 2 (11,1%) em 2008, 4 (22,2%) em 2009, 7 (38,8%) em 2010, 4 (22,2%) em 2011 e 1 (5,5%) em 2012.

O Quadro 1 sumariza as 18 publicações obtidas na revisão.

**Quadro 1** – Apresentação dos artigos selecionados no estudo, publicados no período de 2002-2012, quanto ao título, autoria e ano de publicação.

Título	Autor	Ano
1. Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de enfermagem	Pillon SC, Santos MA, Gonçalves AMS, Araújo KM	2011
2. Do sensível ao inteligível: novos rumos comunicacionais em saúde por meio do estudo da teoria quântica	Penha RM, Silva MJ	2009
3. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde	Espíndula JA, Do Valle ERM, Bello AA	2010
4. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva	Dezozzi LW, Crossetti M G O	2008
5. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade	Véras RM, Vieira JMF, Morais FRR	2010
6. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde.	Tomasso C S, Beltrame IL, Lucchetti G	2011
7. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade	Pedraço RB, Beresin R	2010
8. Validação clínica de espiritualidade prejudicada em pacientes com doença renal crônica	Chaves ECL, Carvalho EC, Terra FS Souza L	2010
9. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas	Chaves ECL, Carvalho EC, H VJ	2010
10. Fatores de risco, níveis de espiritualidade e uso de álcool em estudantes de dois cursos de enfermagem	Pillon S C, Santos MA, Gonçalves A MS, Araújo KM	2011
11. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento	Rockembach JV, Casari ST, Siqueira HCH	2010
12. Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crítica	Sá AC	2009
13. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente	Guerreiro GP, Zago MMF, Sawada NO Pinto M H	2011
14. Religiosidade e espiritualidade no ensino de enfermagem: contribuição da gestão participativa para a integralidade no cuidado	Cortez EA	2009
15. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com insuficiência renal crônica	Simpionato ES, Nascimento LC, Rocha SMM	2009
16. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem	Gussi MA, Dytz JLG	2008
17. Significado de espiritualidade para a enfermagem	Penha RM, Silva MJ	2012
18. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos	Silva DLS	2011

Após a leitura e interpretação dos artigos foram elaboradas sete categorias:

1. religiosidade, religião, espiritualidade;
2. cuidado de enfermagem e a dimensão espiritual;
3. significados da espiritualidade e as práticas de saúde;
4. importância da espiritualidade no cuidado individual e ao paciente-família;
5. espiritualidade - conceitos;
6. benefícios da espiritualidade; e
7. formação profissional x espiritualidade.

### Religiosidade - religião - espiritualidade

O ser humano é um ser psicofísico e espiritual. A partir da dimensão espiritual se mostram as demais partes do indivíduo. A trilogia pessoal (espiritual, psíquica e física) está predisposta no processo de desenvolvimento humano, pois a pessoa somente pode se tornar algo daquilo que já tem marcado em seu ser pessoal<sup>15</sup>.

Religiosidade envolve a sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo, enquanto a espiritualidade está relacionada ao significado e o propósito da vida e a crença nos aspectos espirituais<sup>16</sup>. É uma das formas mais utilizadas pela pessoa para expressar e elaborar a integração das dimensões racional, emocional, sensitiva e intuitiva. Para algumas pessoas envolve apenas princípios filosóficos ou experiências significativas<sup>17</sup>. Segundo Pillon e colaboradores<sup>18</sup>, a delimitação das fronteiras conceituais entre religiosidade e espiritualidade ainda não é muito precisa e o descuido conceitual tem levado autores a confundir, propositalmente ou não, espiritualidade com religiosidade, dificultando a universalização do conceito.

Religião - sistematização de elementos ritualísticos e simbólicos que configuram e determinam o modo como as pessoas acessam o divino e o sagrado. A execução destes ritos é denominada religiosidade<sup>19</sup>. Mondin<sup>20</sup> define a religião como o conjunto de conhecimentos, ações e estruturas com as quais o ser humano expressa reconhecimento, dependência e veneração ante o sagrado.

Religiosidade e espiritualidade representam um marco para a nova era, especialmente porque as crenças e

práticas religiosas e espirituais têm demonstrado forte impacto no auxílio e enfrentamento das diversas situações de desequilíbrio da saúde, no preparo para a morte e até mesmo nas relações interpessoais profissionais<sup>21</sup>. Na prática, a religião e a espiritualidade aparecem imbricadas. Para Sá<sup>22</sup>, ao se falar de espiritualidade como uma Necessidade Humana Básica, pretende-se sensibilizar a pessoa quanto a compreendê-la diferenciada do aspecto estritamente religioso e a utilizá-la como ferramenta para cuidar do ser humano em sofrimento.

Espiritualidade é uma orientação de cunho filosófico, capaz de gerar comportamentos e sentimentos de esperança, amor e fé. A espiritualidade e a religião podem fortalecer a família, contribuindo para a formação de suas crenças e valores. Incentiva comportamentos e práticas saudáveis, fornece condições para boas interações sociais, promove a recreação e ajuda no enfrentamento e transição de crises<sup>23</sup>. No cuidado de enfermagem pode qualificar as ações/intervenções e as relações com as equipes, o paciente e a família.

### **Cuidado de enfermagem e a dimensão espiritual**

Formular diagnósticos que contemplem a espiritualidade requer do enfermeiro o desafio de interpretar o comportamento espiritual do paciente. Entretanto, a dificuldade se apresenta no compartilhamento de algumas características definidoras pelo alto grau de abstração e por receberem pouco consenso da literatura em relação à sua definição<sup>24</sup>. É importante que o enfermeiro utilize o diagnóstico de enfermagem "espiritualidade prejudicada" manifestada por pacientes com doenças crônicas, pois a identificação das condições do paciente amplia a capacidade de o enfermeiro contribuir para o cuidado, por meio de maior eficácia e alcance das metas estabelecidas<sup>25</sup>.

A *North American Nursing Diagnosis Association - International* (NANDA-I) reconheceu a resposta "angústia espiritual", originalmente *spiritual distress*, como diagnóstico pertinente à enfermagem. O diagnóstico raramente é identificado na prática devido à sua complexidade e a dificuldade do enfermeiro para identificar suas evidências ou, ainda, pelas lacunas quanto a esse aspecto do conhecimento, ou muitas vezes, pela falta de interesse em relação ao fenômeno da

espiritualidade<sup>26</sup>.

Cuidar é, fundamentalmente, uma expressão comunicacional e para serem capazes de cuidar da espiritualidade dos pacientes e familiares, os profissionais de enfermagem precisam cuidar de si mesmos através da contínua busca por harmonia e integridade. É preciso criar novas formas de cuidar e não basta apenas humanizar, um desafio para o enfermeiro, pois o cuidado espiritual à família implica em estar presente, ouvir suas necessidades respeitando suas crenças e valores. Deve compor o cuidado de enfermagem e não ser apenas um fragmento isolado<sup>27</sup>.

A espiritualidade está nos atos, na coerência entre as ações e pensamentos, na compaixão pelo ser humano que ao cuidar do outro deve agir como se cuidasse de si mesmo<sup>23</sup>. No desenvolvimento da espiritualidade a pessoa pode se revelar mais inclinada a identificar maior possibilidade de assistência e cura e menos inclinada a materializar/coisificar as pessoas, superando as questões de ordem física e material para alcançar além e tocar o centro humano da pessoa<sup>28</sup>.

Nesse sentido, o incentivo à espiritualidade aliada à assistência técnica profissional, deve, além de fazer o cliente se sentir bem, auxiliar indivíduos saudáveis ou doentes a utilizarem seu poder interior e a evoluírem para níveis superiores de consciência<sup>29</sup>. A dimensão espiritual é parte integrante do indivíduo, sendo necessário que o enfermeiro saiba avaliá-la e também prescrevê-la nas intervenções, quando necessária<sup>30</sup>.

### **Significado da espiritualidade e as práticas de saúde**

A importância da espiritualidade e da religiosidade no cuidado à saúde é subvalorizada por grande parte dos enfermeiros, porém, relacionada à saúde tem se tornado um paradigma a ser estabelecido na prática clínica diária<sup>31</sup>. Crescem as pesquisas sobre espiritualidade, realizadas nas diferentes áreas das ciências da saúde, demonstrando o claro desejo de se buscarem novas fontes rejuvenescedoras que ampliem as possibilidades e soluções para o sofrimento humano. Atualmente, há um movimento de mudança paradigmático evidente na enfermagem<sup>15</sup>.

É importante que o profissional de saúde,

especialmente o enfermeiro, detecte se o paciente está sofrendo angústia espiritual para cuidar deste aspecto e planejar a assistência numa visão integral, admitindo a existência da alma ou do espírito e o poder de comando que este exerce sobre o organismo. Por ser esta uma questão polêmica no âmbito da ciência e, conseqüentemente, da saúde, os profissionais ainda têm uma "postura reservada e insegura"<sup>22</sup>.

A dimensão espiritual possui ao menos quatro significados distintos: fé e crença religiosa, crença em uma força/poder superior, bem-estar espiritual e espírito, enquanto um atributo humano<sup>19</sup>.

Cotidianamente o enfermeiro se depara com práticas e atitudes religiosas e espirituais dos usuários no processo educativo do cuidado, caracterizadas por rezas, orações, rituais, imagem e/ou adornos religiosos, oferendas, dentre outras. Assim, o entendimento sobre os motivos pelos quais a população utiliza práticas não oficiais de saúde no cuidado e que constituem um esquema simbólico de resistência à difusão da racionalidade médica hegemônica, pode facilitar e contribuir, ampliar a abrangência e a eficiência das ações relacionadas à educação em saúde e assistência/cuidado<sup>32</sup>.

A liberdade espiritual do ser humano, a qual não se lhe pode tirar, permite-lhe até o último instante configurar a sua vida de modo que tenha sentido, pois a vida, além do sentido circunstancial apresenta muitos significados existenciais, principalmente vivenciados em situações de sofrimento, morte e em diversos estados aflitivos.

### **Importância da espiritualidade no cuidado individual e ao paciente-família**

A doença significa uma ameaça à vida - golpeia, atinge a pessoa na sua totalidade biopsicossocial e nos aspectos espirituais, portanto, a assistência de enfermagem deve abranger as dimensões: afetiva/emocional, psicossocial e espiritual do cliente, dos cuidadores, familiares e profissionais de saúde<sup>15</sup>. Silva<sup>33</sup> refere que a espiritualidade também pode ajudar a família dos clientes no processo de finitude, assim como aos enfermeiros e demais profissionais, especialmente em cuidados paliativos, de forma que enfrentem mais tranquilamente as situações de iminência de fim da vida ou

mesmo a morte em si. No cuidado a razão deve dar lugar à sensibilidade para que as necessidades de cuidado espiritual possam ser percebidas pelo profissional e, assim, atendidas quanto às singularidades e os desejos dos clientes e de seus familiares.

Instituir a fé e a esperança como mecanismos de compreensão multidimensional do ser humano é imprescindível para a compreensão do processo de recuperação da saúde e no enfrentamento saudável das doenças<sup>19</sup>. Em casos de óbito as necessidades espirituais dos familiares devem ser atendidas pela equipe de saúde contribuindo para o enfrentamento do luto, pois fortalecem os vínculos afetivos que tendem a se estender para a crença em uma vida futura, além da vida física<sup>34</sup>. Conhecendo as práticas religiosas e espirituais da família o enfermeiro poderá identificar atitudes condizentes ao processo de adoecimento e tratamento, auxiliando na manutenção de práticas que promovam a saúde<sup>35</sup>.

Falar de espiritualidade geralmente incentiva o bom ânimo e a fé individual<sup>22</sup>. É na atitude e na reflexão diária que o enfermeiro espiritualizado aprende sobre si mesmo e sobre o que é inerente ao humano, podendo cuidar, além do corpo físico, do centro de cura, ou seja, da alma humana. Os enfermeiros têm o papel de facilitar o acesso aos recursos espirituais, assim como reconhecer e aceitar as práticas espirituais das famílias dos pacientes sob seus cuidados<sup>36</sup>. Entretanto, é fundamental o conhecimento e o aprimoramento espiritual.

### **Espiritualidade - conceitos**

Espiritualidade - propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível e sentido de conexão com algo maior que si próprio, pode ou não incluir a participação religiosa formal. Entendida como busca pessoal, traduz questões relacionadas ao fim da vida e ao sentido de viver, ou das relações com o sagrado ou transcendente<sup>37,38</sup>. A consciência de um "eu interior" propende a construir significado pelo senso de se estar ligado ao que transcende o ego, experienciado em nível intrapessoal (conectando-se consigo mesmo), interpessoal (no contexto do outro e do ambiente natural) e transpessoal (em conexão com o que não está visível, Deus ou Força Superior)<sup>39</sup>. Encontro de autoconhecimento do ser com sua dimensão mais fiel e

bela - a espiritual - possibilita a conexão consigo mesmo e com o cosmo e a atingir recursos inigualáveis que influenciam a vida humana e as relações com o todo<sup>37</sup>.

Embora nenhuma definição de espiritualidade possa contemplar a essência toda do conceito, cada uma se mostra como uma indicação de atenção na direção para compreendê-la no processo do cuidado. Em termos conceituais a espiritualidade relaciona-se ao significado da vida, não se limitando a crenças, costumes e práticas religiosas<sup>18</sup>.

Espiritualidade é uma potencialidade criativa universal resultante da experiência humana e percepção subjetiva interna do ser humano em sua inserção na comunidade e em grupos sociais, segundo as tradições. Vivenciada como uma relação intimamente interna, pessoal, faz parte da essência do ser com ele mesmo e com o outro, e/ou uma relação com a qual a totalidade do "outro" transcende além de si mesmo. Significa o sentido e propósito de vida, verdade e vivência de valores<sup>38</sup>.

São várias as conceituações do termo espiritualidade na literatura mundial. Individualmente move o ser humano adiante e busca responder às grandes questões humanas, como: quem sou? Para onde vou? De onde vim? Qual é meu propósito neste universo? Qual o significado da existência humana?<sup>22</sup>. O conceito de espiritualidade é amplo e pessoal e relaciona-se a um conjunto de valores íntimos, completude interior, harmonia, conexão com os outros, possibilitando suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade. Por mobilizarem energias positivas melhoram a qualidade de vida pessoal<sup>39</sup>. Abrange elementos comuns a todas as grandes religiões: amor, respeito à vida, livre arbítrio, esperança, fé, ética, integração, verdade, bondade, beleza, igualdade, fraternidade e liberdade, sintetizando a busca da comunhão<sup>40</sup>.

### **Benefícios da espiritualidade**

Diversos estudos demonstram a influência benéfica da espiritualidade em transtornos mentais, na qualidade de vida e sobrevida e diminuição do tempo de internação, dentre outros aspectos. Pessoas com maior religiosidade ou espiritualidade possuem maior bem-estar geral, menor prevalência de depressão e de abuso de drogas lícitas e ilícitas e incidência de suicídio<sup>40</sup>.

A espiritualidade promove uma transformação interior no ser humano e a partir dessa profunda mudança desencadeia uma rede de transformações na vida pessoal, na sua imunidade e nas suas relações sociais, bem como com a natureza e o universo<sup>1</sup>.

O paciente que evidencia a morte tem na espiritualidade um instrumento de resiliência para auxiliá-lo a sobrepor-se às pressões e aos desconfortos gerados pelos sintomas físicos e emocionais, habitualmente presentes na vivência da doença. A espiritualidade tem sido utilizada no enfrentamento de crises e como solução para sérios problemas sociais e/ou de saúde<sup>33</sup>. Em prognósticos ameaçadores à saúde da família a espiritualidade tem ajudado a aceitar a morte como condição inexorável da vida<sup>3</sup>.

A espiritualidade garante a pessoa energia para mover-se em direção ao enfrentamento da vida e a atribuir significado para sua existência; contribui para a busca pela cura e não apenas o tratamento de um sintoma, uma vez que atua sobre a causa do desequilíbrio homeostático, havendo melhor tratamento e adaptação a situações estressantes, quando comparada a pessoas não religiosas e espiritualizadas<sup>41</sup>. Quando o ser humano não exercita sua espiritualidade pode perder a vontade de viver e de lutar, pois se apaga a chama interna que o empurra em direção ao amanhã e à transcendência que o leva à maturidade, bem como a descobrir seu eu interno<sup>22</sup>.

Práticas espirituais no mínimo reforçam o sistema imunológico do indivíduo ao proporcionar uma sensação de segurança, controle, otimismo, capacidade de adaptação e esperança<sup>38</sup>. Evidências científicas têm demonstrado que a espiritualidade produz efeitos positivos na saúde pela ação neurotransmissora ao atuar em nível cardiovascular, bem como nos sistemas imunológico e endócrino<sup>1,38</sup>. Através do sistema nervoso simpático e parassimpático provoca diminuição da frequência cardíaca e pressão sanguínea e dos níveis de cortisol, ativando, dessa forma, as funções de defesa, diminuindo os níveis de ansiedade<sup>1,42</sup>.

### **Formação profissional x espiritualidade**

O reconhecimento da dimensão espiritual leva a necessidade de reformulações dos conceitos que norteiam a prática profissional, pois estes possibilitam a

interpretação e direcionam a resposta comunicacional que resulta no atendimento eficiente ao doente<sup>43</sup>.

A formação do estudante de enfermagem é, provavelmente, um dos momentos mais importantes para a sua carreira futura e o modo com que a espiritualidade é ensinada pelos docentes e percebida pelos alunos pode levar a uma maior compreensão dessa dimensão, no próprio cuidado<sup>1,44</sup>. Em um estudo realizado com docentes de Enfermagem acerca da espiritualidade e a assistência espiritual no ensino de graduação, concluiu-se que existe falta de clareza sobre o que é espiritualidade, religiosidade e assistência espiritual e que o tema provoca um questionamento pessoal no enfermeiro, sendo necessária a discussão formal no ensino de graduação e pós-graduação<sup>32</sup>. Observou-se noutro estudo a carência teórica dos alunos com relação às intervenções sobre as necessidades espirituais dos pacientes<sup>19</sup>.

O objeto de trabalho da enfermagem é o ser humano, devendo o cuidado ser desenvolvido na perspectiva do paradigma holístico - na compreensão do ser humano como um ser biopsico-socioespiritual<sup>45</sup>. Os profissionais da saúde ainda não recebem formação sobre o tema na quantidade e profundidade que ele requer, o que traz preocupação, pois os currículos nessa área apontam pouco espaço de tempo e conteúdo para essa discussão. Atualmente, a espiritualidade é discutida em eventos internacionais de enfermagem e, mais recentemente, noutras profissões da área da saúde<sup>22</sup>. O enfermeiro espiritualizado provavelmente necessitará buscar em outras ciências e no diálogo com outros profissionais, diferentes visões sobre o fenômeno humano e os caminhos para sua atuação, para garantir no cuidado ao menos a compreensão das necessidades do outro por meio de um melhor compartilhamento pessoal.

Para Benko e Silva<sup>30</sup> a assistência espiritual deveria ter um momento formal no ensino de enfermagem, ou seja, nas práticas de cuidar, pois a fé e a oração favorecem a saúde por serem terapêuticas. Notadamente pelo fato do cuidado exigir, verdadeiramente de quem o pratica, conhecimento e habilidade, é fundamental instrumentalizar os acadêmicos e direcioná-los para seu próprio entendimento e experiências espirituais num paradigma de saúde espiritual. Cortez<sup>46</sup> acredita que devido à escassa produção científica sobre o

tema em referência, o enfermeiro sinta dificuldade em discutir a dimensão religiosa/espiritual na prática profissional, na docência e na assistência.

Os enfermeiros têm dificuldades em articular a ciência (o saber científico) com a religiosidade e/ou espiritualidade do usuário nas atividades profissionais<sup>46</sup>. Fundamental a criação de grupos de pesquisa sobre o tema, para discussões e reflexões e práticas de questões relativas à religiosidade e à espiritualidade na formação dos enfermeiros. É considerável o número de acadêmicos de enfermagem que destacaram em pesquisas a necessidade da discussão acerca da religiosidade e espiritualidade nas diversas disciplinas que compõem o conteúdo programático do curso de enfermagem<sup>1,32</sup>.

Benko e Silva<sup>30</sup>, investigando docentes de enfermagem sobre a assistência espiritual no ensino de graduação, verificaram a falta de clareza sobre esses conceitos. É grande o desafio para integrar a espiritualidade ao cuidado nos currículos e na prática de enfermagem pela falta de compreensão do conceito<sup>46</sup>. Constata-se a necessidade de ampliação dos conhecimentos em relação à espiritualidade através de pesquisas científicas para que a enfermagem e a equipe multiprofissional de saúde possam se apropriar dela como constructo do cuidado<sup>33</sup>.

Com efeito, a tríade temática – religiosidade, espiritualidade e saúde – está pouco sistematizada na produção acadêmica brasileira, por inúmeros motivos. Em razão disso, os profissionais de saúde, na sua maioria, não se sentem preparados para lidar com as situações que envolvam a religiosidade, a espiritualidade e a saúde, dentre outros aspectos, pela formação baseada no modelo biomédico ocidental<sup>1,30,42,47</sup>.

## CONCLUSÃO

O ser humano é um ser complexo, multidimensional e a dimensão espiritual, de caráter subjetivo, apresenta significados diversos. No exercício da enfermagem o cuidado espiritual ao cliente e a família ainda é um grande desafio, pois faltam conhecimentos específicos e entendimento dos conceitos, principalmente sobre religiosidade, espiritualidade e religião, dificultando abordagens e a promoção do cuidado integral.

Há falta de um conceito amplo e comum nas

definições sobre espiritualidade, porém o novo paradigma acerca da espiritualidade busca apreender o sentido e os significados na vida pessoal como a principal força motivadora do ser humano, especialmente no enfrentamento de doenças, em situações de finitude e de morte. A preocupação crescente com a ecologia, a ética e a bioética, a física quântica, dentre outros campos, tem levado pesquisadores a aderirem a esse novo pensamento, buscando contemplar o modelo de cuidado integral, compartilhado e desenvolvido por meio da interdisciplinaridade. Contudo, ainda há deficiência na formação profissional, especialmente na enfermagem e, conseqüentemente, na prática de cuidados, havendo necessidade de uma discussão ampla e formal desse tema

no ensino de graduação e na pós-graduação.

É fundamental contemplar a dignidade e o respeito humano numa perspectiva ética, moral e mais humanizada. Embora a espiritualidade no cuidado seja uma realidade, o conceito de espiritualidade e sua aplicação na enfermagem ainda são subvalorizados. Entretanto, olhar a vida numa outra perspectiva menos materialista é fundamental, assim como desenvolver novas estratégias para o cuidado de enfermagem, a partir de novos estudos e evidências científicas sobre o tema. Nessa vertente, sugerem-se novas pesquisas, especialmente porque o novo conceito de doença evidencia ser ela decorrente do pensamento humano em desarmonia com a Lei de Deus, requerendo reequilíbrio.

## REFERÊNCIAS

1. Caldeira S, Narayanasamy A. Programas de educação em enfermagem acerca da espiritualidade: uma revisão sistemática. *CuidArte Enferm*. 2011; 15(2) 123-8.
2. Vachon M, Fillion L, Achille M. A conceptual analysis of spirituality at the end of life. *J Palliative Med* [On line]. Jan 2009. [acesso em 2012 jun 20]. Disponível em: <http://www.web.ebscohost.com/ehost/pdviewer?vid=125&Sid=808c2713-bb7b4987-a928-1cf0a97f>
3. Boff L. Saber cuidar: a ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
4. Pupin GT. A presença da religiosidade no ambiente de trabalho: um estudo de caso. [dissertação]. Universidade Federal do Espírito Santo; 2007. [acesso em 2012 out 20]. Disponível em: [http://www.ut.com.br/ufes\\_mes/upload/anexo\\_disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Glau%C3%A7ia%20Tristao%20Pupim\\_17447.pdf](http://www.ut.com.br/ufes_mes/upload/anexo_disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Glau%C3%A7ia%20Tristao%20Pupim_17447.pdf)
5. Cavalcanti R. O retorno do sagrado: a reconciliação entre ciência e espiritualidade. 9ª ed. São Paulo: Cultrix; 2005.
6. Libânio JB. A religião no início do milênio. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
7. Libânio JB. Fé. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2004.
8. Vilenna DJS. As contribuições da economia de comunhão para o estudo da matriz religiosa no ambiente organizacional. [dissertação]. Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo; 2006.
9. Desjardins N. A case study in organizational value communication: understanding value/behavior relationship. [thesis]. New Britain: Central Connecticut State of University New Britain; 2002.
10. Schwartz SH. Are there universal aspects in the structure and contents of human values? *J Social Issues*. 1994; 50:19-45.
11. Oliveira E. Espiritualidade nas práticas de saúde: contribuição para ampliar os limites do paradigma biomédico. *Rev Saúde da Alma*. AME Brasil. 2011; 58-67.
12. Puchalski C. Spirituality in health: the role of spirituality in critical care. *Crit Care Clin*. 2004; 20:487-504.
13. Mattos MG, Rossetto Jr. AJ, Blecher S. Teoria e prática da metodologia da pesquisa em educação física: construindo sua monografia, artigo científico e projeto de ação. São Paulo: Porte; 2004. p. 18.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 308-17.
15. Espíndula JA, Do Valle ERM, Bello AA. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. *Rev Latino-Am. Enferm*. 2010; 18(6) [periódico na internet]. [acesso em 2012 out 13]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600025>
16. Powell LH, Shabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality. Linkages to physical health. *Am Psychol*. 2003; 58(1):36-52.
17. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *J Pall Med*. 2009; 12(10):885-904.
18. Pilon SC, Santos MA, Gonçalves AMS, Araújo KM. Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na internet]. 2011 Mar [acesso em 2012 out 13]. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000100014&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100014&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100014>.
19. Penha RM, Silva MJP da. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(2) 2012. [acesso em 2012 out 13]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200002>
20. Mondin B. Introdução à filosofia: problemas, sistemas, autores, obras. 12ª ed. São Paulo: Paulus; 2001.
21. Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *J Clin Nurs*. 2006; 15(7):852-62.
22. Sá AC de. Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. *O Mundo da Saúde São Paulo*. 2009. [acesso em 2012 out 13]. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/67/205a217.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/205a217.pdf).
23. Mcsherry W, Phil M, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *J Clin. Nurs*. 2004; 13(8):934-41.
24. Chaves ECL, Carvalho EC de, Hass VJ. Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual: análise por especialistas. *Acta Paul Enferm*. 2010 23(2). [acesso em 2012 out 13]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200018>.
25. Cruz DALM, Pimenta CAM, Pedrosa MF, Lima AFC, Gaidzinski RR. Nurses perception of power regarding their clinical role. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(2):234-9.
26. Twibell RS, Wiesek EAW, Marine M, Schoger J. Spiritual and coping needs of critically ill patients: validation of nursing diagnoses. *Dimens Crit. Care Nurs*. 1996; 15(5):245-53.
27. Chung LYF, Wong FK, Chan MF. Relationship of nurse's spirituality to their understanding and practice of spiritual care. *J Adv Nurs*. 2007; 58(2):158-7.
28. Nasio JD. O livro da dor e do amor. Rio de Janeiro: Zahar; 1997.
29. NANDA. Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
30. Benko MA, Silva MJP. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 1996; 4:71-85. [acesso em 2012 out 13]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691996000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000100007&lng=en&nrm=iso)

31. Salgado APA, Rocha RM, Conti CC. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. *Rev Enferm UERJ*. 2007; 15(2):223-8.
32. Cortez EAC. Religiosidade e espiritualidade no ensino de enfermagem: contribuição da gestão participativa para a integralidade do cuidado. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.
33. Silva DLS da. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. *Rev HCPA*. 2011; 31(3):353-8.
34. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Gryndonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2005;14(4):501-9.
35. Paula ES de, Nascimento LC, Rocha SMM. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com insuficiência renal crônica. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(1):100-6.
36. Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in chronic illness: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2004; 13(1):116-7.
37. Reed P. An emerging paradigm for the investigation nursing of spirituality in nursing. *Res Nurs Health*. 1992; 15:349-57.
38. Cook CCH. Addiction and spirituality. *Addiction*. 2004; 99(3):539-51.
39. Boff L. *Ethos mundial: um consenso mínimo entre os humanos*. Rio de Janeiro: Sextante; 2003.
40. Moggi V, Burkhard D. *Como integrar liderança e espiritualidade: a visão espiritual das pessoas e das organizações*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
41. Tardan MYCG. *Jung, a sacralidade da experiência interior*. São Paulo: Paulus; 1994.
42. Seybold K. Physiological mechanisms involved in religiosity/spirituality end health. *J Behavioral Medicine*. 2007; 30(4):303-9.
43. Goswami A. *A física da alma: a explicação científica para a reencarnação, a imortalidade e experiências de quase morte*. São Paulo: Aleph; 2005.
44. Tomasso CS, Beltrame IL, Lucchetti G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(5):1205-13.
45. Pedrão RB, Beresin R. *O enfermeiro frente à questão da espiritualidade*. Einstein. 2010; 8(1):86-91.
46. Cortez EA. *O saber técnico científico e o saber religioso no cuidado com o corpo: confronto de racionalidades? [trabalho de conclusão de curso]*. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa; 2000.
47. Cortês C, Pereira C, Tarantino MA. *Medicina da alma*. Revista Isto é. 2005; 1859:76.

## FATORES QUE INTERFEREM NA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

### FACTORS THAT INTERFERE WITH THE HUMANIZATION NURSE ASSISTANCE IN INTENSIVE CARE UNITS

### FACTORES QUE INTERFIEREN EN HUMANIZACIÓN ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Marta Martins da Silva Pereira\*

#### Resumo

Atualmente a humanização é ponto de pauta nos encontros nacionais e internacionais da área da saúde, assim, cada vez mais enfermeiros nas Unidades de Terapia Intensiva têm se preocupado com a sua prática. Considerando esta preocupação, houve, através das políticas públicas, a necessidade de promover um ambiente que proporcionasse melhores condições de bem-estar, integridade física e mental do paciente e também de seus familiares. O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de descrever os fatores que interferem para que uma efetiva humanização da assistência aconteça. O propósito é proporcionar, de forma humanizada, acolhimento ao paciente e também à sua família nesses ambientes. Para o desenvolvimento do tema foi escolhida como forma de trabalho a revisão bibliográfica sistemática. Foi feito um levantamento de artigos publicados na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando-se os descritores "Enfermagem" and "Humanização da Assistência" no período de 2001 a 2011. Ao final do levantamento, obteve-se um total de dezenove artigos sendo que, destes, sete foram analisados por satisfazerem aos critérios de inclusão estabelecidos. Os fatores encontrados estavam relacionados ao paciente e seus familiares, a questões da equipe de enfermagem e a questões estruturais das instituições de saúde, revelando o caráter multidimensional da humanização. Conclui-se que a humanização é um aspecto fundamental aos seres humanos. Portanto, não deve apenas estar na pauta dos discursos, mas efetivamente ser aplicada no contexto de trabalho das ações/intervenções de enfermagem. Para tanto, embora haja vários fatores interferindo, é preciso empreender ações em várias esferas para resolvê-los.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Humanização da assistência. Terapia intensiva.

#### Abstract

Currently the humanization is based in national and international meetings of the health area. Accordingly, more and more nurses working at Intensive Care Units (ICU) have been concerned with its practice. Due to this worrying, public health management felt the need to promote an environment that would provide better conditions of well-being, as well as physical and mental integrity of the patient and their families. This study was developed with the aim of describing the factors affecting an effective humanization of assistance, providing a human way of care to the patients and their family in the environment of an ICU. A systematic literature review was chosen as working pattern in order to develop this topic. A survey of the published articles during the last ten years in the database of Virtual Health Library (VHL) was performed, using the descriptors "Nursing" and "Humanization of Assistance". At the end of the survey, we obtained a total of nineteen articles, seven of which meet the inclusion criteria established and were thus analyzed. The factors found were related to the patient and their families, to the issues of nursing staff and to structural issues of healthcare institutions, revealing the multidimensional character of humanization. We conclude that humanization is a fundamental point for human beings. Accordingly, besides theoretical aspects, it must be put in practice by nurses when acting in ICU. Therefore, despite of interfering factors, actions must be planned in different levels in order to solve these problems.

**Keywords:** Nursing. Humanization of assistance. Intensive care.

#### Resumen

En la actualidad es la humanización punto del orden del día en las reuniones nacionales e internacionales de salud, aumentando así las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos se ha ocupado de su práctica. Mientras que había una preocupación por las políticas públicas, la necesidad de promover un entorno que proporcione un mejor bienestar, la integridad física y mental del paciente y su familia. El presente estudio fue desarrollado con el objetivo de describir los factores que influyen en que una atención de calidad eficaz suceder. El objetivo es proporcionar una manera humana, bienvenido al paciente y también a su familia en estos ambientes. Para desarrollar el tema fue elegido como una manera de trabajar de la revisión sistemática de la literatura. Llevamos a cabo un estudio de los artículos publicados en la base de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), utilizando las palabras clave "Enfermería" y "humanizar" de 2001 a 2011. Al final de la retirada, se obtuvo un total de diecinueve artículos y de éstos, siete fueron analizados por cumplir con los criterios de inclusión establecidos. Los factores encontrados se relacionaron con el paciente y su familia, los problemas del equipo de enfermería y los problemas estructurales de las instituciones de salud, revelando la naturaleza multidimensional de la humanización. Llegamos a la conclusión que la humanización es un aspecto fundamental para los seres humanos. Así que no sólo debe estar en la agenda de las conversaciones, pero efectivamente se aplicarán en el marco de las acciones laborales / intervenciones de enfermería. Por lo tanto, aunque hay varios factores que interfieren, tenemos que tomar acciones en diferentes ámbitos para resolverlos.

**Palabras clave:** Enfermería. Humanización de la atención. Cuidados intensivos.

\* Enfermeira. Docente da Universidade de Franca – UNIFRAN, Franca, SP. Contato: martamartinspereira3@yahoo.com.br.

## INTRODUÇÃO

O estudo da temática humanização no atendimento em saúde é de grande relevância, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros aspectos, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário<sup>1</sup>.

Humanização é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Inserida no contexto da saúde, a humanização, muito mais que a qualidade clínica dos profissionais, exige qualidade de comportamento. Dicionários da língua portuguesa definem a palavra humanizar como: tornar humano, civilizar, dar condição humana. Portanto, é possível dizer que humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre, só sendo promovida e submetida pelo próprio ser humano<sup>2</sup>.

Assim, humanizar passa a ser responsabilidade de todos, individual e coletivamente; jamais estará dada, sendo preciso reconstruí-la em todos os atos em saúde, quer aqueles burocrático-administrativos, de gestão, quer aqueles relacionais. Humanizar no setor saúde é ir além da capacidade técnico-científica e política dos profissionais, pois compreende o desenvolvimento da competência nas relações interpessoais que precisam estar pautadas no respeito ao ser humano e à vida, na solidariedade, na sensibilidade de percepção das necessidades singulares dos sujeitos envolvidos<sup>3</sup>.

Autores afirmam ainda que o conceito de humanização na assistência precisa ser mais elaborado e deve estar atrelado às diretrizes do trabalho em saúde e que envolva os trabalhadores, gestores e usuários. A humanização não pode estar vinculada apenas à qualidade do cuidado prestado, devendo reconhecer a subjetividade do trabalhador, criando possibilidades para a expressão das potencialidades do mesmo<sup>4</sup>.

A humanização pode também ser compreendida como a democratização das relações entre os trabalhadores, usuários e gestores. Um modelo de produção do cuidado mais resolutivo, centrado na comunicação, na troca de informações e saberes, diálogo, escuta e partilha das decisões centradas nesses agentes.

Humanizar visa o processo de subjetivação para produzir cuidados em saúde combatendo a despersonalização, assegurando o reconhecimento e respeito ao "outro" com distinção cultural<sup>5</sup>.

Portanto, a humanização nas instituições de saúde passa pela humanização da sociedade como um todo. Não se pode esquecer que uma sociedade violenta, iníqua e excludente interfere no contexto das instituições de saúde<sup>6</sup>.

Em um país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com consequente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário permanece com graves lacunas e precisa de mudanças. A esse quadro acrescenta-se também a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a expressiva precarização das relações de trabalho, o baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários<sup>7</sup>.

Tendo em vista este contexto, o Ministério da Saúde elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), visando, dentre outras questões, humanizar a assistência hospitalar pública prestada aos pacientes, assim como aprimorar as relações existentes entre usuários e profissionais, entre os profissionais, e entre a instituição hospitalar e a comunidade, com vistas a melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados<sup>8</sup>. Com o intuito de unificar as políticas, em 2003, o PNHAH, juntamente com outros programas de humanização já existentes, transformou-se na Política Nacional de Humanização (PNH) - o Humaniza-SUS<sup>9</sup> - o qual passou a abranger, também, os cenários da Saúde Pública (instituições primárias de atenção) objetivando melhorar a eficácia e a qualidade dos serviços de saúde.

Embora se saiba que a assistência à saúde não está centrada apenas na instituição hospitalar, é nesse espaço onde se percebem atos desumanos no cuidado em relação ao outro de forma mais evidente. Ainda que haja longas filas de espera nos serviços públicos ambulatoriais, para citar apenas um dos problemas, quando o ser humano necessita de hospitalização, encontra-se fragilizado pelo processo de adoecimento, o que se agrava

com a falta de humanização da assistência<sup>10</sup>.

Partindo deste pressuposto, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI's), onde se concentram pacientes mais graves, a assistência de qualidade e humanizada deve ser priorizada para maximizar as chances de estes sobreviverem<sup>11</sup>.

A humanização da assistência em UTI's leva os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, à necessidade de utilizarem a tecnologia aliada a empatia, com experiência e compreensão do cuidado prestado fundamentado no relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de promover um cuidado seguro, responsável e ético a indivíduos vulneráveis e fragilizados. Cuidar em unidades consideradas críticas é ato de amor, o qual está vinculado a motivação, comprometimento, postura ética e moral, e as características pessoais, familiares e sociais<sup>11</sup>.

Atualmente, as características da UTI estão cada vez mais sofisticadas, favorecendo a despersonalização das relações do cuidado, com a priorização de procedimentos técnicos de alta complexidade, por parte dos profissionais intensivistas. Os pacientes internados nesses ambientes de avançada tecnologia normalmente desconhecem o funcionamento dos equipamentos. Além disso, as rotinas utilizadas e, muitas vezes, descontextualizadas de seus hábitos, acarretam mudanças significativas na vida dessas pessoas. A priorização dos procedimentos, importantes para dar suporte e manutenção à vida, tem o potencial de tornar secundários outros aspectos do processo de atendimento à saúde e da multidimensionalidade do ser humano<sup>12</sup>.

Considerando-se que o profissional de área da enfermagem tem um papel fundamental na humanização da assistência ao paciente e a sua família nestes momentos críticos de saúde, desenvolveu-se o presente estudo, que tem por finalidade contribuir com o desenvolvimento do conhecimento acerca do tema e trazer subsídios para se proporcionar acolhimento ao paciente e também à sua família nos ambientes de UTI's.

## OBJETIVO GERAL

O objetivo do estudo foi descrever os fatores que interferem para que uma efetiva humanização em saúde aconteça nos ambientes de Unidades de Terapia Intensiva.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo desenvolvido por meio de uma revisão sistemática da literatura. Estudos dessa natureza permitem uma busca exaustiva de estudos realizados e a seleção justifica-se, pois os artigos publicados obedecem a critérios de inclusão e exclusão, permitem uma avaliação crítica do material, bem como a síntese das evidências sobre o tema investigado disponibilizadas<sup>13</sup>.

A coleta de dados foi realizada por meio de um levantamento bibliográfico retrospectivo, dos últimos dez anos (2001-2011), nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), do Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS), da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Biblioteca Cochrane e do *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Optou-se por utilizar como material apenas artigos científicos, por considerar a acessibilidade deste tipo de publicação para os profissionais de saúde.

As buscas foram feitas através dos descritores em ciências da saúde (DECS/MESH) sendo utilizados previamente os seguintes descritores: Enfermagem e Humanização da Assistência e Unidade de Terapia Intensiva, por melhor contemplarem os objetivos da pesquisa. Foram selecionados apenas quatro artigos. A busca foi então refeita somente com o uso dos descritores Enfermagem e Humanização da Assistência. Foram incluídos como amostra na pesquisa somente artigos publicados em português, inglês ou espanhol; que retrataram situações ocorridas no Brasil no período determinado e cujo texto completo estava disponível *online* gratuitamente.

Ao final do levantamento, obteve-se um total de dezenove artigos sendo que, destes, sete foram analisados, por satisfazerem aos critérios de inclusão.

Os principais aspectos de cada estudo que compôs a amostra foram coletados e registrados. Foram sintetizadas e agrupadas as informações pertinentes, bem como a caracterização da amostra e o conteúdo sobre humanização. Estes dados incluem: 1) autoria; 2) ano da publicação; 3) periódico; 4) título; 5) local onde foi desenvolvido o estudo; 6) o idioma; 7) o tipo de estudo 8) a população estudada; 9) objetivo(s); 10) resultados; 11) conclusões.

Os artigos foram analisados buscando-se agrupar e descrever os fatores que interferem no processo de humanização, enquanto propósito deste estudo, e são apresentados textualmente na sessão descrita a seguir.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Quadro 1 apresentam-se os artigos que compuseram a amostra do estudo.

**Quadro 1** - Artigos levantados pela busca de dados sobre humanização, segundo a autoria, o título, o periódico e o ano, no período de 2001-2011

AUTORIA	TÍTULO	PERIÓDICO	ANO
Collet N, Rozendo CA	Humanização e trabalho na enfermagem	Rev Bras Enferm. 56(2):189-92.	2003
Amestoy SC, Schuwartz E, Thofehn MB	A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem	Acta Paul. Enferm. 19(4):444-9.	2006
Oliveira BRG, Lopes TA, Viera CS, Collet N	O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado	Texto & Contexto Enferm. 15(n.esp):105-13	2006
Klock P, Wechi J, Comicholi GV, Martins JJ, Erdmann AL	Reflexões sobre a política nacional de humanização e suas interfaces no trabalho da enfermagem em instituição hospitalar	Ciênc. Cuid. Saúde. 5(3):398-406.	2006
Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR.	Humanização na saúde: enfoque na atenção primária	Texto & Contexto Enferm. 16(3):439-44.	2007
Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D	Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem	Saúde Educ. 13(supl.1):571-80.	2009
Gomes ILV, Câmara NAC, Lélis GMD, Grangeiro GFC, Jorge MSB	Humanização na produção do cuidado à criança hospitalizada: concepção da equipe de enfermagem	Trab. Educ. Saúde. 9(1):125-35.	2011

### Revisão da literatura

Dentre os estudos analisados prevaleceram pesquisas de campo realizadas através de entrevistas com profissionais de enfermagem. Estes estudos qualitativos tiveram, em sua maioria, o objetivo de compreender a percepção e a opinião da equipe sobre a política de humanização e sua prática. Dentre os quais, três artigos abordavam a humanização da assistência no ambiente interno das UTI's.

Os estudos não tinham como objetivo direto descrever os fatores que interferem na humanização da assistência, porém todos abordaram tais aspectos em seu contexto. Os fatores que interferem na humanização, relatados nas pesquisas estavam relacionados em 28,5% dos estudos a questões que envolviam os pacientes e seus familiares, em 100% dos estudos a equipe de enfermagem, e em 85,7% a questões estruturais e gerenciais das instituições de saúde. Estes estudos são apresentados e discutidos a seguir.

A humanização do ambiente de trabalho é um subproduto da necessidade de incorporar o amor nas relações profissionais e interpessoais; é a administração

dos ressentimentos. Entendida, ainda, como a capacidade de se colocar no lugar do outro, a equipe passa a cuidar o cliente com respeito e dignidade<sup>14</sup>.

Trata-se de produzir atos em saúde que levem em consideração o respeito ao outro como um ser autônomo e digno, buscando compreender os limites dos sujeitos envolvidos nessa relação, as singularidades de cada um, bem como as especificidades das necessidades apresentadas em cada momento em particular<sup>3</sup>.

Contudo, é importante ressaltar que, muitas vezes, devido à sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho, a enfermagem presta uma assistência mecanizada e tecnicista, não-reflexiva, esquecendo-se de humanizar o cuidado sem entender que em si o cuidado deve ser humanizado. Da mesma maneira, as relações de trabalho, em função de fatores internos e externos às ações/intervenções de enfermagem, vêm se dando de modo pouco humanizado, interferindo diretamente na própria assistência<sup>3</sup>.

A tecnologia melhora a vida de muitas pessoas, porém, em outra visão é uma barreira para a qualidade do cuidado, quando os instrumentos se tornam o foco do cuidado em saúde, e o profissional está mais preocupado em checar a funcionalidade dos aparelhos do que manter um mais estreito contato com o paciente. Sendo assim, o cuidado pode sofrer fragmentação e se tornar desumanizado<sup>15</sup>.

Outro fator apontado é que a equipe de enfermagem pode sentir-se despreparada para manter um relacionamento mais próximo aos pacientes. Faltam conhecimentos e preparo que deem suporte para se trabalhar com a dor e o sofrimento do outro e para estabelecer processos efetivos de comunicação<sup>3</sup>. Ao rejeitar ou negar o sofrimento do cliente, a enfermagem se protege. A intolerância afetiva para com a própria emoção reacional acaba levando o sujeito a abstrair-se do sofrimento alheio por uma atitude de indiferença - logo, de intolerância para com o que provoca o seu sofrimento<sup>16</sup>.

Nesse sentido, emerge a necessidade de se identificar e tratar o sofrimento psíquico dos trabalhadores de enfermagem, pois o desgaste psicológico aparece como um dos obstáculos que interfere na qualidade de vida dessas pessoas, assim como na qualidade assistencial prestada<sup>3</sup>.

Considera-se ainda que com a inclusão da família no processo assistencial nas UTI's, emerge a necessidade de que os profissionais se instrumentalizem com conhecimentos em psicologia familiar, apego, relacionamento interpessoal e direitos humanos, para que a atuação seja pautada no modelo de atenção à saúde humanizada<sup>15</sup>.

Os fatores estressantes são também aspectos que dificultam o atendimento, o acolhimento, além da sobrecarga, que leva o profissional a se sentir culpado por não satisfazer as necessidades do paciente ou então se mostrar incapaz de fazê-lo, já que não dispõe de material ou pessoal suficiente para isso<sup>17</sup>.

Em um estudo sobre absenteísmo na equipe de enfermagem da emergência de um hospital geral, foi detectado que as causas de maior estresse para os clientes são: número reduzido dos profissionais de enfermagem e excesso de doentes no corredor. Isto motiva o profissional a despender mais esforço, o que provoca cansaço físico e mental<sup>18</sup>.

Outra questão que merece ser ressaltada é a formação dos profissionais da área da saúde, pois muitas das instituições educacionais ainda privilegiam as metodologias de transmissão de conhecimentos, muitas das quais descontextualizadas da realidade vivida pelos educandos e com enfoque na parte fisiopatológica e técnica do processo saúde-doença. Acredita-se, então, na necessidade de reorientação e revisão dos currículos que formam tais trabalhadores, pois não basta a existência de uma política transversal como a da humanização se não houver profissionais competentes e comprometidos com as mudanças paradigmáticas e dos serviços de saúde. A respeito disso, corrobora-se com a seguinte afirmação: "as propostas de humanização em saúde suscitam repensar o processo de formação dos profissionais, pois tal processo ainda está centrado no aprendizado técnico, racional e individualizado. O momento atual promove e requer criatividade e sensibilidade"<sup>19</sup>.

É fundamental também, que se agregue à competência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do cliente e do profissional, contemplando os limites de cada um na situação que requer a produção de atos em saúde<sup>3</sup>. Com relação ao serviço de enfermagem, enquanto um

grupo organizado de pessoas, no qual é grande o número e a diversidade das atividades, muitas vezes se apresenta um trabalho normativo que corresponde a regras institucionais, o que pode dificultar a capacidade de inovação e adaptação dos profissionais a novas situações e mudanças do ambiente. O trabalho normativo se distancia muito do trabalho executado realmente<sup>20</sup>, pois as normas muito rígidas nos ambientes de serviço cerceiam a criatividade e as expressões afetivas.

Assim, segundo alguns autores: "o mecanicismo e a robotização das ações da equipe de enfermagem, que por obedecerem a uma rotina pré-estabelecida, muitas vezes rígidas e inflexíveis, tornam o cuidado ao paciente impessoal, impositivo e fragmentado", dificulta a prática de um cuidado humanizado, constituindo-se nos principais obstáculos à implantação da política de humanização em saúde<sup>21</sup>.

Outro aspecto importante que influencia no desenvolvimento do trabalho é o fato de a equipe de enfermagem geralmente estar vinculada a mais de um emprego, ter muitas vezes que "dobrar plantões", realizar horas extras, conviver com a sobrecarga de trabalho, às vezes sem descanso adequado, resultando em fadiga, tensão e irritação. Devido ao esforço físico diário, a repetição de tarefas e a necessidade do trabalho ser realizado geralmente em pé, na sua grande maioria, os trabalhadores sofrem com o desgaste físico<sup>15</sup>.

Ao longo da história a atividade profissional na área da saúde sofreu uma série de mudanças que trouxeram repercussões importantes. Dentre elas, podem-se destacar as perdas salariais, a apropriação do saber médico pelos leigos, principalmente por meio da mídia, a desvalorização da figura pessoal do cuidador em prol da busca da melhor tecnologia<sup>22</sup>.

As condições de trabalho e a presença de insumos e outros materiais médico-hospitalares são muito importantes para a humanização do cuidado, principalmente em UTI's. De acordo com a Política Nacional de Humanização, é preciso investir na melhoria das condições de trabalho e de atendimento. Às vezes, no ambiente hospitalar, existem máquinas de última geração e faltam medicamentos e materiais para procedimentos, como luvas, seringas, agulhas, ou para a lavagem das mãos, o que é fundamental para o controle da infecção

hospitalar<sup>17</sup>.

Portanto, não é possível esperar da equipe de saúde uma assistência humanizada às pessoas hospitalizadas quando as condições de trabalho são precárias, quando há falta de pessoal, sobrecarga de trabalho e pressões internas pelo processo de trabalho, pois estes fatores concorrem para que as pessoas alcancem ou ultrapassem os limites físicos e psíquicos<sup>3</sup>.

No tocante ao observado, a carência de material e equipamentos nas UTI's e no hospital propriamente dito, muitas vezes resulta em frustração profissional, ao se perceber que essa lacuna pode prolongar a estadia do paciente e até ocasionar um sofrimento maior, quando não se dispõe de dispositivos adequados para a realização de alguns procedimentos<sup>17</sup>.

Não obstante, o processo de humanização precisa romper com formas cristalizadas de organização dos processos de trabalho em saúde, traduzidos assim:

ao invés de verticalização, a horizontalização da organização por meio de processos participativos, democráticos e solidários;

a construção de espaços democráticos nas relações de trabalho que facultem e estimulem a livre expressão; promover debate sobre a vida institucional, elencar/solucionar as dificuldades do trabalhador, bem como suas angústias frente ao mundo do trabalho, visando ao alcance de seus objetivos;

a participação dos sujeitos no processo de tomada de decisões, na definição de estratégias e na construção de projetos coletivos acerca do seu trabalho; e

estabelecimento de formas de comunicação e integração que superem o mero fluxo de informes operacionais que alimentam o sistema gerencial da organização, uma vez que esse modelo de comunicação instrumental não contemporiza a humanização.

A comunicação que busca contemplar a essência da humanização é aquela que envolve os agentes como sujeitos do processo, que possibilita uma interpretação das situações vividas na assistência e no cotidiano do trabalho de forma integral<sup>3</sup>. Segundo Collet e Rocha<sup>16</sup>, apesar de

toda a angústia expressada pelos usuários em determinados momentos do processo terapêutico, seu ou de um familiar ou amigo hospitalizado, em nenhum momento identificou-se a enfermagem percebendo ou tomando alguma atitude para aliviar o sofrimento psíquico dos clientes.

Com a implantação da PNH o Ministério da Saúde espera consolidar quatro marcos específicos: redução das filas e tempo de espera; conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde e garantia de gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como assegurar educação permanente aos trabalhadores<sup>22</sup>.

Desse modo, considera-se que a humanização no ambiente hospitalar e na assistência à saúde não se concretiza se estiver centrada unicamente em fatores motivacionais externos ou somente focada no cliente. O hospital humanizado é aquele que contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valorização e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional que nele trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade<sup>23</sup>.

Não há humanização da assistência sem promover a realização pessoal e profissional dos que a fazem. Não há humanização sem um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça e, nele, se (re) valorize. Deve ser seu objetivo fundamental resgatar as relações entre profissional de saúde e cliente, dos profissionais entre si, da instituição com os profissionais e do hospital com a comunidade<sup>9</sup>.

Humanização é muito mais do que um artifício, uma técnica ou apenas uma intervenção. Significa estreitar relações interprofissionais que possibilitem aos trabalhadores reconhecer a interdependência e a complementaridade de suas ações, permitindo que o coração, junto à razão, se manifeste nas relações de trabalho cotidianas<sup>23</sup>.

## CONCLUSÕES

O estudo possibilitou delinear o tema e identificar vários dos fatores que interferem nas relações entre as

peças no contexto do trabalho, prejudicando também a humanização nos ambientes de terapia intensiva.

O conteúdo relatado pelos autores sobre a humanização da assistência de enfermagem quanto à humanização das relações de trabalho de enfermagem, constata-se ser ela decorrente de uma necessidade social, historicamente construída. Não como uma necessidade atual da profissão que tenta colocar essa temática na pauta de grandes discussões, mas como um dos aspectos do trabalho da enfermagem que, trabalhado com seriedade e credibilidade, poderá contribuir, significativamente, para a construção de uma assistência mais qualificada e humanizada.

A enfermagem tem papel fundamental nesse processo, não porque acompanha mais proximamente os clientes dos serviços de saúde, mas porque é a enfermagem que tem discutido mais profundamente essa questão, que tenta resgatar em sua prática profissional a humanização como aspecto fundamental de seu trabalho, que tem produzido conhecimento acerca do tema, trazendo-o ao debate. Ainda neste contexto vem a equipe de enfermagem promovendo questionamentos e revisando suas próprias condutas, enfrentando heroicamente as inúmeras barreiras nos diferentes

ambientes de trabalho, fundamentado na defesa pela vida.

Desencadear um processo de humanização, no âmbito hospitalar, não resulta de uma percepção isolada, mas constitui uma síntese de muitas percepções, vivências e intervenções pautadas em valores e princípios humanos e éticos. Resulta, sobretudo, do encontro com a realidade concreta, com quem a constitui, pacientes, familiares, trabalhadores, administradores, numa via de mão dupla a contemplar incessantes e novas descobertas, questionamentos e respostas para as necessidades emergentes.

Alguns estudos sinalizam benefícios trazidos pela política de humanização aos hospitais, como: a redução do tempo de internação, a diminuição das faltas ao trabalho, o aumento da sensação de bem-estar entre pacientes, familiares e funcionários e, com isso, conseqüentemente, a redução dos gastos em saúde.

Os resultados revelaram uma pequena produção científica sobre a temática em foco. Sugere-se que pesquisas sejam realizadas tendo como objeto a humanização em UTI's, para que se possa ter subsídios para a avaliação, reordenação e efetiva implantação da PNH.

## REFERÊNCIAS

1. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-Americana Enferm*. 2005; 13(1):105-11.
2. Rizzoto MLF. As políticas de saúde e a humanização da assistência. *Rev Bras Enferm*. 2002; 55(2):196-9.
3. Collet N, Rozendo CA. Humanização e trabalho na enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2003; 56(2):189-92.
4. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cienc Saúde Colet*. 2004; 19(1):7-14.
5. Klock P, Wechi J, Comicholi GV, Martins JJ, Erdmann AL. Reflexões sobre a política nacional de humanização e suas interfaces no trabalho da enfermagem em instituição hospitalar. *Cienc Cuid Saúde*. 2006; 5(3):398-406.
6. Pessini L, Pereira LL, Zaher VL, Silva MJP. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. *Mundo Saúde*. 2003; 27(2):203-5.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. [Documento na Internet]. 2004 [acesso em 2012 jan 10]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O humaniza SUS na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
10. Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. A humanização na assistência a saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2006; 14(2):277-84.
11. Salicio DMBS, Gaiva MAM. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. *Rev Eletrônica de Enfermagem*. [Periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2012 jan 05]; 8(3):370-376. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a08.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm)
12. Bettinelli LA, Rosa J, Erdmann AL. Internação em unidade de terapia intensiva: experiência de familiares. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007; 28(3):377-84.
13. Broome, ME. Integrative literature reviews for development of concepts. In: Rodgers BL, Knafk KA. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000. p. 231-50.
14. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Rev Latinoam Enferm*. 2002; 10(2):137-44.
15. Oliveira BRG, Lopes TA, Viera CS, Collet N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. *Texto & Contexto Enferm*. 2006; 15(esp):105-13.
16. Collet N, Rocha SMM. Relação entre pais e enfermeiros no cuidado à criança hospitalizada: um ensaio crítico. *Escola Anna Nery Rev Enfermagem*. 2000; 4(1):55-65.
17. Gomes ILV, Câmara NAC, Lélis GMD, Grangeiro GFC, Jorge MSB. Humanização na produção do cuidado à criança hospitalizada: concepção da equipe de enfermagem. *Trab Educ Saúde*. 2011; 9(1):125-35.
18. Silva HGF. Absenteísmo e estresse na equipe de enfermagem da emergência: causas e efeitos [monografia]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2003.
19. Souza WS, Moreira MCN. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface Comunic Saude Educ*. 2008; 12(25):327-38.

20. Amestoy SC, Schwartz E, Thofehrn MB. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(4):444-9.
21. Bolela F, Jericó MC. Unidade de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2006; 10(2):301-8.
22. Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto & Contexto Enferm.* 2007;16(3):439-44.
23. Backes DS, Lunardi WDF, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(2):221-7.

## NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A *CuidArte Enfermagem*, revista das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva, com periodicidade semestral, tem por objetivo proporcionar à comunidade científica, enquanto um canal formal de comunicação e disseminação da produção técnico-científica nacional a publicação de artigos relacionados à área da saúde, especialmente da Enfermagem. Objetiva também publicar suplementos sob a forma de coleções de artigos que abordem tópicos ou temas relacionados à saúde. O artigo deve ser inédito, isto é, não publicado em outros meios de comunicação.

As normas de um periódico estabelecem os princípios éticos na condução e no relatório da pesquisa e fornecem recomendações com relação aos elementos específicos da edição e da escrita. Visam melhorar a qualidade e a clareza dos textos dos artigos submetidos à revista, além de facilitar a edição. Os Editores recomendam que os critérios para autoria sejam contribuições substanciais à concepção e ao desenho, ou à coleta, análise e à interpretação de dados; redação do artigo ou revisão crítica visando manter a qualidade do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a publicar.

### CATEGORIAS DE ARTIGOS DA REVISTA

**ARTIGOS ORIGINAIS:** trabalho de pesquisa com resultados inéditos que agreguem valores à área da saúde, em especial na área da Enfermagem. Sua estrutura deve conter: resumo, descritores (palavras-chave), introdução, objetivos, material e métodos, resultados, discussão, conclusões e referências. Sua extensão limita-se a 15 páginas. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 20, havendo, todavia, flexibilidade. O artigo original não deve ter sido divulgado em nenhuma outra forma de publicação ou em revista nacional.

**ARTIGOS DE REVISÃO:** avaliação crítica e abrangente sobre assuntos específicos e de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, já cientificamente publicados. Os artigos deverão conter até 15 páginas. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se no mínimo de 30.

**ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO OU DIVULGAÇÃO:** trabalhos descritivos e interpretativos sobre novas técnicas ou procedimentos globais e atuais em que se encontram determinados assuntos investigativos. Os artigos deverão conter até 10 páginas.

**ESPAÇO ACADÊMICO:** destinado à divulgação de estudos desenvolvidos durante graduação, em obediência as mesmas normas exigidas para os artigos originais. O nome do orientador deverá ser indicado em nota de rodapé, e deverão conter no máximo 10 páginas.

**RESENHAS E REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS:** análise crítica da literatura científica publicada recentemente. Os artigos deverão conter até 3 páginas.

**Os artigos devem ser encaminhados ao editor-chefe da revista, especificando a sua categoria.**

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS:

Eu (nós), abaixo assinado(s) transfiro(erimos) todos os direitos autorais do artigo intitulado (título) à *CuidArte Enfermagem*. Declaro(amos) ainda que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. Data e Assinatura(s).

Cada artigo deverá indicar o nome do autor responsável pela correspondência junto a Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone e e-mail, e a este autor será enviado um exemplar da revista.

**ASPECTOS ÉTICOS:** todas as pesquisas envolvendo estudos com seres humanos deverão estar de acordo com a Resolução CNS-196/96, devendo constar o consentimento por escrito do sujeito e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Caso a pesquisa não envolva seres humanos, especificar no ofício encaminhado. Deverá ser enviada cópia do Parecer do CEP. Quando relatam experimentos com animais, os autores devem mencionar se foram seguidas as diretrizes institucionais e nacionais para os cuidados e a utilização dos animais de laboratório.

**ENVIO DE ORIGINAIS:** o artigo deve ser enviado pelo correio em 3 vias impressas, com cópia em CD, digitado no programa Microsoft Office Word da versão 2003 a 2010. A revista não se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material. Após o recebimento do material será enviado e-mail de confirmação ao autor responsável.

**SELEÇÃO DOS ARTIGOS:** inicialmente, todo artigo submetido à Revista será apreciado pelo Conselho Científico nos seus aspectos gerais, normativos e sua qualidade científica. Ao ser aprovado, o artigo será encaminhado para avaliação de dois revisores do Conselho Científico com reconhecida competência no assunto abordado. Caso os pareceres sejam divergentes o artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir o terceiro parecer). Os artigos aceitos ou sob restrições poderão ser devolvidos aos autores para correções ou adequação à normalização segundo as normas da Revista. Artigos não aceitos serão devolvidos aos autores, com o parecer do Conselho Editorial, sendo omitidos os nomes dos revisores. Aos artigos serão preservados a confidencialidade e sigilo, assim como, respeitados os princípios éticos.

### PREPARAÇÃO DO ARTIGO

**Formatação do Artigo:** a formatação deverá obedecer às seguintes características: impressão e configuração em folha A4 (210 X 297 mm) com margem esquerda e superior de 3 cm e margem direita e inferior de 2 cm. Digitados em fonte "Times New Roman" tamanho 12, espaço 1,5 entrelinhas, com todas as páginas numeradas no canto superior direito. Devem ser redigidos em português. Se for necessário incluir depoimentos dos sujeitos,

estes deverão ser em itálico em letra tamanho 10, na sequência do texto. Citação "ipsa litteris" usar aspas na sequência do texto.

**Autoria, Título e Subtítulo do Artigo:** apresentar o título do trabalho (também em inglês e espanhol) conciso e informativo, contendo o nome dos autores (no máximo 6). No rodapé, deverá constar a ordem em que devem aparecer os autores na publicação, a maior titulação acadêmica obtida, filiação institucional, onde o trabalho foi realizado (se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, nome da agência financiadora) e o endereço eletrônico.

**Resumo:** deverá ser apresentado em português, inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Deve vir após a folha de rosto, tipo informativo, limitar-se ao máximo de 250 palavras e deverá conter: objetivo do estudo, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e análise, principais resultados e as conclusões). Redigir em parágrafo único, espaço simples, fonte 10, sem recuo de parágrafo.

**Palavras-chave:** devem aparecer abaixo do resumo, conter no mínimo 3 e no máximo 6 termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores, recomendados no DeCS (Descritores em Ciência da Saúde) e apresentado pela BIREME na forma trilingue, disponível à página URL: <http://decs.bvs.br>. Apresentá-los em letra inicial maiúscula, separados por ponto. Ex: Palavras-chave: Enfermagem hospitalar. Qualidade. Saúde.

**Tabelas:** as tabelas (fonte 10) limitadas a cinco no conjunto, devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, com a inicial do título em letra maiúscula e sem grifo, evitando-se traços internos horizontais ou verticais. Notas explicativas deverão ser colocadas no rodapé das tabelas. Seguir Normas de Apresentação Tabular do IBGE. Há uma diferença entre Quadro e Tabela. Nos quadros colocam-se as grades laterais e são usados para dados e informações de caráter qualitativo. Nas tabelas não se utilizam as grades laterais e são usadas para dados quantitativos.

**Ilustrações:** qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título. As legendas devem ser claras. Para utilização de ilustrações extraídas de outros estudos, já publicados, os autores devem solicitar a permissão, por escrito, para reprodução das mesmas. As autorizações devem ser enviadas junto ao material por ocasião da submissão. Figuras coloridas não serão publicadas. As ilustrações deverão ser enviadas juntamente com os artigos em uma pasta denominada figuras, no formato BMP ou TIF com resolução mínima de 300 DPI. A revista não se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material.

**Abreviações/Nomenclatura:** o uso de abreviações deve ser mínimo e utilizadas segundo a padronização da literatura. Indicar o termo por extenso, seguido da abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecer no texto. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica do produto.

**Citações no texto:** devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, de acordo com a ordem de aparecimento no texto. Quando o autor é novamente citado manter o identificador inicial. No caso de citação no final da frase, esta deverá vir antes do ponto final e no decorrer do texto, antes da vírgula. Exemplo 1: citações com numeração sequencial "...de acordo com vários estudos"<sup>1-9</sup>. - Exemplo 2: citações com números intercalados "...de acordo com vários estudos"<sup>1,3,7-10,12</sup>. Excepcionalmente pode ser empregado o nome do autor da referência como, por exemplo, no início de frases destacando sua importância.

**Agradecimentos:** deverão, quando necessário, ocupar um parágrafo separado antes das referências bibliográficas.

**Referências:** as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o "Estilo Vancouver" Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – I C M J E ) . Disponível em : [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) e também disponível em : <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> traduzido e adaptado por Maria Gorete M. Savi e Eliane Aparecida Neto. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela lista de abreviaturas de periódicos da Index Medicus (base de dados Medline), que pode ser consultado no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals> sendo que coloca-se um ponto após o título para separá-lo do ano. Exemplos: N Engl J Med., Neurology.

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consulte o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano. Exemplos: Femina., Rev Bras Reumatol., Rev Bras Hipertens.

## EXEMPLO DE REFERÊNCIAS

Devem ser citados até seis autores, acima deste número, citam-se apenas os seis primeiros autores seguidos de et al.

### Livro

Baird SB, Mccorkle R, Grant M. Cancer nursing: a comprehensive textbook. Philadelphia: WB. Saunders; 1991.

### Capítulo de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

### Artigo de periódico com mais de 6 autores

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer. 1996; 73:1006-12.

**Trabalho apresentado em congresso**

Lorenzetti J. A saúde no Brasil na década de 80 e perspectivas para os anos 90. In: Mendes NTC, coordenadora. Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1989 set 2-7; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn – Seção SC; 1989. p. 92-5.

**Documentos jurídicos**

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 jun 1986. Seção 1, p.1.

**Tese/Dissertação**

Lipinski JM. A assistência de enfermagem a mulher que provocou aborto discutida por enfermeiros em busca de uma assistência humanizada [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC; 2000.

**Material eletrônico**

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

**ENDEREÇO PARA ENCAMINHAMENTO DE ARTIGOS**

Rua dos Estudantes, 225 - Parque Iracema  
Catanduva-SP - CEP 15809-144  
Contato: e-mail: [revistaenfermagem@fipa.com.br](mailto:revistaenfermagem@fipa.com.br)  
Fone: (17) 3311-3335



**CuidArte**  
Enfermagem