

Selme Silqueira de Matos

Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes no Pós-Operatório Mediato de Transplante Cardíaco e Validação do Diagnóstico Considerado Mais Característico: Angústia Espiritual



Belo Horizonte - MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2009

Selme Silqueira de Matos

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES
NO PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO DE
TRANSPLANTE CARDÍACO E VALIDAÇÃO DO
DIAGNÓSTICO CONSIDERADO MAIS
CARACTERÍSTICO: ANGÚSTIA ESPIRITUAL**

Tese apresentada ao curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daclé Vilma Carvalho

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Tânia Couto Machado Chianca

Belo Horizonte - MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2009

Matos, Selme Silqueira de.

M433d Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório mediato de transplante cardíaco e validação do diagnóstico considerado mais característico [manuscrito]; angústia espiritual. / Selme Silqueira de Matos. - - Belo Horizonte: 2009.

125f.: il.

Orientadora: Daclé Vilma Carvalho.

Co-orientadora: Tânia Couto Machado Chianca.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde.

Tese (doutorado) : Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Transplante do Coração. 2. Diagnóstico de Enfermagem. 3. Estudos de Validação. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Carvalho, Daclé Vilma. II. Chianca, Tânia Couto Machado. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WY 100.4

DEDICATÓRIA



Dedico este trabalho a todos os pacientes submetidos a transplante cardíaco, símbolo de superação e amor à Vida... Sua fé e coragem, em muito, superam a minha.

Em especial àqueles que mesmo indireta e anonimamente contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS



À Deus,

Pela minha vida, por me capacitar para servir com alegria, dar-me o privilégio de cuidar em especial daqueles que receberam um novo coração.

Aos meus Pais,

Maria Helita Mello Silqueira,

Meu exemplo de mulher cuidadora, cuja dedicação no cuidado de seus onze filhos, é um exemplo de ser humano, de amor à Deus, de dignidade e de solidariedade. Por tudo isto, agradeço-lhe o privilégio de ser sua filha.

Raul Silqueira (*in memoriam*),

Pelo seu exemplo de pai, de amor aos filhos, de trabalho e honradez, saudades de uma infância feliz e de um lindo convívio.

Ao meu Esposo,

Adilson Gonçalves de Matos,

Pela cumplicidade, amor e carinho na trajetória da minha vida.

À minha Filha,

Sarah Silqueira Gonçalves de Mattos,

Pelo sentido que deu em minha existência. Pelo amor que nos une. E por compreender as minhas ausências em momentos tão significativos da sua vida.

À Prof.^a Dr.^a Daclé Vilma Carvalho,

Minha amiga que sempre confiou em mim.

Por acreditar na minha capacidade de luta me guiou para a concretização de mais um sonho...

Orientadora segura e competente, cujo saber e exemplo de ser humano me incentivou a produzir ciência e a crescer pessoal e profissionalmente.

Após essa parceria jamais serei a mesma.

À Prof.^a Dr.^a Tânia Couto Machado Chianca,

Minha co-orientadora, pela competente co-orientação na segunda etapa deste estudo.

**Às Prof.^{as} Dr.^{as} - Aidê Ferreira Ferraz, Marília Alves e
Elenice Ribeiro Dias de Paula Lima,**

Membros da minha banca de qualificação pelas valiosas sugestões no projeto deste estudo.

Aos meus Irmãos,

Santuza Silqueira e Silvânia Silqueira Antunes Lima (*in memoriam*),
pelo exemplo de seres humanos, de profissionais e de dedicação a todos com quem conviveram.

Simone Silqueira Moreira, Silésio Spêncer Silqueira, Simara Silqueira, Silma Silqueira, Sirley Silqueira de Moraes, Suzana Maria Silqueira, Saulo Geraldo Silqueira e Salete Maria de Fátima Silqueira,

Por estarem sempre ao meu lado, desejando e incentivando-me na concretização de meus sonhos.

Aos meus Sobrinhos, Cunhados (as) e Afilhados,

Daniela Moreira, Leonardo Moreira, Cláudia Moreira, Letícia Moreira, Mateus Moreira, Maria Clara Moreira, Isabela Veloso Silqueira, Fernanda Veloso Silqueira, Raquel Silqueira Maciel, Lucas Silqueira Franco Maia, Rebeca Silqueira Franco Maia, Brisa Silqueira, Poliana Antunes Lima, Nielson Cláudio, Marina Antunes Lima, Vinícius Antunes Lima, Ângela Rodrigues, Frederico Antunes Lima, Renata Antunes Lima, Leandro Moreira Silqueira, Pedro P. Chiareti Silqueira, Leonardo Silqueira Moraes, Igor Resende Silqueira, Gabriel Resende Silqueira, Daniel Silqueira Almeida, Bruno Silqueira Almeida, Enzo Silqueira Almeida, Lorena Almeida, Ítalo Almeida, Ademison Gonçalves de Matos, Guilherme Rodrigues, Mateus Rodrigues, Joana Silvéria da Silva, Elizete Mota, Carlos Eduardo de Paula, Sérgio de Paula, Carlos Henrique de Paula, Thiago Molfetti, Antônio Moreira de Oliveira, Sérgio Cerqueira de Moraes, Martins Rodrigues, Paulo P. Chiaretti, Nágela Gonçalves Veloso, Laura Silqueira, Juliana de Jesus dos Santos e Adriana Ribeiro Sobral,
Pelo convívio familiar, pela amizade e alegria desfrutada juntos.

Às minhas Tias e Madrinha,

Nair de Oliveira Mello, Maria Célia Pinto Coelho, Maria de Lourdes Brito, Dulce Silqueira Barbosa e Terezinha Silqueira Mesquita,
Pelo carinho, pelos momentos felizes ao lado de vocês e pelas orações a meu favor.

À família Ramos Gonçalves de Matos,

Em especial a minha caríssima sogra Joana Gonçalves Ramos,
Pelo carinho com o qual sempre fui recebida.

AGRADECIMENTOS



À Escola de Enfermagem da UFMG,

Que por meio de sua Diretoria, Chefias dos diversos Órgãos e Departamentos, Docentes e Discentes, Funcionários Técnico-Administrativos e de Serviços Gerais em um trabalho conjunto vêm transformando esta Escola numa referência nacional e internacional no ensino da graduação e pós-graduação.

Aos Conselhos Superior, Diretor e Técnico, Diretorias Clínica e Técnica, Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Instituto Felício Rocho de Pesquisa e Educação Continuada (IFERPEC), Gerências e Coordenações de Enfermagem e Administrativas do Hospital Felício Rocho,

Pelo apoio institucional, incentivo, valorização e reconhecimento da importância da enfermagem em uma instituição de saúde.

A Gerente de Enfermagem Maria da Glória dos Santos Nogueira, Coordenadoras de Enfermagem Daniela Mascarenha de Paula, Janete Piassi, Raquel Hatem, Liliana E. Oliveira, Isabel Neves, Fernanda D'Ávila de Souza e Equipe de Enfermagem do Hospital Felício Rocho,

Pelo trabalho dignificante que realizam no cotidiano, pela disponibilidade, parceria e troca de experiências.

Às Irmãs e amigas,

Genciana Antony, Gabriela Magalhães, Águida Gonçalves, Zenólia Ramalho, Cleonice Muniz, Rosa Lúcia Theodoro e Francisca Adelaide Guimarães,
Pelo carinho, amizade e orientação espiritual.

Aos Padres e Amigos João Batista e Afonso Maria,

Pela amizade e exemplos de perseverança por um ideal de vida religiosa.

Aos Enfermeiros especialistas em transplante,

Pelos conhecimentos compartilhados e disponibilidade para contribuir neste estudo.

À equipe multiprofissional do Hospital Felício Rocho,

Pela disponibilidade e luta para um trabalho interdisciplinar e de qualidade.

A Prof.^a Dr.^a Maria da Consolação Vieira Moreira,

Pela sua contribuição como médica cardiologista, pesquisadora e docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais no Serviço de Transplante Cardíaco do Hospital Felício Rocho, na assistência aos pacientes e orientação aos profissionais de saúde.

Ao Dr. Charles Simão Filho,

Pelo relevante serviço prestado à comunidade como cirurgião cardiovascular e coordenador do MG-Transplante e pela atenção sempre a mim dispensada.

Aos acadêmicos de Enfermagem,

Aretha Bernardino e Luiz Henrique Santos,
Pelo apoio e contribuição na coleta de dados.

Às Enfermeiras Lílíam Barbosa e Patrícia Barbosa,

Pela prestigiosa dedicação e empenho minucioso na formatação deste trabalho.

À Doutoranda Anadias Trajano Camargos,

Pela amizade e pela disponibilidade para me ensinar a cuidar com atitude e humanização, iniciando-me e motivando-me no caminho profissional.

Aos Docentes,

Prof.^a Myriam Biaso Bacha Magalhães, Dr.^a Andréia Gazinelli, Dr.^a Cláudia Maria Penna Mattos, Prof. Dr. Antônio Sérgio Alves, Dr.^a Geralda Fortina dos Santos, Dr.^a Maria Imaculada Fátima Freitas, Dr.^a Adelaide de Mattia Rocha, Dr.^a Mércia Heloisa Ferreira, Dr.^a Maria José Brito, Prof.^a Aneilde M. R. de Brito, Dr.^a Zídia Rocha Magalhães, Dr.^a Mércia Lima, Prof. Dener Carlos Reis, Dr.^a Adriana C. Oliveira, Prof.^a Maria José Grillo, Prof.^a Mônica Canhestro, Prof.^a Lúcia de Fátima Rodrigues, Dr.^a Roseni Sena, Dr. Francisco C. Félix Lana, Prof.^a Daniela Moraes, Prof.^a Célia Maria de Oliveira, Dr.^a Eline Borges, Dr.^a Maria Rizeide N. Araújo, Dr.^a Flávia E. Falci, Prof.^a Flávia Latine Gomes, Dr.^a Sônia Maria Soares, Dr. Lúcio José Vieira, Prof. Fabrício Andrade Galli, Dr.^a Miguir T. Donoso, Prof.^a Malvina Maria Duarte, Prof.^a Monalisa Maria Gresta, Prof.^a Márcia Eller Salviano, Dr.^a Silma Pinheiro, Prof.^a Josely Santana de Amorin, Prof.^a Solange C. Bicalho, Prof.^a Roberta Vasconcelos, Dr.^a Ana Rocha,

Pela competência profissional, amizade, carinho e disponibilidade sempre a mim dispensados.

A todos os meus amigos,

Que torceram pela concretização deste estudo.

À Daclé Vilma Carvalho, Aidê Ferreira Ferraz, Tânia Maria Picardi

Faria Costa, Fabíola Carvalho de Almeida Lima Baroni,

Amigo fiel é refúgio seguro: quem o encontrou.

Encontrou um tesouro.

Amigo fiel não tem preço: é um bem inestimável.

Amigo fiel é um elixir de longa vida: os que temem o Senhor o encontrarão.

Eclesiástico 5, 14-16

RESUMO

MATOS, S. S. de. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório mediato de transplante cardíaco e validação do diagnóstico considerado mais característico: angústia espiritual.** 2009. 125 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

O transplante cardíaco entre humanos realizado pioneiramente por Barnard, em 1967, representou o início de importantes avanços no tratamento de pacientes acometidos por doença cardíaca terminal. Esse procedimento passou a ser considerado opção curativa para doenças antes consideradas fora de possibilidade terapêutica. Os enfermeiros buscaram aprimoramento para desenvolver com habilidade e competência técnica-científica as demandas dessa especialidade nas suas áreas privativas. Na prática assistencial e docente junto a pacientes do Programa de Transplante da instituição campo de estudo, principalmente na fase pós-operatória, deparamo-nos com uma dificuldade não sanada até o ano de 2003 pela literatura específica, que foi a ausência de um perfil diagnóstico de enfermagem e de diagnósticos validados de pacientes submetidos a transplante cardíaco em todas as fases desse procedimento. Diante desta lacuna a ser explorada, este estudo visou analisar o perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco, segundo a Taxonomia II da NANDA e validar o diagnóstico mais característico dessa clientela. O estudo foi desenvolvido em duas etapas: a primeira refere-se a um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo desenvolvido por meio de avaliação dos registros de enfermagem constantes em 49 prontuários de pacientes submetidos a transplante cardíaco no período de 2003 a 2006 e que estavam em pós-operatório mediato (de 24 h até 10 dias) para traçar o perfil desses pacientes e de seus diagnósticos de enfermagem. A segunda etapa foi realizada junto a 54 enfermeiros especialistas em Terapia Intensiva, para validar o diagnóstico considerado como o mais característico para essa clientela, utilizando o modelo de Fehring. Identificou-se no perfil demográfico e epidemiológico desses pacientes, que houve predomínio de adultos do sexo masculino, casados, com Ensino Fundamental incompleto, aposentados, católicos e de procedência de Belo Horizonte e do interior de Minas Gerais. A doença de base prevalente foi miocardiopatia chagásica. Foram elaborados 60 diagnósticos de enfermagem e posteriormente classificados em 10 domínios e 25 classes, de acordo com a Taxonomia II da NANDA. O diagnóstico de enfermagem "angústia espiritual" foi o mais característico, segundo os especialistas em enfermagem, e suas respectivas características definidoras foram validadas. Pela validação, a maioria (58,1%) das características definidoras obteve altos escores e foram classificados como "Muito Pertinente" (32,5%), "Muitíssimo Pertinente" (25,6%), "De Algum Modo Pertinente" (41,9%). Não houve nenhuma característica nas categorias "Pouco Pertinente" e "Nada Pertinente". Os resultados deste estudo podem subsidiar o planejamento de intervenções de enfermagem a serem planejadas nesta população específica.

Palavras-chave: Transplante cardíaco. Diagnóstico de enfermagem. Estudos de validação.

ABSTRACT

MATOS, S. S. de. **Nursing diagnosis in immediately post surgery of heart transplantation and the validation of the most characteristic diagnosis: spiritual distress.** 2009. 125 f. Thesis (Doctorate in Nursing) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais [Nursing School, Federal University of Minas Gerais], Belo Horizonte, 2009.

The first heart transplant in humans, pioneered by Barnard in 1967, represented the beginning of important advances in the treatment of patients afflicted with terminal heart disease. This procedure went on to be considered a curative option for diseases previously considered beyond therapeutic possibility. Nurses have sought opportunities to develop their skills and technical-scientific competence to meet the demands of this specialty and apply them with their patients. In both care and teaching practice with patients of the Transplant Program of the institutional field of study, mainly in the post-operative phase, we came across a difficulty that had not been remedied until 2003 in the specific literature, which was the absence of a nursing diagnostic profile and valid diagnosis for patients who had undergone a heart transplant in all phases of this procedure. Faced with this gap to be explored, this study aims to analyze the nursing diagnostic profile of post-operative heart transplant patients, according to Taxonomy II of the NANDA and validate the most characteristic diagnosis of this clientele. The study was developed in two steps: the first refers to a descriptive, exploratory, and retrospective study, developed through the evaluation of the nursing records contained in 49 files of patients who underwent heart transplants from 2003 to 2006 and who were in post-operative care (from 24 hours to 10 days) to trace the profile of these patients and their nursing diagnoses. The second step was conducted with 54 nursing specialists in Intensive Therapy to valid the diagnosis considered as the most characteristic of this clientele, using Fehring. A demographic and epidemiological profile was identified, consisting predominantly of male adults, married, with incomplete elementary education, retired, Catholic, and from Belo Horizonte and other locations in Minas Gerais. The prevailing disease was chagasic cardiomyopathy. Sixty (60) nursing diagnoses were prepared and afterwards classified in 10 domains and 25 classes, according to Taxonomy II of the NANDA. The nursing diagnosis of "spiritual distress" was the most typical, according to nursing specialists, and its respective defining characteristics have been verified. Through validation, most of the defining characteristics obtained high scores (58.1%) and were classified as "Very Pertinent" (32.5%), "Extremely Pertinent" (25.6%), and "Reasonably Pertinent" (41.9%). There was no characteristic in the "Somewhat Pertinent" and "Not Pertinent" categories. The results of this study can assist in the planning of nursing interventions to be designed for this specific population.

Key-words: Heart transplant. Nursing diagnosis. Validation studies.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

	IMERSÃO NA PRÓPRIA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL.....	18
1	INTRODUÇÃO.....	21
2	OBJETIVOS.....	26
2.1	Geral.....	27
2.2	Específicos.....	27
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	28
3.1	Aspectos históricos do transplante cardíaco.....	29
3.2	Aspectos éticos e legais de transplantes de órgãos e tecidos.....	31
3.3	Diagnósticos de enfermagem: aspectos históricos, evolução, conceitos e classificação segundo a NANDA (2008).....	34
3.4	Validação de diagnósticos de enfermagem.....	43
4	MATERIAL E MÉTODO.....	49
	A trajetória metodológica.....	50
	1ª Etapa.....	50
4.1	Perfil demográfico, epidemiológico e de diagnóstico de enfermagem..	50
	Tipo de estudo.....	50
	Descrição da área de estudo.....	50
	População e amostra.....	51
	Instrumento para coleta de dados.....	52
	Coleta de dados.....	52
	Tratamento dos dados.....	53

	2ª Etapa	55
4.2	Validação, por enfermeiros especialistas, do diagnóstico de enfermagem considerado mais característico em pacientes no pós-operatório mediato de transplante cardíaco.....	55
	Instrumento para coleta de dados.....	56
	Tratamento dos dados.....	57
4.3	Aspectos éticos.....	58
5	RESULTADOS	59
5.1	Perfil demográfico dos pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco.....	61
5.2	Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a transplante cardíaco.....	63
5.3	Perfil dos diagnósticos de enfermagem.....	65
5.4	Validação do diagnóstico de enfermagem de “angústia espiritual”.....	77
5.4.1	Características profissionais dos enfermeiros especialistas participantes da validação do diagnóstico de “angústia espiritual”.....	78
5.4.2	Confirmação do conceito de “angústia espiritual” junto a enfermeiros especialistas.....	80
5.4.3	Validação das características definidoras do diagnóstico de “angústia espiritual”.....	80
6	SINTETIZANDO	85
7	REFLEXÕES SOBRE “ANGÚSTIA ESPIRITUAL”: das concepções às singularidades do paciente em pós-operatório mediato de transplante cardíaco.....	91
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICES	113
	ANEXOS	123

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Domínios e classes da Taxonomia II.....	41
Figura 2	- Distribuição de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco no Hospital Felício Rocho, no período de 2003-2006, segundo características demográficas. Belo Horizonte, 2009.....	62
Figura 3	- Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco no Hospital Felício Rocho, no período de 2003-2006, agrupados conforme seus domínios e classes, de acordo com a Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte, 2009.....	66
Quadro 1	- Requisitos utilizados para a seleção de enfermeiros especialistas neste estudo. Belo Horizonte, 2009.....	56
Gráfico 1	- Transplantes cardíacos realizados no Hospital Felício Rocho, no período de 1986-2008. Belo Horizonte, 2009.....	60
Gráfico 2	- Doenças de base que indicaram o transplante cardíaco no Hospital Felício Rocho, no período de 2003-2006. Belo Horizonte, 2009.....	64
Gráfico 3	- Co-morbidades apresentadas por pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco no Hospital Felício Rocho, no período de 2003-2006. Belo Horizonte, 2009.....	65

LISTA DE TABELAS

- 1 - Diagnósticos de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco no período 2003-2006, estruturados de acordo com a Taxonomia II da NANDA e classificados segundo as necessidades humanas básicas de Horta. Belo Horizonte, 2009..... 70
- 2 - Diagnósticos de enfermagem considerados mais evidentes em pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco, no Hospital Felício Rocho, segundo especialistas em Terapia Intensiva Cardiovascular. Belo Horizonte, 2009..... 77
- 3 - Caracterização dos enfermeiros especialistas que participaram da validação do diagnóstico de “angústia espiritual” apresentada por pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco, no Hospital Felício Rocho, período de 2003-2006. Belo Horizonte, 2009. 78
- 4 - Síntese numérica das características definidoras de “angústia espiritual” constantes na NANDA, identificadas nos prontuários dos pacientes e de confusão, segundo a média ponderada dos escores obtidos pela análise dos especialistas. Belo Horizonte, 2009..... 81
- 5 - Características definidoras de “angústia espiritual” constantes na NANDA, identificadas nos prontuários dos pacientes e de confusão, segundo a média ponderada dos escores obtidos pela análise dos especialistas. Belo Horizonte, 2009..... 82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
ANA	- Associação Americana de Enfermagem
BH	- Belo Horizonte
CDV	- <i>Clinical Diagnostic Validation</i>
CIHDOTT	- Comissões Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CNCDO'S	- Centrais de Notificação e Captação de Órgãos
CTI	- Centro de Tratamento Intensivo
DCV	- <i>Diagnostic Content Validation</i>
DDV	- <i>Differential Diagnostic Validation</i>
ECR	- <i>Etiological Correlation Ratings</i>
EEUFMG	- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
HC-UFGM	- Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HFR	- Hospital Felício Rocho
IC	- Insuficiência Cardíaca
IF	- Índice de Fidedignidade
MS	- Ministério da Saúde
NANDA	- <i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NYHA	- <i>New York Heart Association</i>
ONA	- Organização Nacional de Acreditação
PE	- Processo de Enfermagem
RMBH	- Região Metropolitana de Belo Horizonte
SAE	- Sistematização da Assistência em Enfermagem
SNT	- Sistema Nacional de Transplantes

/ MERSÃO NA PRÓPRIA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL



IMERSÃO NA PRÓPRIA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

O meu primeiro contato com pacientes acometidos de doenças cardiovasculares deu-se em 1974 quando atuei como acadêmica de enfermagem na Unidade de Tratamento Intensivo de um hospital de grande porte de Belo Horizonte, Minas Gerais. Nesta unidade participei da assistência direta a pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, dentre outras de grande porte, fui percebendo e sendo sensibilizada pelas suas necessidades que não eram decorrentes somente da situação de pós-operados, mas que transcendiam as mesmas.

Em 1986, como docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) continuei atuando naquela instituição fazendo integração ensino / serviço onde tive a oportunidade de participar, com a equipe multiprofissional, de todas as etapas para implantação do programa de transplante cardíaco, inclusive coordenando a capacitação da equipe de enfermagem para assistência a essa clientela, sendo o primeiro transplante de coração ali realizado em 1986.

Publiquei com três enfermeiras desse serviço, em 1989, um relato de experiência sobre a assistência de enfermagem prestada aos pacientes submetidos a transplante cardíaco.

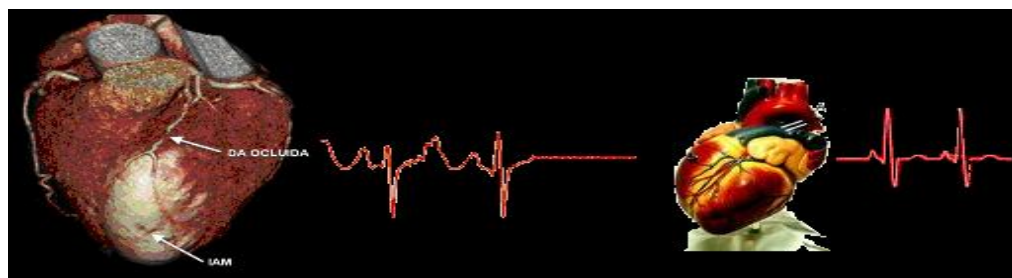
Em 2000, após elaborar o projeto do Curso de Especialização na área de Enfermagem em Transplantes da EEUFMG, assumi a coordenação do mesmo. Este curso é pioneiro no Brasil e, atualmente, está oferecendo a sua 8ª turma.

Assim, desde o início, minha trajetória profissional está intimamente ligada a pessoas submetidas a cirurgias de grande porte, a transplantes de órgãos, em especial o coração, seja através da assistência, administração, ensino e da pesquisa.

Durante esse período, uma das minhas maiores inquietações era com a assistência de enfermagem, considerando serem esses pacientes diferenciados, pois passavam por várias internações, e alguns chegavam a quase um ano de internação na instituição à espera de um doador. Esse período caracterizado por uma vida limitada, com expectativa incerta, complicações inerentes ao quadro clínico e longa espera por um transplante levavam-me cada vez mais a envolver com esses pacientes, cuidadores e familiares pela singularidade da experiência vivida por eles.

À medida que fui buscando novos conhecimentos nessa área, foram surgindo novas inquietações e senti a necessidade de conhecer o perfil dessa clientela, identificar e validar diagnósticos de enfermagem com especialistas da área, o que culminou com a realização dessa pesquisa.

Assim, agradeço a Deus por ter me dado o privilégio de contribuir para que um coração sadio continuasse batendo no lugar de um coração debilitado. Esse fato simboliza o desprendimento e amor ao próximo de quem perdeu um ente querido e, de amor e gratidão a Deus e ao próximo para aquele que passou a ter uma nova esperança de vida.



***/* INTRODUÇÃO**



1 INTRODUÇÃO

A humanidade, ao longo de sua história, tem sido marcada por uma série de modificações sociais, culturais, tecnológicas e grande avanço científico. Mudanças nos hábitos dos homens, em todos os seus contextos e áreas são observadas a cada dia, com conseqüentes influências nas áreas biológica, psicológica, social e espiritual, entre outras.

Muitas dessas influências acarretam instabilidade em um ou mais sistemas do organismo, riscos de falência de órgãos de acordo com o estado clínico das pessoas que, muitas vezes, necessitam de controle e vigilância contínua da equipe de saúde, assim como, do uso de equipamentos para a manutenção das funções vitais. Esta é a situação de pessoas portadoras de doenças cardíacas irreversíveis cujas condições vitais estão sob risco.

As doenças cardiovasculares têm-se apresentado nas últimas décadas em proporções estatisticamente expressivas dentre as causas de morbimortalidade, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. No Brasil, é a principal causa de morte, vitimando cerca de 300.000 brasileiros por ano (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS - ABTO, 2008).

Barreto *et al.* (2003) afirmam que, além de importante causa de mortalidade, as doenças cardiovasculares também representam relevante indicador em termos de morbidade e lideram a lista de causas ordenadas pelo indicador de anos de vida vividos com incapacidade. Estima-se que, em 2020, três quartos dos óbitos, em países em desenvolvimento, serão devido às doenças crônicas, em especial, às doenças do aparelho circulatório.

A insuficiência cardíaca (IC), por sua alta morbimortalidade, constitui-se em um problema de Saúde Pública na população adulta e principalmente geriátrica.

A cirurgia cardíaca é realizada quando a probabilidade de uma vida útil é maior com o tratamento cirúrgico do que com o tratamento clínico e, segundo Galdeano e Rossi (2006), a cirurgia cardíaca pode ser classificada em:

- ↳ Corretora: como nos casos de fechamento do canal arterial, de defeito do septo atrial e ventricular.

- ↳ Reconstructora: para revascularização do miocárdio, plastia de valva aórtica, mitral ou tricúspide.
- ↳ Substitutiva: para trocas valvares e os transplantes.

O transplante cardíaco constitui hoje em uma alternativa cirúrgica das mais utilizadas no tratamento das miocardiopatias irreversíveis, sendo responsável pela melhora da expectativa e da qualidade de vida de pacientes que possuem tais agravos. A sobrevida, após o transplante de coração, em um ano, é de 85,0% e, ao final de três anos, é de 78,0%. Contudo a literatura aponta que há pacientes com sobrevida de 17 anos após o transplante. A qualidade de vida dos pacientes mostra significativa melhora, pois recuperam a capacidade física, voltam a trabalhar e mesmo a praticar esportes (JATENE *et al.*, 1999; MATOS *et al.*, 2006; SALLES; RUAS, 2006).

Sabe-se que um dos pacientes transplantados em 1988 pela equipe do Hospital Felício Rocho, sobrevive há 20 anos. Pelas informações recebidas de seu médico, clínico geral, Dr José Olinto Figueiredo, na última avaliação em dezembro de 2008, o paciente encontrava-se em boas condições clínicas e estava atuante em suas atividades profissionais e adequadamente inserido no seu contexto familiar e social.

Progressivamente, os centros de cirurgia cardíaca têm incorporado o transplante cardíaco como mais um procedimento cirúrgico de alta complexidade prestado aos seus clientes. No Brasil, existem 66 equipes cadastradas no ano de 2008 sendo que, atualmente, somente 22 encontram-se ativas realizando transplantes cardíacos. Já foram realizados 1.777¹ transplantes cardíacos em todo o país, até dezembro de 2007, sendo que 52,0% desses transplantes foram realizados na Região Sudeste; 28,0% na Região Nordeste e 20,0% na Região Sul. Em relação ao gênero do receptor, 75,0% eram pacientes do sexo masculino (ABTO, 2008).

Em Minas Gerais, o Hospital Felício Rocho (HFR), no período de 1999 a 2005, foi o único centro de transplante cardíaco no Estado e foi o pioneiro em transplante de coração em mulheres, na América Latina. O primeiro transplante ocorreu em 1986 (MATOS *et al.*, 2006).

¹ Mensagem recebida por: Thiago Quintas (thiago@abto.org.br). Em 7 de Dezembro de 2008.

Na nossa prática assistencial e docente no HFR, junto a pacientes do Programa de Transplante, principalmente na fase pós-operatória, deparamos com uma dificuldade não sanada pela literatura específica, que é a ausência de um perfil diagnóstico de enfermagem e de diagnósticos validados em pacientes submetidos a transplante cardíaco.

Além dessa lacuna no conhecimento, a assistência a esses pacientes no referido hospital, estava subsidiada apenas pelo plano de cuidados e evolução de enfermagem. Em 2003 foi implantado o histórico de enfermagem nessa unidade sem contudo, introduzir a 2ª etapa do Processo de Enfermagem (PE), ou seja, o diagnóstico de enfermagem. Portanto a metodologia assistencial não constituía um processo pela ausência de um elo extremamente importante que é o diagnóstico de enfermagem.

Conseqüentemente, a definição de prioridades de ações e a prescrição de cuidados a pacientes submetidos a transplante cardíaco podem não corresponder às reais necessidades dos mesmos por apresentarem necessidades diferenciadas de outros pacientes cirúrgicos. E, se essas necessidades específicas não forem identificadas pelo enfermeiro, por meio de um julgamento clínico, certamente influenciarão na qualidade da assistência de enfermagem prestada a esses pacientes.

Carpenito-Moyet (2005) afirma que a enfermagem necessita de um sistema de classificação, para descrever e desenvolver um fundamento científico confiável para o preenchimento dos critérios de profissionalização.

A Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (*North American Nursing Diagnosis Association - NANDA*), visando uma padronização internacional, apresenta uma taxonomia dos diagnósticos de enfermagem, que já se encontra em sua 2ª versão (Taxonomia II). A estruturação dos diagnósticos de enfermagem propostos por essa associação compreende o título e sua definição, fatores relacionados / fatores de risco e características definidoras.

Sabe-se que a utilização de metodologia científica na assistência de enfermagem é um fator que contribui para uma melhor qualidade no atendimento ao paciente, pois individualiza o cuidado e qualifica o papel do enfermeiro.

A assistência de enfermagem aos pacientes submetidos ao transplante cardíaco deve estar em sintonia com a implantação dos novos modelos assistenciais, bem como das novas metodologias na prática de enfermagem moderna.

Contribuir para a qualidade do binômio ensino / aprendizagem, a partir da utilização de uma gama de conhecimentos técnico-científicos de enfermagem, relativos aos pacientes submetidos a transplante cardíaco, torna-se imprescindível. É papel essencial do enfermeiro o oferecimento de subsídios para a prática de uma enfermagem técnica-científica, crítica, reflexiva, detentora de um saber próprio e que dignifica o ser humano.

A identificação de diagnósticos de enfermagem no pós-operatório mediato de pacientes submetidos a transplante cardíaco, contribuirá para a elaboração de tecnologias informatizadas para essa fase e agilizará a implementação do PE no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) campo do estudo, e em outros serviços que prestam esse tipo de assistência, subsidiará o planejamento do cuidado ao considerar as necessidades específicas dessa clientela.

Considerando o exposto e a necessidade de novas abordagens para o conhecimento do perfil dos pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco, ainda permanece uma lacuna no que se refere à identificação e validação dos diagnósticos de enfermagem de pacientes na fase pós-operatória mediata do transplante cardíaco.

Acreditamos que a compreensão dos desafios enfrentados por esses pacientes facilitará aos membros da equipe de saúde uma atuação como agentes desse "cuidar" e contribuirá na construção de um corpo de conhecimentos próprios a respeito dessa clientela específica. Sendo assim, a partir da compreensão dos diagnósticos de enfermagem e de sua validação, o enfermeiro poderá buscar maneiras de assistir o paciente dentro das suas reais necessidades, contribuindo para uma adequada evolução e prevenção, dentro do possível, de complicações pós-operatórias inerentes a procedimentos cirúrgicos altamente complexos, como é o caso do transplante cardíaco. Assim, o paciente terá mais condições de adaptar-se à sua nova condição de vida e a reinserir-se na sociedade e no trabalho.

OBJETIVOS



2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco em CTI, segundo a Taxonomia II da NANDA e validar o diagnóstico mais característico dessa clientela.

2.2 Específicos

- ↳ Traçar o perfil demográfico e epidemiológico de pacientes submetidos a transplante cardíaco no período de 2003 a 2006.
- ↳ Elaborar os diagnósticos de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco, realizado no período de 2003 a 2006.
- ↳ Identificar o diagnóstico de enfermagem mais característico de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco.
- ↳ Validar o diagnóstico de enfermagem mais característico de pacientes no pós-operatório mediato de transplante cardíaco.

***R*EVISÃO DE LITERATURA**



3 REVISÃO DE LITERATURA

O modo de conduzir o processo de investigação científica, segundo Silva (1993), é um reflexo da visão de mundo de cada pesquisador. No entanto, esse processo está mediado por condições sociais, institucionais e científicas que determinam a sua produção. Assim, é fundamental não escamotear a realidade dos fatos. A produção do conhecimento é, ao mesmo tempo, um fato humano, histórico e social, em que o pesquisador deve ter como meta a integração do fenômeno estudado à sua localização histórica.

Fundamentado nessa compreensão, este capítulo abordará os seguintes temas:

- 3.1 Aspectos históricos do transplante cardíaco.
- 3.2 Aspectos éticos e legais de transplantes de órgãos e tecidos.
- 3.3 Diagnósticos de enfermagem: aspectos históricos, evolução, conceitos e a classificação segundo NANDA (2008).
- 3.4 Validação de diagnósticos de enfermagem.

3.1 Aspectos históricos do transplante cardíaco

As pesquisas sobre transplantes cardíacos tiveram um grande impulso a partir das publicações, em 1960, de Lower e Shumway, sobre estudos experimentais de transplantes cardíacos em cães, detalhando as técnicas de preservação e implante de enxerto. A importância desses estudos está no fato de terem apresentado os primeiros casos de sucesso pleno, em que 5 dos 8 cães transplantados sobreviveram de 6 a 21 dias (JATENE *et al.*, 1999; PEREIRA, 2004).

O primeiro transplante homólogo em humanos ocorreu em 3 de dezembro de 1967, na cidade do Cabo / África do Sul, quando Christian N. Barnard transplantou o coração de um cadáver em um homem de 54 anos, para substituir um coração irreparavelmente lesado por repetidos infartos do miocárdio (BARNARD, 1967). O relato desse primeiro transplante de coração teve repercussão na mídia, como só acontece em grandes acontecimentos relevantes da história contemporânea da ciência (SALLES; RUAS, 2006).

Segundo Jatene *et al.* (1999) e Pereira (2004), durante o primeiro ano após o sucesso de Barnard, foram realizados 101 transplantes cardíacos por 58 grupos em todo o mundo, incluindo o Brasil.

O primeiro transplante de coração no Brasil foi realizado no Hospital das Clínicas de São Paulo por Euryclides de Jesus Zerbini, em 26 de maio de 1968, em um paciente portador de cardiomiopatia idiopática que sobreviveu por 28 dias. Esse transplante foi o 1º na América Latina e o 17º no mundo.

Em setembro de 1968, Dr Euryclides de Jesus Zerbini realizou o 2º transplante, cujo paciente sobreviveu 409 dias, e o 3º em 1969 cujo paciente faleceu 89 dias após a realização do transplante. Esses insucessos foram decorrentes de rejeição do órgão e infecções desencadeadas pela imunossupressão (JATENE *et al.*, 1999; PEREIRA, 2004; SALLES; RUAS, 2006).

Após a constatação da ineficácia do controle adequado da rejeição com as drogas então disponíveis, decidiu-se interromper os transplantes cardíacos no país (DÉCOURT; ZERBINI, 1970).

Em 1969, foram relatados somente 47 casos de transplante cardíaco no mundo e, nos anos seguintes, menor número de casos. Diante dos resultados obtidos até o final de 1960, muitos centros deixaram de realizar este tipo de transplante, principalmente devido aos insuperáveis problemas com a rejeição do órgão. A suspensão desses programas foi considerada prudente, inclusive pelo professor Zerbini. No entanto, mesmo diante deste contexto, o centro médico da Universidade de Stanford na Califórnia, chefiado pelo Dr. Norman E. Shumway, manteve seu programa, com resultados progressivamente melhores, apesar do alto custo financeiro (JATENE *et al.*, 1999).

Nessa instituição, no período de 1968 a 1975, foram realizados 102 transplantes e desses, 47,0% tiveram sobrevida de um ano. O progresso do transplante cardíaco foi considerado satisfatório, baseado numa série de acontecimentos, tais como indicação mais adequada para a cirurgia; identificação de contra-indicações; desenvolvimento de métodos para o diagnóstico e tratamento de complicações infecciosas (GRIEPP; STINSON, 1976; ISHII, 1986; PEREIRA, 2004).

Em 1980, foi introduzida no tratamento a ciclosporina que revolucionou, progressivamente, o controle da rejeição do órgão. Os procedimentos envolvendo os

transplantes cardíacos foram reiniciados em todo o mundo inclusive no Brasil (PEREIRA, 2004; SALLES; RUAS, 2006).

Em Minas Gerais, em 1986, duas instituições hospitalares (Felício Rocho e Biocor) realizaram os dois primeiros transplantes de coração no Estado. O transplante realizado pela equipe do HFR, coordenada pelo Dr. Carlos Smith Figueroa, foi o primeiro transplante cardíaco em mulheres na América Latina. Essa paciente sobreviveu por 17 anos após submeter-se a esse procedimento cirúrgico de alta complexidade (MATOS *et al.*, 2006).

A partir de 2006, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) inicia seu programa de transplante cardíaco (MATOS *et al.*, 2007).

Para o sucesso alcançado nos centros de transplantes foram necessárias muitas experiências, anos de pesquisa e atuação de equipes capacitadas, além de um esforço concomitante e de apoio total de vários outros serviços (ABTO, 2008; JATENE *et al.*, 1999; MATOS *et al.*, 2007; SALLES; RUAS, 2006).

3.2 Aspectos éticos e legais de transplantes de órgãos e tecidos

O final do século XX foi marcado pelo ressurgimento da questão ética suscitada pela “ciência”. O avanço da ciência e o desenvolvimento de novas tecnologias no campo da biologia e da medicina apresentam continuamente problemas referentes não apenas à questão de fronteiras da existência humana, mas também à vida cotidiana na qual o debate bioético precisa ser introduzido.

O termo bioética foi utilizado pela primeira vez pelo médico americano Van Rensselaer Potter no ano de 1971 (SELLI, 1998).

Segundo Correia (1996, p. 10),

bioética é um termo composto que se aproxima e une duas realidades e dois conceitos: a vida - *bios* e a ética ou moral - *ethos*, ou seja, a ética da vida. A bioética é ética porque interessa ao ser humano enquanto ser inteligente e livre, chamado à auto-realização mediante a escolha do bem para o outro e para si.

A bioética não possui novos princípios éticos fundamentais, mas trata da ética já conhecida e estudada ao longo dos tempos e aplicada a uma série de situações novas suscitadas pelo progresso das ciências biomédicas. Não é

direcionada para a busca de princípios, mas sim, para o esgotamento de todas as implicações relevantes (CLOTET, 1993).

Durand (1995) afirma que existem idéias diferentes sobre temas básicos tratados pela bioética, como os relacionados com a vida, saúde e morte, para os quais não há normas únicas e universais.

Para Pessini e Barchifontaine (1996), a bioética, quando vista num contexto social, é uma tentativa de auxiliar as ações pessoais e as ações dos outros de acordo com uma determinada metodologia ou valores básicos.

No que diz respeito ao ser humano, de forma estrita, a bioética, segundo Selli (1998), ocupa-se principalmente dos problemas éticos referentes ao início e ao fim da vida humana, dos métodos modernos de fecundação e seleção do sexo, das pesquisas em seres humanos, de transplantes de órgãos, das pessoas em fase terminal e da engenharia genética, entre outros temas relevantes na atualidade.

A realização dos transplantes como experimentação clínica suscitou inúmeras críticas e questionamentos do ponto de vista ético, tendo em vista as normas e os valores da época. O impacto causado pelo transplante cardíaco suscitou grandes polêmicas jurídicas, morais, éticas, doutrinárias e religiosas em relação ao conceito de morte (SALLES; RUAS, 2006).

Essas peculiaridades do transplante cardíaco despertaram a comunidade científica para a necessidade de uma legislação específica, objetivando estabelecer os critérios de morte encefálica e normatizar os transplantes de um modo geral.

É importante enfatizar, ainda, a relevância de os profissionais de saúde estarem conscientes de que a bioética abrange outras áreas do conhecimento tais como a biologia, sociologia, psicologia, economia, direito, política, teologia, entre outras. Somente assim poderão atuar em interdisciplinaridade, o que favorecerá uma maior articulação das questões da bioética, permitindo responder adequadamente às novas situações referentes à vida e, em especial, no caso dos transplantes cardíacos, adotarem a melhor conduta a ser assumida.

Com essa visão de bioética e com o avanço da sociedade, os profissionais da área de saúde devem assumir uma nova postura. O exercício da humanização e a adoção de critérios de decisão nos serviços de saúde, bem como o respeito aos

direitos dos clientes, devem ser a tônica do exercício profissional interdisciplinar na área de transplante.

Um número considerável de países dos diversos continentes apresenta legislação, normas e ou códigos referentes aos transplantes de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano, sendo que a maioria possui regulamentação para o respeito aos princípios fundamentais no que se refere a transplantes de órgãos e tecidos em seres humanos (PARIZI; SILVA, 1998).

Grande parte do continente americano, quase a totalidade da Europa, parte da África e as regiões do Mediterrâneo Oriental, Pacífico Ocidental e Ásia sub-oriental adotaram medidas proibindo a comercialização de órgãos humanos. Também é vedada, em boa parte desses países, qualquer publicidade que envolva financiamento, instituições ou receptores para transplantes, bem como a participação simultânea de equipes médicas no processo de captação, distribuição e realização de transplantes (PARIZI; SILVA, 1998).

A doação inter-vivos também apresenta uma legislação bastante homogênea entre os países que permitem tal procedimento. Nesses está prevista a doação preferencial entre parentes próximos ou geneticamente compatíveis, como está se adotando no Brasil. O doador deve receber do médico todas as informações sobre os riscos e benefícios, dando seu consentimento expresso.

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT), desde sua criação em 1997, tem como prioridade evidenciar com transparência todas as suas ações no campo da política de doação-transplante, visando primordialmente à confiabilidade do Sistema e a assistência de qualidade ao cidadão brasileiro. Atualmente, o Brasil trabalha com 548 estabelecimentos de saúde, sendo 1.354 equipes médicas autorizadas pelo SNT. Também existem as Centrais de Notificação e Captação de Órgãos (CNCDO's) em 25 Estados da Federação e ainda as Comissões Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) (ABTO, 2008).

A legislação brasileira referente aos transplantes pode ser considerada bastante atualizada e centrada nos princípios fundamentais que vêm norteando internacionalmente os países na realização de tais procedimentos (SALLES; RUAS, 2006).

A Política Nacional de Transplantes no Brasil é regulamentada pela Lei n. 9.434 de 4 de fevereiro de 1997 e Lei n. 10.211 de 23 de março de 2001, tendo como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não-maleficência em relação aos doadores vivos (BRASIL, 1997, 2001). A Política Nacional de Transplantes está associada a outras duas importantes Leis: n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que regem o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990a, b). O Brasil possui o maior sistema público de transplantes do mundo. Atualmente, cerca de 68.000 pessoas aguardam por um órgão na lista de espera do SNT (ABTO, 2008).

Diante de toda essa regulamentação, é necessário que seja dada prioridade à resolução das questões estruturais do Sistema de Saúde no Brasil, em relação aos recursos humanos e materiais, tanto para o diagnóstico e manutenção do potencial doador quando em morte encefálica, quanto para a captação, distribuição e realização dos transplantes. Ressalta-se, ainda, a importância da Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.826 de 24 de outubro de 2007 que dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suporte terapêutico quando da determinação da morte encefálica de indivíduo não doador (BRASIL, 2007).

Cabe enfatizar ainda a necessidade de o enfermeiro buscar permanentemente o conhecimento da legislação pertinente, para ter atitudes profissionais comprometidas com o cliente, com a comunidade e com a ética. Para isso, faz-se necessário investir em ações educativas para que os enfermeiros exerçam seu papel social e político, promovendo mudanças comportamentais e contribuam efetivamente no processo assistencial e administrativo, evitando problemas éticos legais relacionados aos transplantes de órgãos.

3.3 Diagnósticos de enfermagem: aspectos históricos, evolução, conceitos e classificação segundo a NANDA (2008)

Todos os acontecimentos da vida, em todas as suas esferas, têm uma origem histórica, social e cultural. Suas análises precisam considerar, obrigatoriamente, os contextos e os protagonistas inseridos em cada um dos

cenários e, em seu particular espaço de tempo e do momento histórico em que se deram suas origens e evolução, sob pena de se realizarem análises imprecisas e inadequadas, fugindo-se dos princípios de análises caracteristicamente científicas.

A história tem vida e, muitas vezes, ela é a própria vida, podendo ser considerada fator decisivo de sua continuidade.

A partir dessas pontuações, evidenciam-se a imperiosa necessidade e relevância de situar, contextual e historicamente, as concepções e a evolução do termo diagnóstico de enfermagem ao longo da história.

Florence Nightingale diagnosticava e tratava os problemas de saúde dos soldados internados nos hospitais militares durante a guerra da Criméia, em 1856. Porém, somente cerca de 100 anos mais tarde, em meados de 1950, é que a enfermagem retornou aos preceitos de Nightingale como diagnosticadora, epidemiologista e pesquisadora (CRUZ *et al.*, 1991; NEGREIROS *et al.*, 2008).

Um estudo publicado na década de 20 do século passado enfatizava a necessidade de diferenciar problema médico de problema de enfermagem. No entanto, a expressão diagnósticos de enfermagem foi citada por Lesnik e Anderson, em 1947, pela primeira vez na literatura, quando publicaram o livro "Aspectos Legais da Enfermagem", colocando o diagnóstico como um campo para a enfermagem (PEREZ *et al.*, 1989). Em 1950, essa expressão passou a ser empregada e a caracterizar o diagnóstico de enfermagem como atividade do enfermeiro (FARIAS *et al.*, 1990).

A identificação ou o diagnóstico de problemas de enfermagem foi descrita na literatura norte-americana por McManus, em 1950, como uma das responsabilidades do enfermeiro (ABRÃO *et al.*, 1997; CRUZ, 1994). A palavra "enfermagem" foi acrescentada por Fry, em 1953 ao termo diagnóstico propõe-se a formulação de diagnósticos de enfermagem e o desenvolvimento de planos de cuidados individualizados (CARPENITO-MOYET, 2005; CRUZ, 1994).

O marco primordial para o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem ocorreu na década de 50 do século 20, quando o conceito diagnóstico de enfermagem foi empregado e caracterizado como atividade do enfermeiro (PEREZ *et al.*, 1990).

Os problemas de enfermagem foram categorizados pela primeira vez por

Abdellah *et al.* (1961), em uma publicação sob o título de “Os 21 Problemas do Paciente” (CRUZ *et al.*, 1991).

A fim de classificar os cuidados que o paciente necessita independente do diagnóstico e do tratamento médico, Virginia Henderson, em 1966, elaborou uma lista contendo 14 necessidades humanas básicas, que representam os problemas reais ou potenciais do paciente sobre os quais a enfermagem pode intervir efetivamente (CRUZ, 1994).

Abdellah e Henderson são consideradas precursoras de outros Sistemas de Classificação na enfermagem e mudaram o enfoque da profissão que passou a focalizar a identificação dos problemas dos pacientes (CARVALHO; GARCIA, 2002; NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

No Brasil, as publicações sobre diagnóstico de enfermagem, iniciam-se com a enfermeira Dr.^a Wanda de Aguiar Horta, na década de 60, que denotavam uma preocupação com a sua estrutura e operacionalização. Essa autora definiu o diagnóstico de enfermagem como sendo “a identificação das necessidades básicas do ser humano que precisam de atendimento e a determinação, pela (o) Enfermeira (o), do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão” (HORTA, 2005, p. 58).

Em conferência realizada em 1973 na cidade de Saint Louis, Missouri, América do Norte, enfermeiras assistenciais, educadoras, pesquisadoras e teóricas em enfermagem elaboraram uma listagem de diagnósticos com ênfase no modelo biomédico. Esses diagnósticos preencheram uma lacuna entre o levantamento de dados e as intervenções de enfermagem na operacionalização do processo de enfermagem (OLIVEIRA, 2001). Nesse mesmo evento, foi constituído um grupo para a classificação desses diagnósticos e foi presidido por Marjory Gordon (MARIA, 1990). A partir das discussões de grupos regionais a lista desses diagnósticos foi sendo, progressivamente, modificada (PEREZ *et al.*, 1989).

Com o objetivo de desenvolver uma estrutura conceitual para classificar os diagnósticos de enfermagem foram realizados vários encontros nos Estados Unidos, com a participação de teóricos de enfermagem, tais como Callista Roy, Gordon, Imogene King, Bety Newman, Dorotea Oren, entre outras.

A partir de 1973 foram realizadas conferências bienais e, com o aumento da

complexidade do tema, foi criada uma associação para coordenar os estudos nessa área (CRUZ *et al.*, 1991).

Em 1980, teóricos, enfermeiras assistenciais e enfermeiras da Associação Americana de Enfermagem (ANA), propuseram que a enfermagem fosse responsável pelo diagnóstico e tratamento das respostas humanas. Gordon introduziu os 11 padrões funcionais de saúde, que envolvem a interação do cliente e o meio ambiente (GORDON, 1994; PEREZ *et al.*, 1989).

Em 1982, na V Conferência, as reuniões foram abertas à comunidade de enfermagem, e o grupo constituído passou a ser denominado *North American Nursing Diagnosis Association* - NANDA (CRUZ, 1990; CRUZ *et al.*, 1991; PEREZ *et al.*, 1990).

O conceito de diagnóstico de enfermagem de Gordon (1994) foi um dos mais discutidos no qual afirmava ser o diagnóstico de enfermagem um diagnóstico clínico realizado por enfermeiros que descreve problemas de saúde reais ou potenciais e que estes profissionais são capazes e credenciados para tratar. Segundo Cruz (2001), nesse conceito foi definido quem faz o diagnóstico de enfermagem, porém a pergunta o que é diagnóstico de enfermagem continuava sem resposta.

Na IX Conferência da NANDA realizada em 1990, foi aprovada a definição de diagnóstico de enfermagem como sendo

[...] julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde; processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelas quais o enfermeiro é responsável (NANDA, 2002, p. 20).

No Brasil, os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA passaram, a partir de 1990, a ser aplicados em alguns setores hospitalares tais como Hospital Oswaldo Cruz (São Paulo), Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (São Paulo), Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (Rio de Janeiro), entre outros e ambulatoriais como o Centro de Atendimento de Saúde Mental do estado da Paraíba (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Com a XIV Conferência da NANDA, ocorrida em abril de 2000, houve modificações na forma de organização e apresentação dos diagnósticos de enfermagem, surgindo assim a Taxonomia II, que foi projetada para ser multiaxial

na forma, aumentando a flexibilidade da nomenclatura e permitindo realizar acréscimos e modificações, tornando-se mais adequada para a utilização em banco de dados (CRUZ, 2001).

Em conformidade com a NANDA (2008), os componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem são:

- ↳ **Título:** estabelece um nome para o diagnóstico. Descreve, de forma concisa, o que representa um padrão de indícios relacionados. Inclui a reação da pessoa avaliada durante a fase do histórico do processo de enfermagem e determina os resultados esperados na prevenção, minimização ou alívio do problema de saúde do cliente. Exemplo: Fadiga.

- ↳ **Definição:** estabelece descrição clara e precisa; delinea seu significado e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares. Exemplo: Fadiga é uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual.

- ↳ **Características Definidoras:** indícios / inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de bem-estar. É a evidência que levou a concluir que o problema existe. Podem ser descritas como “evidenciados por” ou “caracterizados por”. Exemplos: cansaço, aumento das necessidades de repouso, ansiedade, condição física debilitada.

- ↳ **Fatores de Risco:** fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos, que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, uma família ou uma comunidade a um evento insalubre. Exemplos: doença crônica, mudanças na vida, depressão.

- ↳ **Fatores Relacionados:** fatores que parecem mostrar algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como “antecedentes de”, “associados a”, “relacionados a”,

“contribuintes para” ou “estimuladores”. Apenas diagnósticos reais possuem fatores relacionados, como a etiologia do “problema”, e podem ser de natureza fisiológica, psicológica, sociocultural, ambiental e espiritual. Estes sugerem as intervenções que podem ser apropriadas ao manejo dos cuidados do cliente. Exemplo: condição física debilitada, má nutrição.

Torna-se necessário, portanto, que o enfermeiro identifique os problemas de saúde a partir de características definidoras que subsidiem a assistência prestada, e que relacione o diagnóstico aos fatores causais, tornando-se também apto a reconhecer as situações que aumentam a vulnerabilidade do cliente. Cruz (1993) afirma que é por meio da estratégia de pensamento clínico que se chega a um julgamento. O enfermeiro, com base na sua experiência, conhecimento e valores profissionais avalia a significação e a acurácia das informações sobre o seu cliente, estabelece as relações entre os dados e nomeia o fenômeno, ou seja, elabora o diagnóstico de enfermagem.

Cruz (1995) e Gordon (1994) afirmam que a credibilidade sobre a prática de enfermagem repousa, principalmente, sobre as atividades resultantes de diagnósticos. A partir da determinação de um diagnóstico, o enfermeiro tem a obrigação ética e legal de fazer a prescrição e de implementar os cuidados de enfermagem correspondentes.

Assim, os estudos sobre diagnósticos de enfermagem e sua implementação foram responsáveis pelo advento e desenvolvimento do julgamento clínico, ou seja, o julgamento que o enfermeiro faz sobre a situação do indivíduo, família e comunidade fundamentados nos dados significativos para a enfermagem. A prática reflexiva habilita o enfermeiro a rever seus conceitos, seus julgamentos e suas ações, levando-o a mudanças na atividade clínica.

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA são considerados úteis para a realização das atividades práticas e clínicas dos enfermeiros e contribuem para viabilizar a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), uma vez que permitem a identificação desses problemas reais ou potenciais do cliente, visando ao restabelecimento e à promoção da saúde.

A estrutura atual contém 7 eixos ou dimensões da resposta humana que devem ser considerados no processo de diagnóstico de enfermagem, como citado por NANDA (2008, p. 309):

- ↳ **Eixo 1:** Conceito de diagnóstico.
- ↳ **Eixo 2:** Sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, comunidade).
- ↳ **Eixo 3:** Julgamento (prejudicado, ineficaz).
- ↳ **Eixo 4:** Localização (vesical, auditiva, cerebral).
- ↳ **Eixo 5:** Idade (bebê, criança, adulto).
- ↳ **Eixo 6:** Tempo (crônico, grave, intermitente).
- ↳ **Eixo 7:** Situação do diagnóstico (risco real, do bem-estar, de promoção da saúde).

Nessa estrutura multiaxial estão organizados e aprovados 187 diagnósticos de enfermagem, distribuídos em 13 domínios (esfera de atividade, estudo ou interesse) e 47 classes (subdivisão de um grupo maior; uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, grau ou categoria) (NANDA, 2008).

A FIG. 1 apresenta um diagrama que ilustra os domínios e classes em que são distribuídos os diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA (2008).

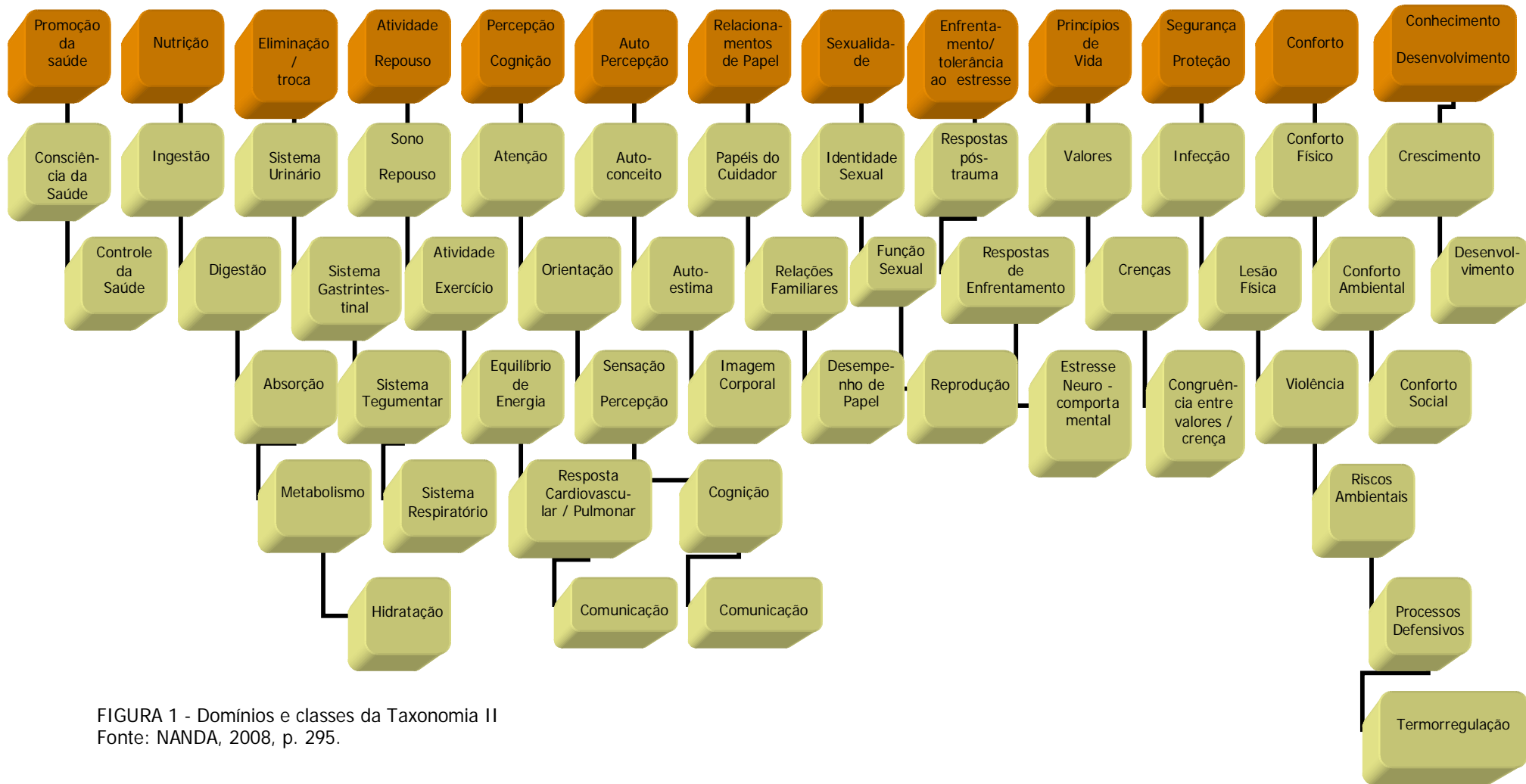


FIGURA 1 - Domínios e classes da Taxonomia II
 Fonte: NANDA, 2008, p. 295.

Atualmente a Taxonomia da NANDA está traduzida para 17 idiomas em 33 países. A cada dois anos são realizadas conferências para discutir e aprovar novos diagnósticos que integrarão a Taxonomia revisada (NANDA, 2008).

No Brasil, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n. 272 de 27 de agosto de 2002 (BRASIL, 2005, p. 60-61) incumbe ao enfermeiro, privativamente: “a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem” (Artigo 1º); designa que “a Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada” (Artigo 2º) e que “a Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente” (Artigo 3º).

Diante dessa Resolução, bem como das exigências da Organização Nacional de Acreditação (ONA) para certificação das instituições de saúde, tem-se observado um interesse maior por parte dos enfermeiros quanto à implementação de uma metodologia de assistência. Ao mesmo tempo, constata-se no cotidiano, o aumento da busca constante desses enfermeiros por cursos de especialização para o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos nessa área.

A fase de diagnóstico de enfermagem caracteriza-se por ser dinâmica, sistemática, organizada e complexa, não significando uma simples listagem de problemas, mas sim, uma etapa que envolve avaliações críticas para tomada de decisões indispensáveis para a recuperação do paciente submetido a uma cirurgia de alto risco (CRUZ *et al.*, 1991).

Os diagnósticos de enfermagem têm merecido destaque na atualidade, tanto na prática assistencial quanto no ensino e na pesquisa, sendo reconhecido como uma das mais importantes etapas do processo de enfermagem e como fonte de conhecimento específico da área.

O diagnóstico de enfermagem é complexo e envolve a capacidade profissional de interpretar o comportamento humano em face de eventos adversos (SALVIANO, 2007).

Um dos fatores dificultadores para uma efetiva prática no processo de raciocínio clínico, segundo Negreiros *et al.* (2008) é o fato de os enfermeiros ainda realizarem a coleta de dados do cliente subsidiados em doenças e não em respostas ou necessidades específicas, decorrentes do processo vital ou de problemas de

saúde.

Isso posto, enfatizamos que o diagnóstico de enfermagem, como a segunda fase do PE, representa um desafio para o enfermeiro no planejamento da assistência ao paciente. Essa etapa requer desse profissional, além de conhecimentos técnicos e científicos atualizados, o raciocínio crítico ao interpretar os dados colhidos no histórico de enfermagem (anamnese e exame físico), para que possa assumir com responsabilidade as intervenções que propõe por meio da prescrição de enfermagem. Para Lunney (2004), a falta de habilidade na precisão diagnóstica põe em risco os cuidados, pois revela uma inapropriada interpretação dos dados, gerando intervenções inadequadas.

Enfatizamos ainda que a importância dos diagnósticos de enfermagem pode ser determinada pela especificação dos fenômenos de enfermagem, pela delimitação da área de autonomia e, principalmente, pela independência profissional a ser conquistada.

3.4 Validação de diagnósticos de enfermagem

A discordância acerca de conceitos de diagnósticos de enfermagem e a utilização de uma taxonomia ainda em construção, são problemas que exigem mais estudos por parte dos profissionais da área. Portanto, o estudo sobre conceitos e o desenvolvimento de pesquisas para validação de diagnósticos de enfermagem são fundamentais para o desenvolvimento dos sistemas de classificação desses diagnósticos. Além disso, é necessário que se tenha um método consistente para estabelecer a acurácia dos diagnósticos elaborados pelos enfermeiros.

A acurácia envolve o esforço na formulação de diagnósticos de enfermagem e na diferenciação de um diagnóstico de outro, de forma a se chegar à determinação de um conceito e julgamento que melhor expresse os dados disponíveis em uma dada situação. Quanto mais acurados os diagnósticos, mais passíveis eles são de serem validados, pois suas características definidoras e fatores relacionados serão mais confiáveis (CREASON, 2004).

Por sua vez, a confiabilidade de resultados de pesquisa que envolve diagnósticos de enfermagem depende da acurácia dos diagnósticos identificados.

Quanto mais acurado for o diagnóstico, maior será a precisão dos resultados da pesquisa. Acredita-se que diagnósticos acurados possam produzir um diferencial na assistência de enfermagem, à medida que as intervenções de enfermagem propostas para solucioná-los, estarão mais fidedignas às necessidades apresentadas pelos pacientes.

A palavra validação possui vários significados. Entretanto, neste estudo adotamos a concepção apresentada no dicionário Houaiss *et al.* (2007) para o qual validação é o “ato ou efeito de validar, de tornar ou declarar algo válido, legítimo; teste que comprova a validade, a correção ou concordância com padrões”.

Segundo o dicionário Houaiss *et al.* (2007), a validade é a qualidade ou condição de algo que se encontra em condições de produzir os efeitos dele esperados. Para Creason (2004), a validade refere-se ao grau em que um instrumento é apropriado para medir o que se propõe a medir, possibilitando inferir o quanto os resultados obtidos representam a verdade, ou o quanto se afastam dela. A validade de um instrumento não é provada ou estabelecida, mas sim, apoiada por um grau maior ou menor de evidências, sendo a validação um processo sem fim.

A fidedignidade diz respeito à concordância de resultados obtidos com a utilização de determinado instrumento quando a medição ou o exame se repetem, ou seja, o grau de consistência com que determinado instrumento mede o atributo que se supõe esteja medindo (PEREIRA, 1995; POLIT *et al.*, 2004; WALTZ *et al.*, 1991).

Transferindo estas noções para a abordagem dos diagnósticos de enfermagem observa-se que do ponto de vista conceitual, a fidedignidade de um diagnóstico de enfermagem pode ser entendida como uma medida da concordância das conclusões diagnósticas de dois ou mais enfermeiros quando utilizam os mesmos dados coletados de um paciente - fidedignidade entre diagnosticadores ou, como um enfermeiro em particular, é capaz de usar, de forma consistente, uma determinada categoria diagnóstica para descrever uma mesma condição em vários pacientes - fidedignidade intradiagnosticadores (CHIANCA, 2008; GORDON, 1994).

Para que se possa afirmar que um diagnóstico de enfermagem é válido, ele deve passar por um processo em que se conclua que as características que o definem realmente são representativas do que é encontrado na prática clínica.

Segundo Oliveira *et al.* (2008), a classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA necessita ser profundamente estudada e seus diagnósticos validados, apontando o quanto eles são representativos da realidade clínica dos indivíduos, famílias e comunidades, conforme suas peculiaridades e culturas.

Quando o diagnóstico de enfermagem está clinicamente validado significa que ele foi apropriadamente formulado, com exclusão de outros diagnósticos, a partir de dados observados por mais de um enfermeiro e pela obtenção de concordância entre eles de, no mínimo, 80,0%. Os diagnósticos são acurados se representarem verdadeiramente os comportamentos e características do paciente. No processo de validação certifica-se da presença das características definidoras e dos fatores relacionados em um grupo de pacientes em estudo (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Gordon e Sweeney (1979) propuseram 3 modelos de validação para os diagnósticos de enfermagem, a saber: retrospectivo, clínico e de validação por enfermeiros.

No modelo retrospectivo é valorizado o conhecimento dos enfermeiros a partir de suas experiências com os problemas de saúde identificados em um determinado grupo de clientes.

No modelo clínico busca-se identificar as categorias diagnósticas e suas respectivas características definidoras anteriormente identificadas pelo modelo retrospectivo. Os dados dos pacientes têm que ser descritos de forma clara e precisa nos prontuários para que tenham valor para a assistência e para o desenvolvimento de pesquisas. Assim, a habilidade dos enfermeiros nesta atividade é fator preponderante para o sucesso da aplicação desse modelo.

No modelo de validação por enfermeiros, as autoras supra mencionadas propõem que, inicialmente, se escolha um grupo de enfermeiros especialistas no diagnóstico a ser testado. Esses enfermeiros devem identificar em pacientes, o diagnóstico de enfermagem selecionado, com suas respectivas características definidoras, que em seguida serão tabuladas para confirmar a validade do diagnóstico por meio de um índice de fidedignidade - medida de concordância - estabelecido entre os enfermeiros. A identificação das características definidoras irá

ajudar a estabelecer a validade do diagnóstico pela obtenção de um índice de fidedignidade - medida de concordância - entre os enfermeiros especialistas.

Fehring (1987), subsidiado no trabalho de Gordon e Sweeney (1979) e em estudos de validação, propôs 2 modelos práticos para validar diagnósticos de enfermagem: Validação de Conteúdo Diagnóstico (*Diagnostic Content Validation - DCV*) e Validação Clínica de Diagnóstico (*Clinical Diagnostic Validation - CDV*). Em 1987, sugeriu um 3º modelo: Medidas de Correlação Etiológica (*Etiological Correlation Ratings - ECR*), que serviria para avaliar a capacidade de um dado fator etiológico para prever a ocorrência de um diagnóstico. Esse modelo não chegou a ser desenvolvido / descrito completamente pelo autor que, posteriormente, incluiu um novo modelo: Validação Diferencial de Diagnósticos (*Differential Diagnostic Validation - DDV*).

O modelo de Validação de Conteúdo Diagnóstico (DCV), obtido pelas opiniões de enfermeiros especialistas acerca do grau em que determinadas características definidoras são indicativas de um determinado diagnóstico. O modelo de Validação Clínica de Diagnóstico (CDV) é obtido a partir das evidências de um determinado diagnóstico em ambiente clínico real. Se o diagnóstico testado envolver uma resposta predominantemente cognitiva ou afetiva do paciente, deve-se procurar obter as informações diretamente do paciente, seja por entrevista ou por meio de questionário; se a natureza do diagnóstico se relaciona mais a um desempenho fisiológico, a técnica da observação direta (exame físico, por exemplo) é mais apropriada (CHIANCA, 2008; FEHRING, 1986; GARCIA, 1994).

No modelo de Validação Diferencial de Diagnósticos (DDV), busca-se a opinião de enfermeiros especialistas sobre algumas características definidoras de um diagnóstico de enfermagem, com a determinação de medidas de concordância entre eles.

Esse modelo é usado tanto para diferenciar diagnósticos intimamente relacionados (como ansiedade e medo), quanto para mostrar diferentes níveis de ocorrência de um determinado diagnóstico (exemplo: ansiedade leve, moderada e severa). O modelo DDV pode ser usado com a participação de um grupo de enfermeiros especialistas, ou com um grupo de pacientes a quem tenha sido definido

previamente o diagnóstico específico que se pretende diferenciar (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Hoskins (1989) descreveu 3 passos para a validação de diagnósticos de enfermagem: o 1º é a definição conceitual dos diagnósticos de enfermagem por meio da literatura, mediante a identificação de características definidoras. O 2º passo compreende a validação, por especialistas, de uma listagem de características definidoras, procurando-se pela concordância entre ela. O 3º passo é caracterizado pela constatação do diagnóstico e de suas características definidoras na prática clínica.

Creason (2004) analisa os aspectos metodológicos envolvidos na identificação e padronização de diagnósticos de enfermagem. Para o autor, é necessária a validação da definição dos diagnósticos de enfermagem, visto que existe uma falta de consenso entre os profissionais para defini-los.

Estudos de validação de diagnósticos de enfermagem contribuem para o estabelecimento de uma linguagem padronizada que possa descrever o que o enfermeiro identifica nos pacientes, ampliando assim o conhecimento científico específico da enfermagem.

A contribuição dos diagnósticos de enfermagem para a prática clínica é inegável. Entretanto, estes devem ser validados de modo a corresponderem à realidade dos fenômenos identificados. Nesse contexto, a enfermagem tem aprimorado seus conhecimentos e proposto alternativas de assistência, a partir de uma metodologia própria de assistência, ou seja, processo de enfermagem subsidiada no método científico.

Vários têm sido os estudos conduzidos para a validação de diagnósticos de enfermagem no Brasil partindo-se da classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA para a descrição dos problemas apresentados pelos pacientes (CRUZ, 1989; DALRI, 1993; FARIA, 2000; JESUS, 1992; OLIVEIRA *et al.*, 2008; RICCIO *et al.*, 1995). A utilização de linguagem padronizada, como a dos diagnósticos de enfermagem da NANDA nas diversas especialidades, permite a identificação de problemas específicos de uma determinada clientela.

Os pacientes submetidos a transplante cardíaco constituem uma clientela particularizada. Diante desse fato, torna-se evidente, a relevância da validação dos

diagnósticos de enfermagem definidos em pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco, uma vez que este é um procedimento complexo que exige uma assistência específica e qualificada da enfermagem.

MATERIAL E MÉTODO



4 MATERIAL E MÉTODO

A trajetória metodológica

Para atingir os objetivos propostos, o estudo foi desenvolvido em 2 etapas: a 1ª, para estabelecer o perfil demográfico, epidemiológico e de diagnóstico de enfermagem e a 2ª, para validação do diagnóstico de enfermagem mais característico de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco, segundo enfermeiros especialistas.

1ª Etapa

4.1 Perfil demográfico, epidemiológico e de diagnóstico de enfermagem

Tipo de estudo

Para traçar o perfil demográfico, epidemiológico e de diagnóstico de enfermagem, desenvolveu-se um estudo descritivo de abordagem quantitativa, exploratório e retrospectivo.

Para Gil (2002), um estudo descritivo apresenta, como uma das finalidades, a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno e estabelece relações entre as variáveis.

Para esse autor, as pesquisas exploratórias proporcionam uma visão geral do tipo aproximativo acerca de um determinado fato. Para Triviños (2001), esse tipo de pesquisa permite ao investigador aumentar sua experiência a respeito de um determinado problema.

Descrição da área de estudo

O estudo foi realizado em um Centro de Tratamento Intensivo (CTI) de um hospital geral de grande porte, localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, campo de estágio conveniado com a EEUFMG. A instituição conta com 396 leitos e realiza, em média, 1.500 internações e 1.600 cirurgias por mês.

Trata-se de uma instituição referência em transplante cardíaco, autorizada pelo Ministério da Saúde (MS) e cadastrada à ABTO. No ano de 2008, foram realizados na referida instituição 158 transplantes de órgãos (OINEGUE, 2009).

O CTI, campo do estudo, conta com 20 enfermeiros (18 com título de especialista e 2 mestres em enfermagem) que participam efetivamente da assistência aos pacientes em pós-operatório de cirurgias cardíacas, incluindo os transplantes cardíacos. Realizam supervisão e prestam assistência direta com base em planos de cuidados e na evolução dos pacientes. A partir de 2003, os enfermeiros implementaram o histórico de enfermagem - anamnese e exame físico (MATOS *et al.*, 2006).

Inaugurado em março de 1972, o CTI do Hospital Felício Rocho foi o segundo inaugurado no Estado de Minas Gerais. Atualmente, conta com 45 leitos, distribuídos em CTI adulto (20), coronariano (10), cardiológico (10) e pediátrico (5) (OINEGUE, 2009).

População e amostra

No período estudado, de 2003 a 2006, foram realizados 60 transplantes cardíacos. A definição inicial desse período se deu pelo início da implementação sistemática do histórico de enfermagem no Centro de Terapia Intensiva do hospital, campo do estudo, e o término para conclusão da tese em tempo hábil. Assim, a população foi constituída por 60 prontuários de pacientes que estavam em pós-operatório mediato.

Segundo Bogossian (1995) e Moraes e Peniche (2003), o período pós-operatório inicia-se no momento que o paciente sai da sala de cirurgia, e perdura até o seu retorno às atividades normais. A duração deste período é variável, pois depende do tipo de intervenção cirúrgica e das condições do paciente. Os autores acima referidos dividem este período em 3 etapas especiais: pós-operatório imediato que compreende as primeiras 12 a 24 horas após a cirurgia. Não se pode ter uma definição exata da duração dessa fase, pois depende do porte ou gravidade da cirurgia e das condições em que se encontra o paciente ao seu término.

O período pós-operatório mediato inicia-se após as primeiras 24 horas e nas cirurgias de menor porte é geralmente curta e durando cerca de 2 a 4 dias. Para Moraes e Peniche (2003), nas grandes cirurgias o pós-operatório mediato pode prolongar-se para um período de 7 a 10 dias.

E, por fim, o período pós-operatório tardio que se estende por um período de um a dois meses, até a completa cicatrização das lesões ou a fase de ganho ponderal.

Considerando que o transplante cardíaco é um procedimento cirúrgico de grande porte e de alta complexidade, neste estudo o período considerado mediato foi o de 24 horas a 10 dias do ato cirúrgico.

Em consonância com os critérios de exclusão, não foram considerados os prontuários de pacientes menores de 18 anos, nem os daqueles que tiveram complicações severas no período pós-operatório imediato (< 24 horas) e ainda daqueles que não tiveram o histórico e a evolução de enfermagem preenchidos. Diante desses critérios, a amostra estudada foi constituída por 49 prontuários de pacientes, que corresponde a 81,7% da população.

Instrumento para coleta de dados

Utilizou-se um formulário elaborado pela pesquisadora para registro do perfil demográfico, epidemiológico e de diagnósticos de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco e dos elementos para estruturação dos diagnósticos de enfermagem, segundo a Taxonomia II da NANDA, ou seja, os fatores relacionados e as características definidoras, necessários para a estruturação dos diagnósticos de enfermagem (APÊNDICE A).

Coleta de dados

Os dados dos prontuários foram coletados pela pesquisadora com a colaboração de um bolsista devidamente treinado e supervisionado e registrados em um formulário (APÊNDICE A). Foram realizadas leituras extensivas dos registros de enfermagem existentes nos 49 prontuários dos pacientes em pós-operatório mediato

de transplante cardíaco. Consideraram-se, ainda, os registros realizados por outros profissionais, quando considerados necessários para traçar o perfil dos pacientes.

Tratamento dos dados

Os dados foram armazenados com aplicação da técnica de dupla digitação e processados mediante o banco aplicativo do *Microsoft Excel 7.0*. Os dados relativos às variáveis demográficas e epidemiológicas foram tratados a partir de estatística descritiva e os diagnósticos de enfermagem formulados a partir do raciocínio clínico e estruturados em títulos, fatores relacionados e características definidoras.

Segundo Carvalho e Jesus (1997), o raciocínio diagnóstico é uma forma de julgamento clínico e possibilita designar um significado e classificar um fenômeno. Para Gordon (1994), esse processo envolve a coleta das informações, sua interpretação, agrupamento e formulação dos diagnósticos de enfermagem.

Na estruturação dos diagnósticos de enfermagem para aquela clientela específica, os fatores relacionados e as características definidoras a eles associados foram confrontados àqueles descritos na Taxonomia II da NANDA (2008) e feitas algumas adequações de linguagem. As características definidoras e fatores relacionados não encontrados nessa taxonomia foram mantidos, por serem considerados pertinentes e assinalados por asterisco (*).

A confiabilidade de resultados de pesquisas que envolvem a avaliação de diagnósticos de enfermagem depende da acurácia dos diagnósticos identificados. A acurácia abrange o esforço na formulação de diagnósticos de enfermagem, na diferenciação de um diagnóstico de outro, de forma a se chegar à determinação de um conceito e julgamento que melhor expressem os dados disponíveis em uma determinada situação (CHIANCA, 2008).

A fidedignidade de um diagnóstico de enfermagem é entendida como uma medida da concordância das conclusões diagnósticas de 2 ou mais enfermeiros, quando utilizam os mesmos dados resultantes da etapa de coleta de informações do paciente - fidedignidade entre diagnosticadores (CHIANCA, 2008; GORDON, 1994).

Assim, na busca da fidedignidade da formulação dos diagnósticos de enfermagem identificados estabeleceu-se, aleatoriamente, que seriam submetidos

aos especialistas somente aqueles apresentados por, no mínimo, 40,0% dos pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco. O instrumento foi submetido à avaliação de 4 enfermeiras especialistas, com domínio na Taxonomia II da NANDA (APÊNDICE B), que atuavam em 3 diferentes Centro de Tratamento Intensivo, assistiam a pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Para avaliar o índice de fidedignidade (IF) entre os especialistas, em relação aos diagnósticos de enfermagem elaborados a partir dos resultados dos prontuários de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco, utilizou-se a fórmula de cálculo indicada por Batista (1977) que considera aceitável um índice de fidedignidade acima de 70,0%.

$$IF = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de acordos}}{\text{N}^{\circ} \text{ de acordos} + \text{N}^{\circ} \text{ de desacordos}} \times 100$$

Neste estudo foram considerados para análise somente os diagnósticos apresentados por, no mínimo, 40,0% dos pacientes.

Para obtenção do índice acima mencionado, sobre a categorização dos diagnósticos de enfermagem, contou-se com 4 enfermeiras especialistas.

Para definir o diagnóstico de enfermagem mais característico a ser validado, os diagnósticos identificados, no mínimo, em 40,0% dos pacientes foram apresentados a 20 especialistas em Terapia Intensiva Cardiovascular. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) solicitou-se a eles que, de acordo com as suas experiências, assinalassem os diagnósticos mais evidentes em pós-operatório mediato de cirurgias cardíacas em geral e em pós-operatório mediato de transplante cardíaco. Este procedimento foi uma estratégia utilizada para que os enfermeiros fizessem um raciocínio crítico / clínico, obtendo-se, então, os resultados que retratassem com maior exatidão as especificidades dos pacientes submetidos a transplante cardíaco em pós-operatório mediato.

Dentre os assinalados como mais evidentes em pacientes no pós-operatório mediato de transplante cardíaco, foi solicitado que circulassem os diagnósticos mais característicos (APÊNDICE D).

2ª Etapa

4.2 Validação, por enfermeiros especialistas, do diagnóstico de enfermagem considerado mais característico em pacientes no pós-operatório mediato de transplante cardíaco

Fehring (1987) propõe critérios para escolha de especialistas para Validação de Conteúdo de Diagnóstico (DCV). Esses critérios contemplam:

- ↳ Tese de doutorado versando sobre diagnósticos de enfermagem.
- ↳ Mestre em enfermagem com dissertação com conteúdo para o diagnóstico de interesse.
- ↳ Publicação de pesquisa versando sobre diagnósticos relevantes para área.
- ↳ Publicação de artigos sobre diagnósticos em revista de referência.
- ↳ Prática clínica de no mínimo um ano na área do diagnóstico de interesse.
- ↳ Certificado de prática clínica no diagnóstico de interesse.

Para cada critério o autor estipula uma pontuação, devendo o especialista obter no mínimo um escore de 5 (cinco) do qual 4 (quatro) corresponde ao título de mestre.

O contexto atual da enfermagem brasileira revela um quantitativo ainda insuficiente de enfermeiros doutores e mestres em enfermagem. Essa constatação se acentua ainda mais no tocante à área de diagnósticos de enfermagem e, mais especificamente, de transplantes cardíacos. Em consequência do reduzido quadro de enfermeiros com titulação *strictu sensu*, constata-se também um déficit de publicações disponíveis na área específica.

Diante do exposto, elaboramos previamente uma lista de requisitos a serem considerados na escolha dos especialistas para a validação do diagnóstico mais característico de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco.

Diante do exposto adaptamos os requisitos propostos por Fehring à realidade brasileira, como discriminado no QUADRO 1:

QUADRO 1
 Requisitos utilizados para a seleção de enfermeiros especialistas neste estudo. Belo Horizonte, 2009.

Requisitos	Pontuação
Mestre com domínio em Diagnósticos de Enfermagem	3
Especialista em Enfermagem em Transplantes	3
Especialista em Enfermagem em Cardiologia	2
Especialista em Sistematização da Assistência em Enfermagem	2
Especialistas em outras áreas e com experiência em Centro de Tratamento Intensivo cirúrgico cardiovascular	2
Experiência assistencial em pós-operatório de transplante cardíaco no Centro de Tratamento Intensivo	3
Experiência assistencial em Centro de Tratamento Intensivo cirúrgico cardiovascular	2
Docência em uma dessas áreas	1

Para que o especialista fosse convidado a participar do presente estudo, deveria obter, no mínimo, 5 pontos.

Subsidiadas por esses requisitos identificaram-se 62 enfermeiros especialistas. Destes, 42 eram egressos do curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar da EEUFMG 2001-2007 - área de concentração transplante de órgãos e atuavam em CTI cirúrgico cardiovascular; e outros 20 enfermeiros especialistas em outras áreas (SAE, cardiologia) e que assistem aos pacientes em pós-operatório de transplante cardíaco há mais de um ano.

Todos os 62 especialistas foram convidados a participar do estudo, sendo que 3 declinaram do convite por não se sentirem seguros para responder sobre o diagnóstico de enfermagem a ser validado. Assim, foram distribuídos questionários para 59 (95,2%) enfermeiros para validação do diagnóstico de enfermagem mais característico em pós-operatório mediato de transplante cardíaco. Houve o retorno de 54 (91,5%) questionários preenchidos, os quais constituíram nossa amostra (APÊNDICE E). Após esclarecimento da proposta da pesquisa, solicitou-se que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

Instrumento para coleta de dados

O instrumento consistiu de um questionário semi-estruturado, composto de 3 partes (APÊNDICE E). A 1ª destas constou de registro dos dados de identificação dos

especialistas. Na 2ª parte foi apresentado o conceito do diagnóstico de enfermagem considerado pela maioria dos especialistas como o mais característico para pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco. Este conceito foi extraído da última versão da NANDA (2008). A 3ª parte do questionário foi constituída por características definidoras registradas nos prontuários dos pacientes.

Segundo Fehring (1987), devem-se utilizar outras características denominadas de confusão para evidenciar as características referentes ao diagnóstico em estudo.

Para se obter maior fidedignidade nas respostas dos especialistas foram acrescentadas no instrumento outras características definidoras de confusão (7), extraídas dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: "ansiedade" e "medo".

Tratamento dos dados

Inicialmente realizou-se uma análise descritiva das variáveis utilizadas no estudo. Para as variáveis nominais ou categóricas, foram feitas tabelas de distribuição de frequências. Já para as variáveis contínuas, foram utilizadas medidas de tendência central e variabilidade.

Utilizou-se um escore para avaliar cada uma das características definidoras do diagnóstico tido como o mais característico da amostra estudada, formado pela média ponderada das respostas obtidas em cada item, considerando:

- ↪ 0 - nada pertinente.
- ↪ 0,25 - pouco pertinente.
- ↪ 0,50 - de algum modo pertinente.
- ↪ 0,75 - muito pertinente.
- ↪ 1,0 - muitíssimo pertinente.

Procedeu-se então, a classificação das características definidoras considerando-se a média de indicações dos especialistas segundo os escores obtidos da avaliação dos mesmos.

Utilizando a pontuação supracitada, os participantes avaliaram cada característica definidora, e, posteriormente, atribuíram para cada característica um

valor. Em seguida, procedeu-se à análise da média, a partir da média ponderada das respostas obtidas em cada item, classificando-a de acordo com a escala a seguir:

- ↪ 0,1 a 0,24 - pouco pertinente.
- ↪ 0,25 a 0,49 - de algum modo pertinente.
- ↪ 0,50 a 0,74 - muito pertinente.
- ↪ 0,75 a 1,0 - muitíssimo pertinente.

Para este estudo as características definidoras que obtiveram índices $\geq 0,50$ foram tidas como relevantes para o diagnóstico em validação. Aquelas com índices correspondentes aos valores do intervalo de 0,50 a 0,74 foram consideradas “muito pertinente” e as que obtiveram índices mais elevados (0,75 a 1,0), como “muitíssimo pertinente”. As características definidoras com índices $< 0,50$ foram consideradas não relevantes para o diagnóstico em validação neste estudo.

4.3 Aspectos éticos

Este estudo atende aos preceitos éticos, conforme recomenda a Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O projeto foi analisado e aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa das instituições envolvidas: Hospital Felício Rocho, parecer n° ETIC 138/05 (ANEXO A) e Universidade Federal de Minas Gerais, parecer n° ETIC 397/06 (ANEXO B). Está resguardado o anonimato dos pacientes cujos prontuários foram utilizados, bem como o dos especialistas que participaram da validação do diagnóstico mais característico em pacientes submetidos a transplante cardíaco.

RESULTADOS



5 RESULTADOS

A partir da implantação em 1986 do Programa de Transplante Cardíaco no hospital campo do estudo, observa-se uma flutuação do número de transplantes e um acentuado aumento desse procedimento, que alcançou seu ápice em 2004 (24 transplantes), e veio a declinar-se nos anos subseqüentes, destacadamente no ano de 2008, quando foi realizado apenas 2 transplantes (GRAF. 1). Esse acentuado declínio pode estar relacionado ao início de realização desse procedimento, no ano 2006, em um hospital público do Município de Belo Horizonte, uma vez que até dezembro de 2008 foram realizados 44 transplantes cardíacos neste hospital público.

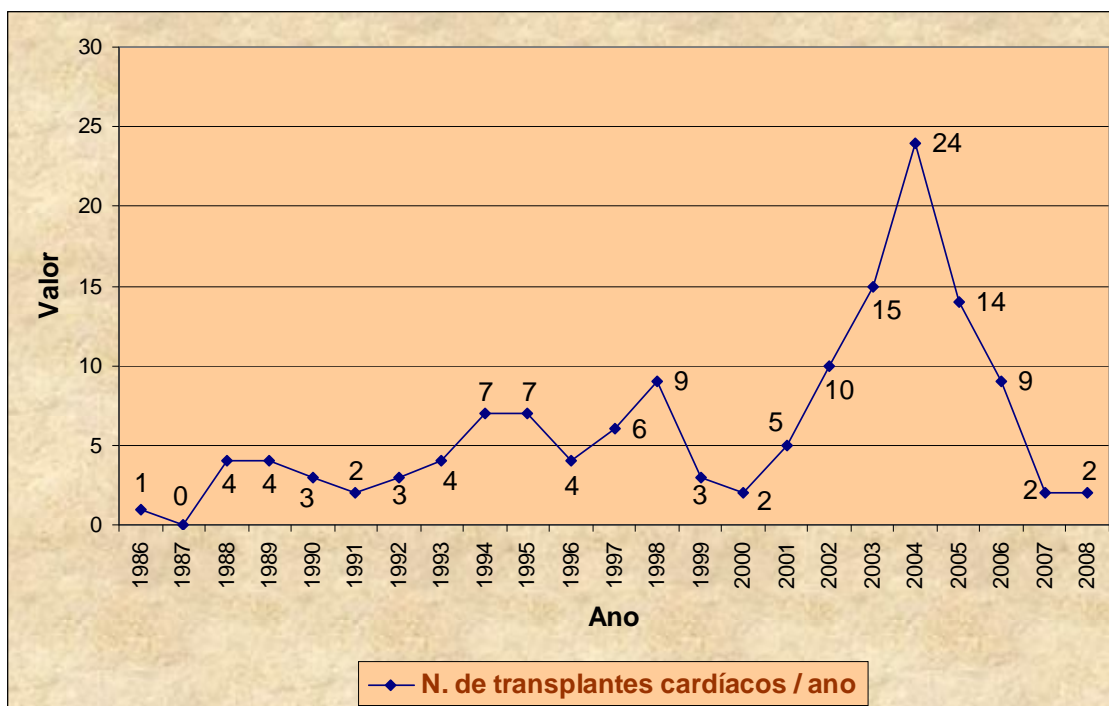


GRÁFICO 1 - Transplantes cardíacos realizados no Hospital Felício Rocho, no período de 1986-2008. Belo Horizonte, 2009

Fonte: RELATÓRIO ANUAL INTERNO DO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO.

Atendendo aos objetivos do estudo, os resultados estão apresentados na seguinte ordem: perfil demográfico, epidemiológico e de diagnósticos de enfermagem dos pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco e confirmação do conceito e das características definidoras do diagnóstico de enfermagem mais característico indicado pelos especialistas.

Informações sobre dados demográficos e epidemiológicos dos pacientes são essenciais para uma compreensão mais ampla e humanística da pessoa em sua realidade social, que por sua vez, contribui para a identificação de características definidoras e de fatores relacionados que subsidiam a estruturação dos diagnósticos de enfermagem.

Pouco se conhece sobre o perfil demográfico e epidemiológico dos pacientes que são submetidos ao transplante cardíaco. Alguns países como os Estados Unidos e a Espanha desenvolvem um relatório anual, publicado em revistas científicas, com o objetivo de prestar contas à sociedade bem como de analisar o andamento de sua atividade transplantadora e as condições dos pacientes submetidos ao transplante (ALMENAR, 2005).

5.1 Perfil demográfico dos pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco

Entende-se por perfil demográfico o estudo da distribuição de indivíduos quanto à idade, sexo, religião, estado civil, naturalidade, profissão, escolaridade, dentre outras variáveis capazes de descrever as condições desses indivíduos (MEDRONHO *et al.*, 2003).

O perfil demográfico dos pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco no período estudado encontra-se especificado na FIG. 2.

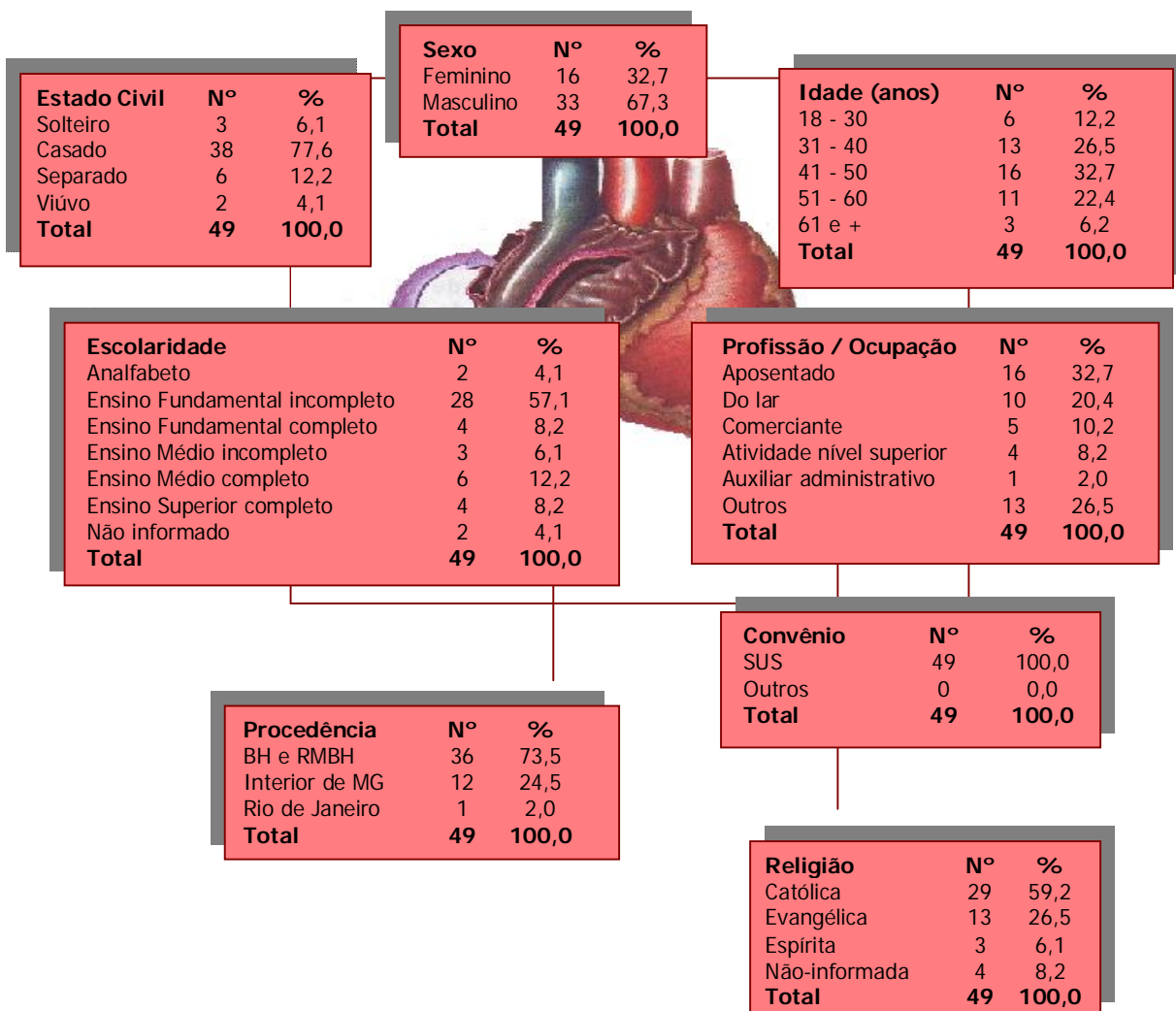


FIGURA 2 - Distribuição de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco no Hospital Felício Rocho, no período de 2003-2006, segundo características demográficas. Belo Horizonte, 2009

Fonte: Dados primários levantados em prontuários.

A idade dos 49 pacientes submetidos a transplante cardíaco variou de 18 a 63 anos. Observa-se na FIG. 2 que 32,7% encontravam-se na faixa etária de 41 a 50 anos e 67,3% eram do sexo masculino.

No que tange à procedência desses pacientes, a maioria (73,5%) é proveniente de Belo Horizonte (BH) e Região Metropolitana (RMBH). Entretanto, posso questionar a exatidão deste resultado, a partir de minha experiência e convivência com esses pacientes, desde o início da implantação do Programa de Transplante Cardíaco na instituição campo do estudo. Muitas vezes, os pacientes vindos do interior do Estado permanecem em casas de familiares / amigos, em BH e RMBH por tempo indefinido, aguardando o transplante em fila de espera. Assim,

podemos inferir que ao se cadastrarem estes pacientes podem ter indicado como residência o endereço em que se encontravam e não o de origem, e assim serem considerados procedentes de BH e RMBH.

No que se refere aos 12 pacientes (24,5%) do interior de Minas Gerais, 8 são da Região Norte e Vale do Jequitinhonha, 3 da Região Oeste e um do Sul de Minas. Cabe registrar que um paciente é proveniente do estado do Rio de Janeiro.

Com relação ao estado civil, a maioria (77,6%) era casada. Os demais eram separados, solteiros ou viúvos. A escolaridade mostrou-se variada, com predomínio do Ensino Fundamental incompleto (57,1%). O catolicismo foi a religião predominante nesse grupo de pacientes (59,2%).

Apesar de 4 pacientes possuírem plano de saúde é importante enfatizar que todos os transplantes cardíacos realizados nessa instituição foram custeados pelo Sistema Único de Saúde.

Quanto à profissão, as categorias “aposentado” e “do lar” apresentaram maior percentual (32,7% e 20,4%, respectivamente). Devido à diversidade das profissões / ocupações, os pacientes que possuíam escolaridade de nível superior foram agrupados na categoria “atividade de nível superior”. Por terem sido as variáveis escolaridade e profissão / ocupação identificadas com a mesma frequência, pode-se inferir que se trata das mesmas pessoas. Por não terem significado expressivo, foram agrupados em “outros” as seguintes atividades: bancário, balconista, auditor fiscal, estudante, técnico de eletrônica, tecelã, pintor, marceneiro, serviços gerais, decorador, pedreiro, corretor de imóveis, borracheiro e artesão.

5.2 Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a transplante cardíaco

Os dados epidemiológicos são informações acerca de eventos ligados à saúde tais como patologias, prevalências e causas de mortalidade, sobrevida, etiologia da doença, entre outros. Esses dados permitem a construção de um perfil epidemiológico, subsídio importante para estabelecer intervenções e avaliações dos resultados (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

Neste estudo, o perfil epidemiológico restringiu-se à doença de base (GRAF. 2) e às co-morbidades (GRAF. 3).

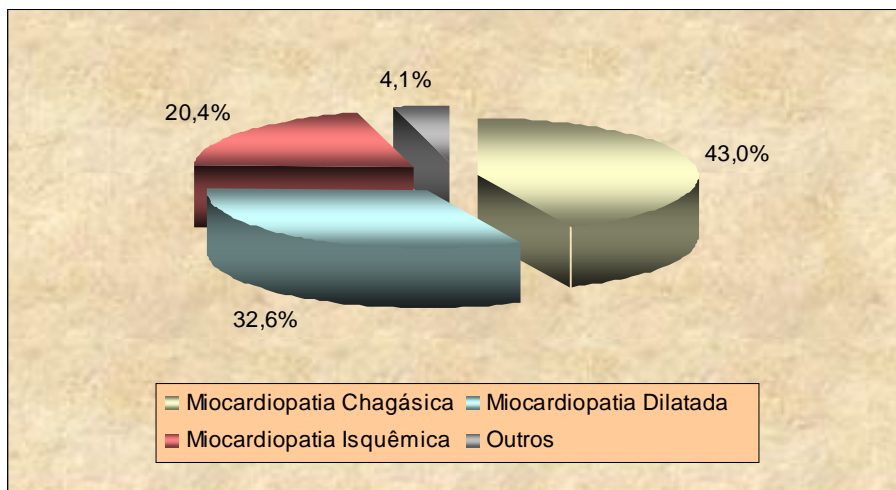


GRÁFICO 2 - Doenças de base que indicaram o transplante cardíaco no Hospital Felício Rocho, no período de 2003-2006. Belo Horizonte, 2009
 Fonte: Dados primários levantados em prontuários.

O transplante cardíaco é realizado em pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca classe III ou IV, estabelecidas pela *New York Heart Association* (NYHA), que apresentam sintomas incapacitantes ou risco de morte elevado dentro de um ano e sem outra possibilidade de tratamento (MOREIRA *et al.*, 1999). Essa condição foi respeitada para realização de todos os transplantes cardíacos realizados na instituição campo do estudo.

A miocardiopatia chagásica, miocardiopatia isquêmica e a miocardiopatia dilatada foram responsáveis por mais da metade dos transplantes cardíacos (96,0%) (GRAF. 2), sendo dentre outras miocardiopatias destacam-se as valvar e periparto.

Deve-se ressaltar que neste estudo a miocardiopatia de maior ocorrência foi a chagásica. Isso se justifica porque a doença de Chagas ainda é muito prevalente no Brasil, inclusive como uma doença endêmica em várias regiões.

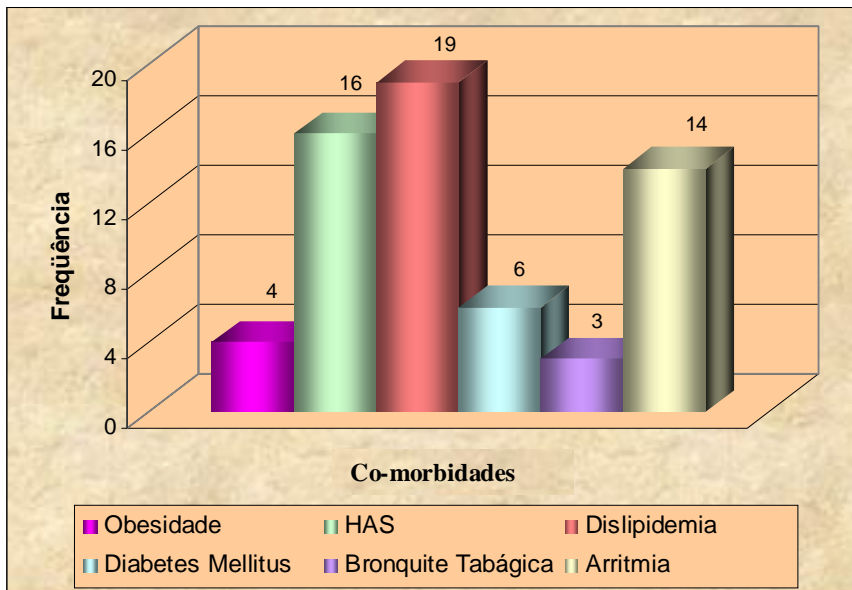


GRÁFICO 3 - Co-morbidades apresentadas por pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco no Hospital Felício Rocho, no período de 2003-2006. Belo Horizonte, 2009
 Fonte: Dados primários levantados em prontuários.

O percentual de pacientes com co-morbidades intimamente relacionadas com doenças cardiovasculares foi outro dado significativo. A maior frequência verificada consistiu na dislipidemia (19) e hipertensão arterial sistêmica (16), seguida das arritmias (14) (GRAF. 3). É importante ressaltar que as co-morbidades apresentadas por esses pacientes são muito relevantes para uma assistência sistematizada de enfermagem.

5.3 Perfil dos diagnósticos de enfermagem

Os diagnósticos identificados foram agrupados em domínios e classes e estão apresentados na FIG. 3.

(Continua)

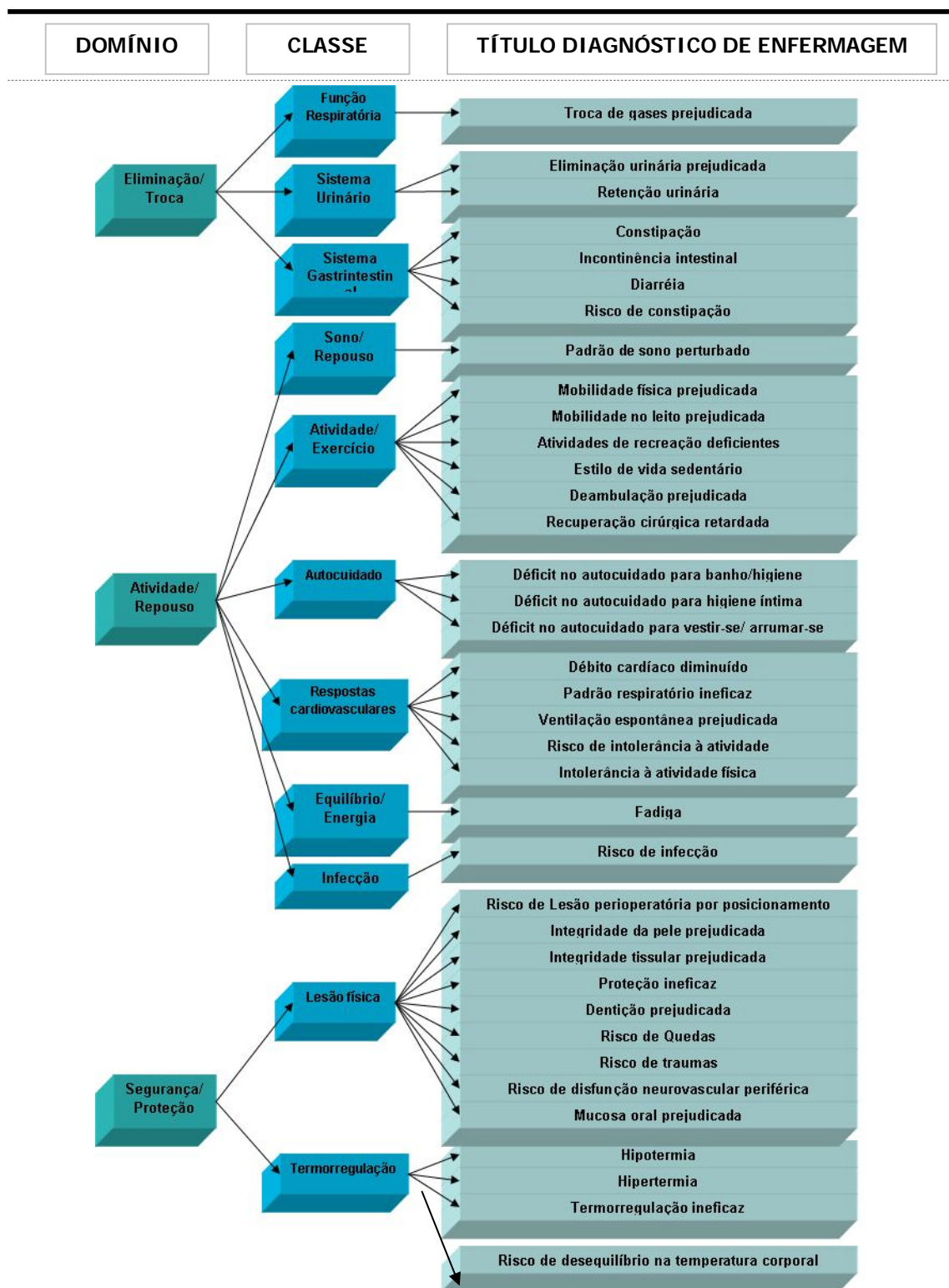


FIGURA 3 - Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco no Hospital Felício Rocho, no período de 2003-2006, agrupados conforme seus domínios e classes, de acordo com a Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte, 2009

(Conclusão)

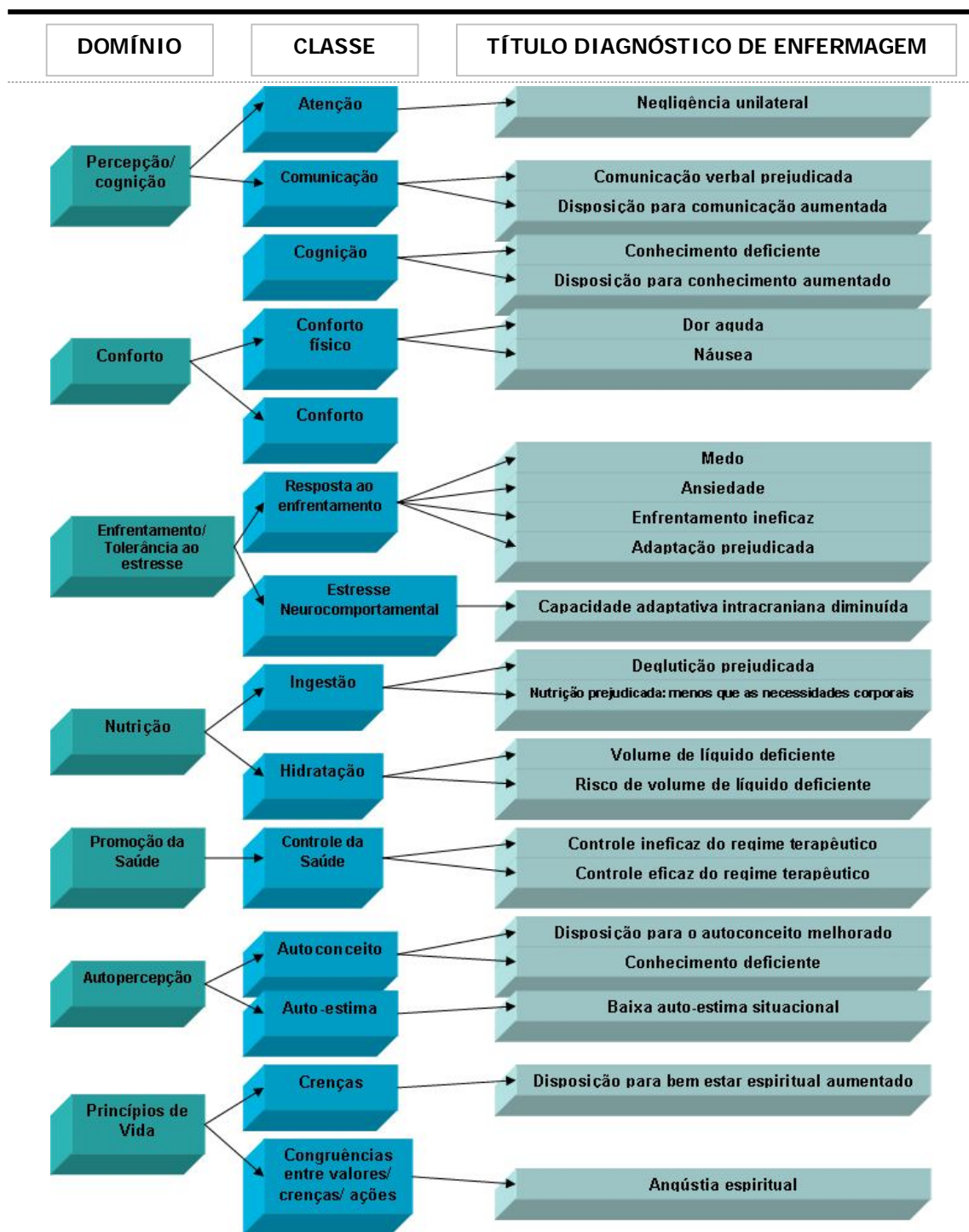


FIGURA 3 - Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco no Hospital Felício Rocho, no período de 2003-2006, agrupados conforme seus domínios e classes, de acordo com a Taxonomia II da NANDA. Belo Horizonte, 2009

Fonte: Dados primários levantados em prontuários.

A partir dos problemas registrados nos prontuários, foram elaborados 60 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 25 classes e 10 domínios, de acordo com a Taxonomia II da NANDA (2008). Ressalta-se que os 3 domínios não identificados neste estudo - "relacionamentos de papel", "sexualidade" e "crescimento / desenvolvimento" - são constituídos por diagnósticos que, pela condição do paciente em fase pós-operatória mediata de transplante cardíaco naturalmente não seriam encontrados. Este achado é importante e evidencia a pertinência da não identificação dos diagnósticos relativos a esses domínios e classes.

Os diagnósticos de enfermagem foram estruturados de acordo com o título, fatores relacionados, características definidoras e classificados ainda em necessidades humanas básicas segundo Horta (2005).

Detectou-se 60 diagnósticos que foram classificados nas áreas psicobiológica (46), psicossocial (11) e psicoespiritual (3). Constata-se, assim, mais uma vez o predomínio das necessidades psicobiológicas, o que é compreensível em se tratando de um paciente em pós-operatório mediato de uma cirurgia de grande porte, sujeito a instabilidade hemodinâmica entre outras. Nesta situação vivenciada por esses pacientes, o atendimento das necessidades psicobiológicas está mais diretamente relacionadas à manutenção da vida, portanto são manifestadas mais freqüentemente e, na maioria das vezes com atendimento prioritário.

Os diagnósticos apresentados apenas por um paciente foram agrupados na categoria "outros", como por exemplo, "dentição prejudicada" classificado na área psicobiológica. De modo geral, os pacientes que se encontram na fila de espera, um dos cuidados da equipe interdisciplinar prestado a estes pacientes em nível ambulatorial ou em Unidade de Internação é uma rigorosa avaliação e em casos necessários intervenção odontológica. Na área psicossocial, podemos mencionar "disposição para comunicação aumentada", que teve registro de uma paciente que demonstrou momentos de euforia durante o pós-operatório mediato. Na área psicoespiritual, a categoria "Outros" refere-se ao desejo manifestado por um paciente de escrever seus sentimentos e poesias, mas impossibilitado naquele momento. Esse desejo foi concretizado posteriormente com a publicação de um livro intitulado "O transplante é um baião-de-dois", no ano 2006, pela Editora Serpitem.

Considerando que o ser humano deve ser visto em sua totalidade e sendo as necessidades interrelacionadas, o desequilíbrio de uma necessidade desencadeia os desequilíbrios de várias outras do mesmo nível ou de nível superior como é o caso das psicossociais e espirituais (HORTA, 2005).

Apesar de as necessidades psicossociais e psicoespirituais apresentarem menor número de títulos diagnósticos em relação às psicobiológicas, algumas delas foram apresentadas por um percentual significativo de pacientes, como foi o caso da ansiedade (85,7%) e das necessidades ligadas às questões teológicas sendo 40,8% reais ("angústia espiritual") e 59,2% potenciais (risco de "angústia espiritual"). Esses diagnósticos estão discriminados na TAB. 1.

TABELA 1

Diagnósticos de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco no período 2003-2006, estruturados de acordo com a Taxonomia II da NANDA e classificados segundo as necessidades humanas básicas de Horta. Belo Horizonte, 2009

(Continua)

NHB AFETADAS		TÍTULO DIAGNÓSTICO	NT (49)	%	RELACIONADO A	n	%	CARACTERIZADO POR	n	%
Necessidades psicobiológicas	Oxigenação	Padrão respiratório ineficaz	39	79,6	Posição do corpo, fadiga, ansiedade, energia diminuída + Dor	39	100,0	Batimento da asa do nariz	39	100,0
						1	2,6	+ Dispnéia, uso de musculatura acessória para respirar, desequilíbrio da ventilação-perfusão	24	61,5
		Troca de gases prejudicada	39	79,6	Desequilíbrio ventilação-perfusão	39	100,0	Agitação, sonolência + Dispnéia + Confusão + Irritabilidade	39 38 8 1	100,0 97,4 20,5 2,6
		Ventilação espontânea prejudicada	20	41,0	Fadiga da musculatura respiratória	20	100,0	Dispnéia, agitação aumentada	20	100,0
	Integridade de cutâneo-mucosa	Mucosa oral prejudicada	34	69,4	Imunossupressão	34	100,0	Língua saburrosa + Dor / desconforto oral, estomatite	34 3	100,0 8,8
		Integridade da pele prejudicada	49	100,0	Procedimento cirúrgico	49	100,0	Invasão de estruturas do corpo (rompimento da derme e epiderme)	49	100,0
	Regulação vascular	Capacidade adaptativa intracraniana diminuída	9	18,4	Hipotensão sistêmica com hipertensão intracraniana	9	100,0	Aumento desproporcional da pressão intracraniana	9	100,0
		Integridade tissular prejudicada	33	67,3	Hipovolemia	33	100,0	Pressão sanguínea alterada, fora dos parâmetros aceitáveis	33	100,0
	Sono e repouso	Padrão do sono perturbado	11	22,4	Preocupação com o lar + Ansiedade e dor	10	91,0	Despertares prolongados	11	100,0
						9	81,8			
	Eliminação	Eliminação urinária prejudicada	36	73,5	Ato anestésico cirúrgico, infecção no trato urinário	36	100,0	Retenção urinária, disúria	36	100,0
		Constipação	8	16,3	Hábitos alimentares deficientes, desnutrição e desidratação prévios e imobilidade física	8	100,0	Mudança no padrão intestinal	8	100,0
		Risco de constipação	38	77,5	Imobilização no leito + Megacólon	38 21	100,0 55,3	-	-	-
		Diarréia	3	6,1	Efeitos adversos de medicamentos, infecção intestinal	3	100,0	Pelo menos 3 evacuações de fezes líquidas por dia	3	100,0

Nota: NT - Número total dos pacientes pesquisados: 49

n - Frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

TABELA 1

Diagnósticos de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco no período 2003-2006, estruturados de acordo com a Taxonomia II da NANDA e classificados segundo as necessidades humanas básicas de Horta. Belo Horizonte, 2009

(Continua)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	NT (49)	%	RELACIONADO A	n	%	CARACTERIZADO POR	n	%
Necessidades psicobiológicas	Regulação térmica	Termorregulação ineficaz	18	36,7	Diminuição do metabolismo Infecção	18	100,0	Flutuação na temperatura corporal, acima e abaixo dos parâmetros normais	18	100,0
		Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	31	63,3	Fatores de risco: taxa metabólica alterada, procedimentos invasivos	31	100,0	-	-	-
	Integridade física	Fadiga	33	67,3	Condição física debilitada, ansiedade	33	100,0	Queixa de cansaço e de falta de energia física	33	100,0
		Proteção ineficaz	49	100,0	Nutrição inadequada, imunossupressão	49	100,0	Deficiência na imunidade + Prejuízo na cicatrização	49 2	100,0 4,1
	Exercícios e Atividades físicas	Risco de intolerância à atividade	16	32,6	Problemas circulatórios / respiratórios, dor	16	100,0	-	-	-
		Mobilidade física prejudicada	33	67,3	Ansiedade, desnutrição, dor, força muscular diminuída	33	100,0	Relato verbal de fraqueza, desconforto ou dispnéia ao esforço, capacidade limitada	33	100,0
		Mobilidade no leito prejudicada	49	100,0	Cirurgia de grande porte	49	100,0	Presença de drenos, cateteres e sondas	49	100,0
	Nutrição	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	46	93,9	Incapacidade para ingerir ou digerir comida ou absorver nutrientes causada por insuficiência cardíaca congestiva IV prévia, dor, ansiedade, náusea	46	100,0	Peso corporal 20,0% ou mais abaixo do ideal	46	100,0
			Relato de ingestão de alimentos, menor que a porção diária recomendada	40	87,0					
			Falta de interesse por comida	3	6,5					
	Hidratação	Volume de líquido deficiente	26	53,1	Instabilidade hemodinâmica	26	100,0	Sede, aumento da concentração urinária e da temperatura corporal	26	100,0
			+ Pele seca / mucosas secas	18	69,2					
Diminuição do turgor da pele			16	61,5						
Regulação cardio-vascular	Débito cardíaco diminuído	43	87,7	Frequência cardíaca alterada	43	100,0	Fadiga, oligúria, edema, arritmias	43	100,0	

Nota: NT - Número total dos pacientes pesquisados: 49

n - Frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

TABELA 1

Diagnósticos de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco no período 2003-2006, estruturados de acordo com a Taxonomia II da NANDA e classificados segundo as necessidades humanas básicas de Horta. Belo Horizonte, 2009

(Continua)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	NT (49)	%	RELACIONADO A	n	%	CARACTERIZADO POR	n	%
Necessidades psicobiológicas	Regulação neurológica	Confusão aguda	8	16,3	Delírio	8	100,0	Flutuação no nível de consciência	8	100,0
	Cuidado corporal	Déficit no auto-cuidado para banho / higiene	3	6,1	Fraqueza, dor	3	100,0	Incapacidade de lavar / secar o corpo ou suas partes	3	100,0
	Regulação Imunológica	Risco de infecção	49	100,0	Procedimentos invasivos, desnutrição, imunossupressão, doença crônica, exposição ambiental aumentada a patógeno	49	100,0	-	-	-
	Locomoção	Deambulação prejudicada	49	100,0	Pós-operatório mediato de cirurgia de grande porte (24 h a 10 dias)	49	100,0	Capacidade prejudicada de andar	49	100,0
	Percepção dolorosa	Dor aguda	41	83,7	Procedimento cirúrgico de grande porte, invasivo	41	100,0	Relato verbal ou codificado + Evidência observada através da expressão facial + Mudanças no apetite e na alimentação Posição para evitar a dor	41 15 1 1	100,0 36,6 2,4 2,4
		Outros	20	-	-	-	-	-	-	-
Necessidades psicossociais	Comunicação	Conhecimento deficiente	5	10,2	Limitação cognitiva	1	20,0	Relato verbal de desconhecimento da doença	5	100,0
		Disposição para comunicação aumentada	8	16,3	Falta de familiaridade com os recursos de informação	4	80,0	Comportamento inadequado	4	80,0
								Expressa pensamentos, sentimentos e desejo de falar sobre sua cirurgia	8	100,0

Nota: NT - Número total dos pacientes pesquisados: 49

n - Frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

TABELA 1

Diagnósticos de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco no período 2003-2006, estruturados de acordo com a Taxonomia II da NANDA e classificados segundo as necessidades humanas básicas de Horta. Belo Horizonte, 2009

(Continua)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	NT (49)	%	RELACIONADO A	n	%	CARACTERIZADO POR	n	%
Necessidades psicossociais	Comunicação	Comunicação verbal prejudicada	11	22,4	Condições fisiológicas e emocionais + Percepções alteradas + Alteração da auto-estima + Efeito colateral de medicamentos	11	100,0	Fala com dificuldade	11	100,0
	Segurança	Ansiedade	42	85,7	Temor da morte Preocupação com mudança no estado de saúde Dificuldade de expressar seus sentimentos	33	78,6	Fadiga	35	83,3
						26	62,0	Preocupações expressas devido a mudanças em eventos da vida, insônia	26	61,9
						1	2,4	Angústia	20	47,6
								Nervosismo	4	9,5
								Agitação	2	4,7
							Medo de conseqüências inespecíficas	1	2,4	
	Medo		22	44,9	Pós-operatório de cirurgia de grande porte	22	100,0	Tensão aumentada + Relato de apreensão + Relato de náusea + Excitação, nervosismo, frequência respiratória aumentada e respiração curta, pressão sanguínea sistólica aumentada, pulso aumentado	22	100,0
								+ Relato de apreensão	9	41,0
								+ Relato de náusea	1	4,5
								+ Excitação, nervosismo, frequência respiratória aumentada e respiração curta, pressão sanguínea sistólica aumentada, pulso aumentado	1	4,5
	Auto-realização	Auto-estima baixa situacional	4	8,2	Prejuízo funcional	4	100,0	Relata verbalmente desafio situacional atual ao seu próprio valor	4	100,0
								+ Verbalizações auto-negativas	1	25,0
	Recreação	Atividades de recreação deficientes	46	93,9	Pós-operatório de cirurgia de grande porte e ambiente	46	100,0	Enfado, desejo de que houvesse algo para fazer	37	80,4
								Relatos de que passa-tempos habituais não podem ser realizados	9	19,6
	Outros		4	-	-	-	-	-	-	-

Nota: NT - Número total dos pacientes pesquisados: 49

n - Frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

TABELA 1

Diagnósticos de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco no período 2003-2006, estruturados de acordo com a Taxonomia II da NANDA e classificados segundo as necessidades humanas básicas de Horta. Belo Horizonte, 2009

(Conclusão)

NHB AFETADAS / HORTA		TÍTULO DIAGNÓSTICO / NANDA	NT (49)	%	RELACIONADO A	n	%	CARACTERIZADO POR	n	%
Necessidades psicoespirituais	Religiosa ou teológica	Angústia espiritual	20	40,8	Transplante cardíaco	20	100,0	Preocupação com a morte e o morrer*	15	75,0
								Demonstração de insegurança*		
								Demonstração de ansiedade*		
		Verbalizar falta de esperança								
Verbalizar estar separado do sistema de apoio										
Expressar problemas emocionais*										
Verbalizar sentir culpa										
Apresentar alteração do comportamento *	14	70,0								
Apresentar alteração de humor*										
Recusa a integrar-se com pessoas significativas										
Verbalizar desejo de saber as características do doador*	7	35,0								
Demonstrar inquietação*										
Solicitação de um líder religioso										
Mudança repentina nas práticas espirituais	4	25,0								
Alienação										
		Risco de angústia espiritual	29	59,2	Transplante cardíaco	29	100,0	-	-	-
		Outro	1	-	-	-	-	-	-	-

Nota: NT - Número total dos pacientes pesquisados: 49

n - Frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem

* Não desenvolvido pela NANDA

Considerando a grande variação de frequência desses diagnósticos decidiu-se, aleatoriamente, que a fidedignidade somente fosse buscada com aqueles cuja frequência fosse \geq a 40,0%. Dessa forma foram selecionados 24 diagnósticos.

Desses, 4 eram diagnósticos de risco, portanto, sem características definidoras. Assim, o instrumento para se obter o índice de fidedignidade (IF) foi constituído por 20 diagnósticos de enfermagem e suas características definidoras.

Os asteriscos (*) presentes na TAB. 1 representam características definidoras que não foram desenvolvidos pela NANDA, mas que foram por nós consideradas características definidoras do diagnóstico de enfermagem "angústia espiritual" identificados nos prontuários.

Os diagnósticos foram resultantes da avaliação de quatro juízes (enfermeiras especialistas) que analisaram as 85 características definidoras dos mesmos. Dentre os especialistas, apenas um não concordou com 2 das características analisadas pelos demais especialistas. Assim, obteve-se um IF de 99,0%, considerado significativo neste estudo, pois segundo Batista (1977) o índice é aceitável acima de 70,0%.

Optou-se também por delinear o perfil diagnóstico de enfermagem com aqueles diagnósticos manifestados por no mínimo 40,0% dos pacientes. Assim, os pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco apresentaram:

Troca de gases, ventilação espontânea, mucosa oral, integridade da pele, integridade tissular, eliminação urinária, deambulação, mobilidade física e deambulação prejudicadas; padrão respiratório e proteção ineficazes; volume de líquido e atividades de recreação deficientes; débito cardíaco diminuído; fadiga; dor aguda; ansiedade; medo e angústia espiritual; riscos de desequilíbrio na temperatura corporal, de nutrição desequilibrada, de constipação, de infecção e de angústia espiritual

Os dados para este estudo foram criteriosamente obtidos dos prontuários, no entanto, permite-se inferir que o perfil diagnóstico acima delineado pode estar subestimado. Esta inferência se justifica, pois sabe-se que membros da equipe de enfermagem identificam problemas, principalmente das áreas psicossociais e psicoespirituais, fazem as devidas intervenções de enfermagem, mas, em geral, não os registram no prontuário. É possível que isto ocorra pelo fato de não terem

consciência de que problemas destas áreas são legitimamente integrantes da assistência de enfermagem, ou mesmo por receio de não serem compreendidos e até mesmo criticados.

Considera-se importante ressaltar que o perfil diagnóstico de enfermagem delineado juntamente com suas características definidoras mais freqüentes registradas na TAB. 1 poderão subsidiar a construção de instrumentos informatizados compatíveis com a dinâmica de Centros de Tratamento Intensivo. Como estes resultados não são generalizados por não serem resultantes de estudo probabilístico, podem subsidiar os enfermeiros despertando-os para identificarem estes diagnósticos em seus pacientes e ainda constituindo em elementos de novas pesquisas, principalmente com enfoque na validação destes diagnósticos.

Retomando alguns passos metodológicos, reafirmamos que para identificar o diagnóstico de enfermagem a ser validado foi apresentado a 20 enfermeiros especialistas em Terapia Intensiva Cardiovascular um instrumento (APÊNDICE D), contendo os 24 diagnósticos de enfermagem apresentados por, no mínimo, 40,0% dos pacientes.

Foi solicitado a esses enfermeiros que destacassem no instrumento os diagnósticos considerados por eles como sendo os mais evidentes e que posteriormente marcassem com um círculo os diagnósticos que considerassem como os mais característicos apresentados por pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco.

Da listagem apresentada foram destacados por no mínimo 50,0% dos especialistas 12 diagnósticos considerados por eles como sendo os mais evidentes em pacientes submetidos ao procedimento em questão. Esses diagnósticos foram agrupados nas áreas psicossociais, psicobiológicas e psicoespirituais e estão discriminados na TAB. 2.

TABELA 2

Diagnósticos de enfermagem considerados mais evidentes em pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco, no Hospital Felício Rocho, segundo especialistas em Terapia Intensiva Cardiovascular. Belo Horizonte, 2009.

Diagnósticos de Enfermagem		F	%
<i>Psicossocias</i>	Ansiedade	10	50,0
	Medo	11	55,0
<i>Psicobiológicas</i>	Dor aguda	10	50,0
	Volume de líquido prejudicado	10	50,0
	Risco de constipação	11	55,0
	Padrão respiratório ineficaz	15	75,0
	Mobilidade física prejudicada	15	75,0
	Fadiga	15	75,0
	Integridade tissular prejudicado	17	85,0
	Débito cardíaco diminuído	17	85,0
	Risco para infecção	20	100,0
<i>Psicoespiritual</i>	Angústia espiritual ou risco de	20	100,0

Fonte: Dados primários levantados em questionário.

Dentre os 12 diagnósticos mais evidentes segundo enfermeiros especialistas, o de “angústia espiritual” foi considerado como o mais característico de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco, por 100,0% desses profissionais. Assim, este diagnóstico tornou-se alvo de validação neste estudo.

5.4 Validação do diagnóstico de enfermagem de “angústia espiritual”

A validação do diagnóstico “angústia espiritual” foi realizada junto a 54 enfermeiros especialistas, com experiência na assistência a pacientes submetidos a transplante de órgãos, na assistência a pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular, em terapia intensiva e em sistematização da assistência de enfermagem.

5.4.1 Características profissionais dos enfermeiros especialistas participantes da validação do diagnóstico de “angústia espiritual”

TABELA 3

Caracterização dos enfermeiros especialistas que participaram da validação do diagnóstico de “angústia espiritual” apresentada por pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco, no Hospital Felício Rocho, período de 2003-2006. Belo Horizonte, 2009

CARACTERÍSTICA	Categoria	Nº	%
CIDADE ONDE TRABALHAM	Betim	1	1,9
	Belo Horizonte	46	85,2
	Contagem	2	3,7
	Nova Lima	4	7,4
	Não informado	1	1,8
	Total	54	100,0
ÁREA DE ATUAÇÃO	Assistência	54	100,0
	+ Ensino	20	37,0
	+ Pesquisa	10	18,5
TITULAÇÃO ACADÊMICA	Especialização	49	90,7
	Mestrado	3	5,6
	Doutorado	2	3,7
	Total	54	100,0
TRABALHOU OU TRABALHA UTILIZANDO OS DIAGNÓSTICOS DA NANDA	Sim	52	96,3
	Não	2	3,7
	Total	54	100,0
TRABALHOU OU TRABALHA COM O TEMA “ANGÚSTIA ESPIRITUAL”	Sim	47	87,0
	Não	6	11,1
	Não informado	1	1,9
	Total	54	100,0
TRABALHOU OU TRABALHA COM O TEMA “ESPIRITUALIDADE”	Sim	13	24,0
	Não	30	55,6
	Não informado	11	20,4
	Total	54	100,0

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário.

Dentre os 54 enfermeiros especialistas, 49 (sexo feminino) e 5 (sexo masculino), a maioria (85,2%) trabalha em hospitais de Belo Horizonte e todos os 54 atuam ou atuaram na assistência em terapia intensiva pois este foi um dos critérios para participar do estudo. Além dessa área de atuação, 20 enfermeiros (37,0%) também atuam no ensino e 10 (18,5%) na área de pesquisa. Destaca-se que, dentre estes enfermeiros, havia 5 com pós-graduação *sensu stricto* (3 mestres e 2 doutores). A quase totalidade dos enfermeiros (96,3%) trabalha ou já trabalhou com a taxonomia da NANDA (TAB. 3).

Embora 6 (11,1%) desses enfermeiros tenham registrado que não trabalham ou trabalharam com o tema “angústia espiritual”, mencionaram uma ou mais falas de pacientes que expressam relação com o diagnóstico de “angústia espiritual” e espiritualidade como exemplificadas:

“Uma paciente que está com idade acima de 40 anos disse que se sentia com quinze anos de idade depois do transplante, assim como era a sua doadora e que a vontade dela era até de debutar!”.

“Um dia, um paciente me perguntou: será que eu vou passar a ter as mesmas vontades e o jeito de viver do meu doador?”.

“Um paciente me relatou durante a visita que o seu maior medo era descobrir que o seu doador não era uma pessoa honesta, temente a Deus...”.

“Um deles falou que torcia para que o seu doador não tivesse tido, em nada, um passado com vícios, como uso de drogas ou outra coisa ruim...”.

“A gente e um paciente comentou que ele achava mesmo que tinha ficado muito mais sensível depois que recebeu um coração novo...”.

“Muitas vezes, ouvi deles que passaram a ter alguns medos após o transplante cardíaco, e relacionavam esse sentimento ao enxerto do doador...”.

Assim, pode-se dizer que, mesmo registrando que não trabalham com esse diagnóstico, esses profissionais observam manifestações de “angústia espiritual”, podem caracterizar esse tema como citado por eles.

Se estes especialistas observam esse tipo de manifestação e dizem que não trabalham com o tema “angústia espiritual”, pode-se supor que o problema esteja relacionado à formação profissional, pois, segundo Benko e Silva (1996), o ensino da graduação ainda deixa a desejar no que se refere aos temas “angústia espiritual” e “espiritualidade”.

Segundo Leão (2007) existe uma lacuna na formação do enfermeiro quanto à assistência espiritual ao paciente, com prejuízo para as habilidades comunicativas, tais como a escuta reflexiva e atenta, que estimula o paciente a expressar seus sentimentos e comentários inerentes a essa necessidade. Conseqüentemente, a identificação do diagnóstico de enfermagem de “angústia espiritual” se torna mais difícil.

5.4.2 Confirmação do conceito de “angústia espiritual” junto a enfermeiros especialistas

Chaves *et al.* (2008) afirmam que é difícil a construção de um conceito de “angústia espiritual” por estar relacionado a uma resposta subjetiva e individual do ser humano. Para essas autoras, a definição desse conceito compreende o significado e propósito da vida, conexão e transcendência.

Quanto ao conceito do diagnóstico de enfermagem de “angústia espiritual” da NANDA (2008, p. 129) apresentado aos enfermeiros como sendo “capacidade prejudicada de experimentar e integrar o significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com outros, arte, música, literatura, natureza e um ser maior”, houve uma concordância de 98,1% desses especialistas com esse conceito.

5.4.3 Validação das características definidoras do diagnóstico de “angústia espiritual”

O instrumento elaborado para validação das características definidoras de “angústia espiritual” constou de uma listagem das 28 características definidoras do diagnóstico de enfermagem “angústia espiritual” já definidas pela NANDA; 9 características definidoras dentre as 15 identificadas nos prontuários dos pacientes, que não eram comuns às 28 já mencionadas e ainda 7 características definidoras dos diagnósticos de “medo” e “ansiedade” (NANDA, 2008) que foram utilizadas como características de confusão. Portanto, esse instrumento (APÊNDICE E) foi constituído por 43 características definidoras de diagnósticos de enfermagem.

Os enfermeiros qualificaram, segundo a pertinência, cada uma das características definidoras a eles apresentadas. Esta qualificação foi transformada nos valores numéricos segundo a escala (p. 58) cujo tratamento estatístico resultou na média ponderada das mesmas.

Pela escala adotada não se obteve nenhuma característica nas categorias “pouco pertinente” e “nada pertinente”.

As características definidoras foram agrupadas em: NANDA, NANDA / PRONTUÁRIOS (características comuns da NANDA e prontuário), PRONTUÁRIOS (características não constantes da NANDA) e DE CONFUSÃO. Estas estão apresentadas numericamente e em ordem decrescente, segundo a média ponderada obtida em cada característica na TAB 4.

Das 43 características definidoras de diagnósticos de enfermagem submetidos à validação, o maior percentual é “de algum modo pertinente” (41,9%) ao diagnóstico validado. É importante destacar que esse percentual está mais associado aos diagnósticos de enfermagem da NANDA que não foram identificados nos prontuários dos pacientes e das apresentadas para confusão.

TABELA 4

Síntese numérica das características definidoras de “angústia espiritual” constantes na NANDA, identificadas nos prontuários dos pacientes e de confusão, segundo a média ponderada dos escores obtidos pela análise dos especialistas.

Belo Horizonte, 2009

	NANDA		NANDA / PRONTUÁRIO *		PRONTUÁRIO		DE CONFUSÃO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Muitíssimo pertinente	1	4,8	3	43,0	6	67,0	1	16,7	11	25,6
Muito pertinente	8	38,1	3	43,0	2	22,0	1	16,7	14	32,5
De algum modo pertinente	12	57,1	1	14,0	-	11	5	66,6	18	41,9
Total	21	100,0	7	100,0	8,0	100,0	7	100,0	43	100,0

Fonte: Dados primários obtidos da NANDA (2008) e prontuários.

Nota: *Características definidoras comuns da NANDA e prontuário.

As características definidoras validadas segundo os escores obtidos estão discriminadas na TAB. 5.

TABELA 5

Características definidoras de "angústia espiritual" constantes na NANDA, identificadas nos prontuários dos pacientes e de confusão, segundo a média ponderada dos escores obtidos pela análise dos especialistas. Belo Horizonte, 2009

(Continua)

	NANDA		PRONTUÁRIOS		DE CONFUSÃO	
	Característica definidora	Média	Característica definidora	Média	Característica definidora	Média
MUITÍSSIMO PERTINENTE	-	-	Apresentar alteração de humor	0,83	-	-
	-	-	Demonstração de insegurança	0,83	-	-
	-	-	Demonstração de ansiedade	0,81	-	-
	-	-	Preocupação com a morte e o morrer	0,81	-	-
	Expressa mudança repentina nas práticas espirituais	0,80	Expressa mudança repentina nas práticas espirituais	0,80	-	-
	-	-	Expressar problemas emocionais	0,79	-	-
	-	-	-	-	Insônia	0,78
	-	-	Apresentar alteração de comportamento	0,78	-	-
	Expressa falta de esperança	0,76	Verbalizar falta de esperança	0,76	-	-
	Verbaliza estar separado do seu sistema de apoio	0,75	Verbalizar estar separado do sistema de apoio	0,75	-	-
	Não se interessa pela literatura espiritual	0,75	-	-	-	-
MUITO PERTINENTE	É incapaz de rezar	0,74	-	-	-	-
	-	-	Demonstrar inquietação	0,69	-	-
	Enfrentamento insatisfatório	0,68	-	-	-	-
	Raiva	0,68	-	-	-	-
	Expressa desesperança	0,69	-	-	-	-
	É incapaz de experimentar o transcendente	0,64	-	-	-	-
	-	-	-	-	Demonstra agitação	0,63
	Solicita conversar com um líder religioso	0,59	Solicitação de um líder religioso	0,59	-	-
	Expressa falta de coragem	0,58	-	-	-	-
	-	-	Verbalizar desejo de saber as características do doador	0,58	-	-
	Recusa integrar-se com pessoas significativas	0,56	Recusa a integrar-se com pessoas significativas	0,56	-	-
	Culpa	0,52	Verbalizar sentir culpa	0,52	-	-
	Falta de significado na vida	0,50	-	-	-	-
Incapacidade de introspecção	0,50	-	-	-	-	

TABELA 5

Características definidoras de "angústia espiritual" constantes na NANDA, identificadas nos prontuários dos pacientes e de confusão, segundo a média ponderada dos escores obtidos pela análise dos especialistas. Belo Horizonte, 2009

(Conclusão)

	NANDA		PRONTUÁRIOS		DE CONFUSAO	
	Característica definidora	Média	Característica definidora	Média	Característica definidora	Média
DE ALGUM MODO PERTINENTE	É incapaz de participar de atividades religiosas	0,47	-	-	-	-
	É incapaz de expressar estado de criatividade anterior	0,42	-	-	-	-
	Não se interessa pela natureza	0,39	-	-	-	-
	-	-	-	-	Relato de auto-segurança diminuída	0,49
	Expressa alienação	0,46	Alienação	0,46	-	-
	-	-	-	-	Apreensivo	0,46
	Expressa falta de aceitação	0,41	-	-	-	-
	-	-	-	-	Capacidade de aprendizagem diminuída	0,37
	Expressa sofrimento	0,36	-	-	-	-
	Expressa falta de serenidade	0,36	-	-	-	-
	Recusa a integrar-se com líderes espirituais	0,35	-	-	-	-
	-	-	-	-	Relato de tensão aumentada	0,34
	Expressa falta de finalidades na vida	0,33	-	-	-	-
	Expressa ter sido abandonado	0,32	-	-	-	-
	Expressa falta de amor	0,30	-	-	-	-
Expressa raiva de Deus	0,29	-	-	-	-	
Expressa falta de auto-perdão	0,27	-	-	Nervosismo	0,27	
POUCO PERTINENTE	-	-	-	-	-	-
NADA PERTINENTE	-	-	-	-	-	-

Fonte: Dados primários levantados por meio da NANDA (2008) e prontuários.

Ainda, verificou-se que 25 (58,1%) características definidoras de diagnósticos de enfermagem submetidos à validação obtiveram escores $\geq 0,50$, ou seja: "muitíssimo pertinente" (11-25,6%) apresenta alteração no humor; demonstra insegurança; demonstra ansiedade; preocupação com a morte e o morrer; expressa mudança repentina nas práticas espirituais; expressa problemas emocionais; apresenta alteração de comportamento; verbaliza falta de esperança; verbaliza estar separado do sistema de apoio; não se interessa pela literatura espiritual; insônia; "muito pertinente" (14-32,5%) incapaz de rezar; demonstra inquietação; enfrentamento insatisfatório; raiva; expressa desesperança; é incapaz de experimentar o transcendente; demonstra agitação; solicitação de um líder religioso; expressa falta de coragem; verbaliza desejo de saber as características do doador; recusa a integrar-se com pessoas significativas; verbaliza sentir culpa; falta de significado na vida; incapacidade de introspecção. Destaca-se que das características das colocadas para confusão, duas delas (insônia e agitação) estão nesta classificação.

Segundo Houaiss *et al.* (2007), agitação, característica definidora validada neste estudo, significa perturbação moral, psíquica; inquietação; estado de preocupação; desassossego que impede o repouso, a paz, a tranqüilidade; nervosismo; ato de preocupar-se com o que está além dos seus conhecimentos. Para os mesmos autores, o termo refere-se ainda às inquietações do espírito e às inquietações metafísicas.

As demais, 18 (41,9%), apresentaram escores $\leq 0,50$ (0,27 a 0,49). Porém, todas estas foram consideradas "de algum modo pertinente", incluindo-se aí as outras 4 características de confusão: relato de auto-segurança diminuída, apreensivo, capacidade de aprendizagem diminuída, nervosismo e relato de tensão aumentada.

Esses achados devem ser elucidados por meio de pesquisas e de validação clínica pelo fato de terem obtidos escores significativos.

S INTETIZANDO...



6 SINTETIZANDO...

Sabe-se que todo e qualquer trabalho de pesquisa apresenta limitações que podem estar ligadas a alguns aspectos seja ao método, ao pesquisador, aos sujeitos, aos custos e ao próprio processo de construção de saberes específicos, entre outros. Portanto, este estudo não é exceção.

Por se tratar de um estudo retrospectivo, cujos dados foram identificados nos prontuários dos pacientes, considera-se que os resultados podem estar subestimados, uma vez que é de conhecimento geral que algumas intervenções de enfermagem são realizadas pelos profissionais após observações de queixas sem, no entanto registrá-las. Tais fatos talvez possam ter ocorrido por não darem a devida importância a essas ações ou por considerar desnecessário o registro delas por não decorrerem de prescrições de enfermeiros ou de outros profissionais.

Outra limitação a ser considerada refere-se a não localização de dados nos prontuários, considerados significativos para uma correta identificação dos fatores relacionados, que são necessários para uma completa estruturação de diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA. No entanto, estas dificuldades não influenciaram nos resultados, uma vez que estas situações ocorreram em diagnósticos apresentados por apenas um paciente e, portanto, agrupados na categoria "outros", que não foi motivo de análise.

Consideramos ter alcançado os objetivos propostos traçando o perfil demográfico, epidemiológico e de diagnóstico de enfermagem e validando o diagnóstico considerado mais característico para os pacientes submetidos a transplante cardíaco.

Quanto ao perfil demográfico, epidemiológico e de diagnóstico de enfermagem dos pacientes submetidos a transplante cardíaco no hospital campo de estudo, no período de 2003 a 2006, têm-se em síntese que:

- ↳ Houve um predomínio de pacientes do sexo masculino, com idade de 41 a 50 anos, casados, católicos e de procedência de Belo Horizonte do interior de Minas Gerais. A escolaridade mostrou-se variada, com predomínio do Ensino Fundamental incompleto. Considerável número desses pacientes é aposentado ou "do lar".

- ↳ A miocardiopatia chagásica constituiu na principal indicação para o transplante cardíaco seguida pela miocardiopatia dilatada, miocardiopatia isquêmica e outras cardiopatias.

- ↳ As co-morbidades mais freqüentemente encontradas entre os pacientes foram: dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica e arritmias, seguida do diabetes *mellitus*, obesidade e bronquite tabágica. Estas são, sem dúvida, agravantes da condição do pós-operatório mediato de transplante cardíaco que influenciam nos diagnósticos de enfermagem.

- ↳ O perfil diagnóstico de enfermagem está assim delineado:
Os pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco em centro de tratamento intensivo apresentam: troca de gases, ventilação espontânea, mucosa oral, integridade da pele, integridade tissular, eliminação urinária, deambulação, mobilidade física e deambulação prejudicadas; padrão respiratório e proteção ineficazes; volume de líquido e atividades de recreação deficientes; débito cardíaco diminuído; fadiga; dor aguda; ansiedade; medo e angústia espiritual; riscos de: desequilíbrio na temperatura corporal, de nutrição desequilibrada, de constipação, de infecção e de angústia espiritual.

- ↳ O diagnóstico de enfermagem considerado pelos enfermeiros especialistas como o mais característico de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco, foi o de “angústia espiritual”, sendo este o diagnóstico validado.

- ↳ Houve concordância de 98,1% dos enfermeiros especialistas sobre a definição do diagnóstico de enfermagem de “angústia espiritual” segundo a NANDA (2008).

- ↳ Todas as características definidoras submetidas à validação foram consideradas pelos enfermeiros especialistas como sendo pertinentes

inclusive as de confusão (7). Destaca-se que, das 15 características de “angústia espiritual” identificadas nos prontuários dos pacientes a maioria (9-60,0%) não se encontra discriminadas nas características definidoras de “angústia espiritual” da NANDA (2008).

- ↳ De acordo com a escala utilizada, a maioria das características definidoras (9-60%) foram consideradas muitíssimo pertinentes e 5 (33,5%) muito pertinentes ao diagnóstico de enfermagem de “angústia espiritual”. Apenas uma (alienação) foi considerada de algum modo pertinente.
- ↳ Merece destaque o fato de que das 7 (sete) características dos diagnósticos de enfermagem de medo e ansiedade colocadas para “confusão” 1 (insônia) foi considerada muitíssimo pertinente e 1 (agitação) muito pertinente. Este achado remete a necessidade de reflexão e pesquisas.
- ↳ Subsidiado na literatura para elaboração dos capítulos referentes ao pós-operatório mediato de transplante cardíaco e validação do diagnóstico de enfermagem de “angústia espiritual”, este estudo apresenta, em síntese:
 - * Referências de que a relação entre espiritualidade e saúde tem sido objeto de investigações recentes, em que se tem demonstrado que a mesma influencia o estado físico e mental das pessoas.
 - * Outro ponto essencial nos estudos é o fato de que as crenças pessoais e espirituais são uma fonte de conforto e bem-estar físico e mental das pessoas e influenciam nos aspectos cognitivos, nos afetos, na motivação do ser humano e na redução da incidência de doenças.
 - * Pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco, independentemente do caráter religioso, expressam sentir que há algo além de si mesmo ou da própria existência, embora muitas não saibam diferenciar ou explicar esse sentimento.

* Espiritualidade é aquilo que dá sentido à vida. É um sentimento pessoal que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de tornar suportável uma variada gama de sentimentos aflitivos e debilitantes tais como culpa, raiva e ansiedade.

* Religiosidade e espiritualidade são relacionadas, mas não podem ser consideradas como sinônimos. Religiosidade abarca um sistema de culto e doutrina compartilhado por um grupo tendo características comportamentais, sociais, doutrinárias e valores específicos. Espiritualidade relaciona-se com o transcendente individual acerca de questões essenciais sobre o significado da existência humana e seu propósito, bem como com o pressuposto de que há algo mais na vida do que o que pode ser visto ou plenamente entendido.

- ↳ Menção de que a legislação brasileira é uma das mais avançadas no mundo no que se refere aos transplantes de órgãos, embora muito se tenha a fazer para o aprimoramento dos aspectos ético-legais que envolvem os transplantes de órgãos no Brasil.
- ↳ O Hospital Felício Rocho, em Belo Horizonte, campo do estudo, é um grande centro de referência no Brasil e em Minas Gerais, sendo o hospital que mais fez transplante cardíaco (140 transplantes) neste Estado, no período de 1986 a 2008.
- ↳ O desenvolvimento deste estudo revela ainda a importância da integração ensino serviço como eixo de sustentação para o desenvolvimento de pesquisas na área de enfermagem.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para o enriquecimento do corpo de conhecimento específico de enfermagem, estimule reflexões e desperte interesse na comunidade científica, de forma a reforçar a necessidade de abordar nas práticas de enfermagem, além das dimensões psicobiológicas e sociais a

dimensão espiritual. Essa última dimensão foi revelada neste estudo de validação como questão central da experiência humana vivenciada por essa clientela.

REFLEXÕES SOBRE "ANGÚSTIA ESPIRITUAL"



7 REFLEXÕES SOBRE “ANGÚSTIA ESPIRITUAL”: Das concepções às singularidades do paciente em pós-operatório mediato de transplante cardíaco

A busca do sentido da vida é uma característica humana, e esta se origina na dimensão espiritual. Dessa maneira o sentido da vida é buscado e encontrado pelo próprio homem
Huf

A “angústia espiritual”, segundo Carpenito-Moyet (2005), é um estado em que a pessoa encontra-se em risco de apresentar um distúrbio no seu sistema de valores que lhe proporciona força, esperança e significado para a vida. O bem-estar espiritual pode ser compreendido como a harmonia e a interconexão de relacionamentos. Esta, por sua vez, pode abranger a espiritualidade para superação da fase de sofrimento, angústia e desespero.

Na literatura e na prática assistencial encontram-se abordagens que defendem que o diagnóstico de enfermagem de “angústia espiritual” está relacionado a conflitos entre crenças, intervenções e tratamentos propostos além de sistemas de valores caracterizados por questionamentos da própria existência e manifestação de solidão, abandono e raiva que podem estar relacionados às necessidades espirituais. Os sinais de “angústia espiritual” são manifestações que englobam aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais (CHAVES *et al.*, 2008).

Em nosso estudo ficou evidenciado que o diagnóstico de enfermagem de “angústia espiritual” (ou risco de) foi considerado pelos especialistas como o mais característico em pacientes no pós-operatório mediato de transplante cardíaco.

A definição do diagnóstico de enfermagem “angústia espiritual” como apresentada pela NANDA (2008, p. 129), é “a capacidade prejudicada de experimentar e integrar o significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com outros, arte, música, literatura, natureza e um ser maior” foi aceito pelos enfermeiros especialistas que contribuíram com este estudo.

Na validação das características definidoras neste estudo, as expressões de: mudanças repentinas nas práticas espirituais, falta de esperança, insegurança, ansiedade, alteração de humor e de comportamento, falta de interesse pela literatura espiritual, problemas emocionais, insônia, preocupação com a morte e o morrer e

por estar separado do sistema de apoio foram consideradas muitíssimo pertinentes ao diagnóstico de enfermagem de “angústia espiritual”. Para esse mesmo diagnóstico foram consideradas como muito pertinentes a incapacidade de: experimentar o transcendente, de rezar, de introspecção, enfrentamento; demonstra inquietação, desesperança, falta de coragem, culpa, raiva, agitação, falta de significado na vida, desejo de saber as características do doador, desejo de falar com um líder religioso.

Atualmente, a espiritualidade tem sido consideravelmente enfatizada em publicações na área da saúde. Pesquisadores reconhecidos por sua produção científica em áreas tais como, neurociência, psiquiatria, psicologia, ortopedia e fisioterapia a têm inserido em estreita relação com os principais fatores determinantes do bem-estar e de recuperação da saúde dos pacientes. Cruz *et al.* (2007) e Koenig (2000) enfatizam o reconhecimento da espiritualidade como fator determinante do sucesso do tratamento dos enfermos, principalmente, por terem-na como absolutamente inseparável dos demais aspectos - biológicos, psicossociais, socioeconômicos e culturais - que circundam a vivência com as doenças e em toda a experiência humana.

O que se tem percebido é que a espiritualidade está presente na busca de significado pelo homem para sua existência e para compreensão de eventos em sua vida. Questionamentos existenciais são ressaltados pelo ser humano, no momento de debilidade física, buscando compreender o momento que está se vivenciando. E é na vivência desses episódios que a espiritualidade torna-se de certa forma um suporte, um refúgio na busca de uma compreensão e apoio (GEHLEN *et al.*, 2008).

Não há mais como omitir ou ignorar a dimensão espiritual presente no ser humano e no cuidado. Para que essa dimensão seja efetivamente incorporada nas práticas dos profissionais de saúde, faz-se necessário que estes trabalhem sua própria dimensão espiritual. Portanto, entende-se que no processo de cuidar é importante estar atento para as crises existenciais e emocionais do ser humano a ser cuidado.

Consideramos, portanto, oportuno destacar algumas abordagens e concepções sobre a espiritualidade como fundamento essencial do existir e como componente inseparável da experiência humana, abordando-a também no processo de enfermidade e na prática profissional em saúde.

No estudo de Maugans (1996), encontra-se a definição do termo espiritualidade como um sistema de crenças que enfoca componentes intangíveis e imponderáveis, que transmite vitalidade e significado aos eventos da vida. Este autor afirma ainda que, a espiritualidade é capaz de desencadear movimentos, energias e iniciativas extremamente positivas, proporcionando potencial ilimitado de contribuição à qualidade de vida da pessoa. As implicações da espiritualidade na saúde e na recuperação das pessoas doentes vêm sendo estudadas cientificamente e documentadas em artigos científicos. O autor ressalta ainda que as pessoas religiosas são fisicamente mais saudáveis, têm estilos de vida e comportamentos mais salutar, adaptando-se com mais sucesso às situações de crise, de saúde e estresse do que as demais pessoas.

O autor acima referido pontua ainda que há uma associação entre espiritualidade e saúde que provavelmente é válida e possivelmente causal. Essa dimensão de bem-estar transcende o mundo e a vida cotidiana e subsidia-se em questionamentos pessoais com perguntas de caráter existencial, de significações e propósitos acerca do sofrimento individual, familiar e repercussões em si próprios e nas pessoas pertencentes aos grupos sociais mais próximos.

A espiritualidade é definidora da experiência humana e se faz presente de maneira marcante para o encontro de um significado para a vida e para situações críticas, por meio de questões transcendentais ao que é tangível. É a busca de um sentido de conexão com algo maior do que si próprio, que pode incluir ou não uma participação religiosa formal (REED, 1991).

A perspectiva do homem como um ser holístico e, portanto, integral e indivisível tem se constituído numa tônica crescente na enfermagem, porém observam-se ainda questionamentos sobre a assistência nessa dimensão. Segundo Benko e Silva (1996), o princípio básico do holismo de que o todo individual (corpo, mente e espírito) é mais do que a soma de suas partes. Essas interagem fazendo com que o desequilíbrio ou equilíbrio de uma influencie no de outras. Uma vez que esta interdependência existe, as alterações vinculadas a cada uma destas dimensões devem fundamentar as intervenções de enfermagem.

Estudos científicos realizados concluíram que a “angústia espiritual” afeta a capacidade do paciente em combater a doença e, em muitos momentos, intensifica os sintomas físicos e emocionais (BROWN *et al.*, 2006; GRANT *et al.*, 2004).

Koenig (2000) apresenta uma revisão de literatura na qual demonstra que mais de 850 estudos examinaram a relação entre espiritualidade e vários aspectos da saúde mental, sendo que a maioria destes constatou que pessoas que têm atividade religiosa vivenciam a melhor saúde e adaptam-se melhor ao estresse. Outros estudos (350) que examinaram a relação envolvimento religioso e saúde, demonstraram que pessoas envolvidas com questões religiosas são fisicamente mais saudáveis e requerem menos assistência de saúde. Mediante tais evidências, esse autor ressalta a responsabilidade dos profissionais de saúde em tratar a espiritualidade não mais como caridade ou cuidados alternativos, mas como ciência e tratamento, dando sentido à frase citada por este autor “curar algumas vezes, aliviar freqüentemente, confortar sempre” (p. 1.708).

Em consonância com as concepções sobre espiritualidade descritas anteriormente, Kovács (2007) afirma que espiritualidade é também uma busca humana em direção a um sentido em uma dimensão transcendente. Envolve a tentativa de compreensão de uma força superior, que traz um sentido de pertença maior do que o âmbito individual e pode se dar por meio de um dogma ou de uma construção interior. A autora enfatiza que a espiritualidade é uma possibilidade de o ser humano experimentar um sentido de transcendência vinculado a uma compreensão do sentido da vida.

Ao revisitarmos a história da enfermagem desde Florence Nightingale é perceptível que a espiritualidade perpassa os meandros dessa profissão. Florence oferecia, pessoalmente, atenção específica aos doentes em fase terminal ou aos mais gravemente feridos de guerra, lendo-lhes trechos da Bíblia ou trazendo-lhes conforto em suas palavras e visitas à noite (TURKIEWICZ, 1995). A conduta de Florence Nightingale denota a importância da espiritualidade como componente essencial da assistência de enfermagem a pacientes que vivenciam situações críticas, de estresse, tensão, dor, incertezas quanto ao futuro, questionamentos de valores e crenças, desesperança e dúvidas existenciais que caracterizam o diagnóstico de “angústia espiritual”.

Com a autora Wanda de Aguiar Horta, em 1979, a espiritualidade adquire maior ênfase e cientificidade para a área da enfermagem, a partir de seu Modelo Conceitual fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (CRUZ, 2001), em que a dimensão espiritual é especialmente considerada como uma destas e de nível hierárquico superior sendo, portanto, fator imprescindível na assistência ao paciente, considerando-o como um ser integral e indivisível e que, como tal, deve ser assistido.

Partindo-se dessa concepção, tem-se então que, para a assistência integral ao paciente, o enfermeiro deve atentar para as questões da espiritualidade e para as necessidades de práticas religiosas de seu paciente a fim de possibilitar que, dentro dos limites individuais de cada profissional e daqueles institucionais, esse aspecto importante da experiência do paciente seja devidamente contemplado no planejamento e no desenvolvimento da assistência de enfermagem.

É fundamental que os profissionais da equipe de enfermagem valorizem e estejam atentos e aptos para captar as manifestações de necessidades espirituais dos pacientes, sejam estas de cunho religioso ou não. Assim, devem saber ouvir os seus questionamentos, dúvidas, angústias, permitindo que verbalizem expressões de sofrimento e tensão a que estão sujeitos. Essas manifestações muitas vezes ocorrem mesmo antes de serem elaboradas pelos pacientes e, nestas situações, é comum que os profissionais e familiares façam uma interpretação errônea dessas manifestações, taxando o paciente de confuso ou torporoso, entre outros adjetivos, ou mudam de assunto impedindo-os de elaborarem ou re-elaborarem suas angústias e ansiedades espirituais.

Portanto, reconhecer a dimensão espiritual, sua relevância e inter-relação às demais necessidades humanas básicas é fundamental para uma assistência integral ao paciente. A valorização e o atendimento a essa dimensão significam reconhecer a sua humanidade (AMORIM, 1979).

A enfermagem tem enfatizado a busca de uma prática assistencial que possa transcender o enfoque assistencial da dimensão psicobiológica. Entretanto, reconhecer o ser humano como indivisível e desenvolver o seu cuidado dessa forma tem sido um constante desafio aos profissionais dessa área.

Concordamos com Leão (2007), quando considera que esta tarefa é complexa e árdua, pois parcela significativa das instituições de saúde ainda atua segundo o modelo biomédico. Fator agravante dessa situação é a inexistência de equipes multiprofissionais preparadas para o atendimento das necessidades biopsicossociais e espirituais dos pacientes, com ênfase ainda maior nas necessidades relacionadas à esfera da espiritualidade. A mesma autora afirma que a espiritualidade é uma dimensão humana que se apresenta frequentemente negligenciada na assistência, apesar de ser essencial para a saúde. Ressalta que sua abordagem é complexa e que necessitamos compreendê-la melhor, assim como desenvolver habilidade para reconhecer as necessidades espirituais dos pacientes e implementar formas de cuidados efetivos. Segundo a referida autora não temos sido preparados para lidar profissionalmente com a espiritualidade e, via de regra, também no âmbito pessoal, não temos sido educados para lidar com situações de crise e com aspectos da morte e o morrer, situações estas em que vemos emergir as necessidades relativas à espiritualidade.

No desenvolvimento de nossas atividades docentes, assistencial e de assessoria de enfermagem em um hospital de grande porte de Belo Horizonte, Minas Gerais, observamos que os pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco apresentam, em sua experiência subjetiva, necessidades específicas e expressam particularidades que os diferenciam dos pacientes em pós-operatório de outras modalidades de cirurgia cardíaca. Com frequência esses pacientes mostram-se mais sensíveis, manifestam sentimentos de vazio, conflitos existenciais, confusão, alternância de sentimentos e estados de alegria, choro ou euforia, muitas vezes simultâneos. Algumas expressões que ouvi de pacientes marcaram profundamente minha percepção sobre as singularidades da experiência vivida por eles tais como: "Não tenho estrutura psicológica para receber um órgão de pessoa de caráter duvidoso, isto faz mal para a alma"; "Eu me sinto nas nuvens... quando tem pessoas em volta de mim"; "(...) foi necessário que alguém morresse para que eu continuasse vivo...". Outros questionam: "E agora, o que eu vou fazer com a pessoa que cuidou de mim por tanto tempo?"; "Como vou recompensar o meu cuidador e a família do meu doador?"; "Agora eu quero escrever sobre o que eu vivi nesse transplante cardíaco".

Percebe-se assim, que apesar do sucesso do procedimento, os pacientes demonstram-se apreensivos com o futuro e com fatores subjetivos oriundos da representação que têm do transplante e do coração, como sendo diretamente relacionados à concomitante transferência de características psicológicas do doador e da família deste. Em seu imaginário parece constar uma formulação sublimada e romântica do órgão “coração” como se juntamente com este pudesse também receber as características pessoais e individuais do doador e de sua família, tais como origem, crenças e valores, atitudes, religião, amorosidade, caráter, personalidade, vícios e comportamentos do doador do órgão que agora passou a integrar definitivamente a sua vida nas dimensões psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual. Essa representação pode impor a vivência de “angústia espiritual” ao paciente em pós-operatório mediato de transplante cardíaco.

A “angústia espiritual” abrange em seu contexto questões predominantemente subjetivas e singulares inerentes à existência humana em uma imprevisível diversidade de nuances e momentos da vida. Entretanto, torna-se mais evidente em momentos de risco de morte ou de intenso sofrimento, pelas doenças crônicas e graves, com incertezas quanto ao seu prognóstico e, nesse espaço existencial e temporal, curiosamente, o ser humano reúne em si o uno e o múltiplo formando um mosaico de sentimentos, conflitos, sons e silêncios, racionalidades e emoções complexamente vivenciadas e percebidas pelo “outro”.

Ao planejar e ao desenvolver a assistência ao paciente, considerando-o como um ser único, indivisível e ao mesmo tempo múltiplo, o enfermeiro precisa considerar as necessidades relacionadas à dimensão espiritual. Uma forma de fazê-lo é mostrar-se aberto para que o paciente possa expressar seus sentimentos e comentários sobre sua experiência de adoecimento e seu enfrentamento. Segundo Brown *et al.* (2006), a doença, o sofrimento e a iminência da morte podem desencadear uma necessidade de busca de esperança o que procura fazer através de uma ligação com o transcendente, numa evidente busca de significados para sua vida e experiência. Essa necessidade é um aspecto definidor da “angústia espiritual”, presente na vida de todas as pessoas, mas em especial nos momentos em que vivenciam situações críticas.

Os mesmos autores acima citados afirmam também que os pacientes podem expressar a “angústia espiritual” com indicativos, tais como, medo, desespero ou desesperança, sentimento de inutilidade, debilidades na auto-estima, perda da identidade, isolamento, abandono, desamparo e falta de confiança, que podem ser percebidos pelos profissionais de saúde e, em especial, pelos enfermeiros e sua equipe por estarem de forma mais contínua e diretamente ligado a eles. Assim, por meio de escuta atenta podem estabelecer com eles uma comunicação efetiva, possibilitando detectar mais facilmente necessidades psicoespirituais.

Na vivência do processo de adoecer ou de morrer, tem-se observado que os pacientes que recebem cuidados particularizados no âmbito psicossocial e espiritual têm a possibilidade de compreender sua vivência sentindo-se, também, compreendido e amparado, e de descobrir formas eficazes de enfrentamento, tornando possível a ressignificação de suas experiências e a renovação da esperança. Compreender a dor e ter apoio espiritual nesse contexto de vida é uma das maneiras de aprender a lidar com ela e com todos os demais fatores que não podem ser modificados e sentir-se fortalecido (FERRAZ, 1998).

Ao serem ajudados pelos profissionais de saúde a vencerem os sinais característicos da “angústia espiritual”, os pacientes alcançam um estado de bem-estar interior e espiritual, retomando a esperança, a auto-estima, o seu sentimento de identidade restaurada e de individualidade em conexão social (MURRAY *et al.*, 2004).

Nas considerações de Breitbart (2003) e Chibnall *et al.* (2002) consta que, embora a descrição das necessidades espirituais e da espiritualidade possa ser amplamente encontrada na literatura, o mesmo não acontece quando estas necessidades não são atendidas, ou seja, as repercussões desse não atendimento não são abordadas. No entanto, são evidentes na prática da enfermagem, podendo ser reveladas pelo paciente por demonstração de desespero que inclui o desejo de apressar a morte, ideação suicida, perda de sentido da vida, entre outros.

Essas condições podem ser postuladas como necessidades espirituais não satisfeitas, estado denominado como “angústia espiritual” que leva a uma diminuição dos indicadores de qualidade de vida e conduz o paciente a uma experiência negativa e solitária da enfermidade e da vivência da morte e do morrer. A “angústia

espiritual” relaciona-se com o menor nível de bem-estar. Este deve ser percebido pelo profissional de saúde para que possa investir na manutenção de interações, permitindo ao paciente expor suas angústias e aflições espirituais (CHIBNALL *et al.*, 2002; MCCLAIN *et al.*, 2003).

Derrickson (1996) afirma que alguns pacientes atribuem a si e às suas incapacidades, significados de angústia, tristeza e culpabilização, por sobrecarregarem emocional e financeiramente seus familiares na situação de incapacidade de ser útil. O mesmo autor refere ainda que há pacientes que expressam necessidades específicas relacionadas a tradições religiosas e rituais que devem ser respeitados e atendidos, na medida do possível. No entanto, na total impossibilidade disso, o paciente deve ser orientado sobre as impossibilidades e os riscos a que estaria sujeito em algumas situações em que a prática ou ritual solicitado compromete o tratamento e muitas vezes a sua própria vida. Ao se sentir apoiado nisso, o paciente exime-se de temores e percebe-se em condição de ser compreendido universalmente, independente de sua crença ou religião.

O sofrimento e a doença, na concepção de Benko e Silva (1996), freqüentemente forçam a pessoa a encarar assuntos relacionados ao significado da vida confrontando com a realidade de sua existência, relações consigo mesma, com os outros, com Deus e talvez até com sua própria morte. Neste confronto a pessoa pode apresentar sinais de “angústia espiritual”.

Para Chaves *et al.* (2008), as publicações sobre a questão da espiritualidade têm crescido nos últimos anos, contudo, apontam para a necessidade de maior investimento no desenvolvimento de pesquisas de enfermagem sobre esse fenômeno. Enfatizam ainda a importância de pesquisas sobre a validação de conteúdo na área de “angústia espiritual” que ajudará a legitimar e aperfeiçoar o diagnóstico de enfermagem “angústia espiritual”, enquanto fenômeno teórico consistente. Assim, é fundamental reconhecer e investigar a relação corpo - mente e espírito para o cuidado holístico, uma vez que a utilização de uma terminologia adequada, com sustentação teórica irá facilitar a inclusão da espiritualidade na assistência à saúde e prover uma visão transformadora para o cuidado de enfermagem.

Segundo Paiva (2008), no pós-operatório de cirurgia cardíaca, exige-se do paciente uma urgência em suas elaborações, visto que o tempo das vivências passa a ser indefinido; o tempo, agora, tem outra dimensão, pois o paciente sentiu-se ameaçado pela morte ou pelo morrer. Ele agora precisa viver intensamente o presente. Deverá, portanto, lidar com suas emoções, fato este nada agradável para ele, que se sustentava na sua racionalidade e na negação das emoções. Verificam-se, neste período de hospitalização, momentos de dor e de reflexões intensas, uma tentativa de encontrar um conforto na fé, através da sua espiritualidade ou mesmo de um pensamento que lhe permitirá entrar em contato com o mundo familiar, profissional, de relações sociais e espirituais.

A identificação e validação de diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório mediato de transplante cardíaco e, especialmente, o diagnóstico de "angústia espiritual", podem contribuir para o conhecimento do conjunto de respostas humanas desses pacientes, colaborando para o planejamento de intervenções mais adequadas, viabilizando a assistência de enfermagem sistematizada.

O conhecimento dos problemas de saúde de um determinado grupo de pessoas, vistas em sua integralidade e unicidade, pode permitir direcionar a assistência de enfermagem e propiciar subsídios para a elaboração de uma prescrição de enfermagem individualizada, bem como implementar intervenções e capacitação da equipe de enfermagem, o que certamente contribuirá para a qualidade da assistência de enfermagem prestada.

Ressaltamos que a identificação do perfil diagnóstico de enfermagem e validação com especialistas do diagnóstico de enfermagem "angústia espiritual", segundo a Taxonomia II da NANDA, poderá incitar reflexões sobre a atuação dos profissionais da área da saúde, e em especial a da equipe de enfermagem, por estarem mais próximos dos pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco, além de estimular o desenvolvimento de novas pesquisas que contemplem essa dimensão.

Finalmente é oportuno destacar que o tema espiritualidade / religiosidade / angústia espiritual e sua inter-relação com a saúde e o bem-estar, já apontadas neste estudo, não pode mais ser tratado como uma questão qualquer, que envolva

boa vontade ou atitudes caridosas, mas sim com uma questão que tem como cerne a constatação científica de seus delineamentos e repercussões na experiência humana individual e social e por isso tem que ser obrigatoriamente incluída na assistência de enfermagem.

Torna-se necessário aos profissionais de saúde reconhecer que os momentos de crise podem ser oportunidades de aprendizagem e que mesmo em meio a intensos conflitos, sensação de vazio existencial e aos sinais de “angústia espiritual” é possível ao ser humano experimentar desejos, cultivar sonhos e a esperança.

Portanto, a atuação da enfermagem nesse âmbito é vital para a experiência das pessoas sob seu cuidado uma vez que viver é um ato de fé, coragem e ousadia. Assim, ousadamente nos permitimos sonhar com uma enfermagem que se destaque dentre os demais profissionais de saúde, por priorizar a assistência psicoespiritual dos pacientes sob seus cuidados.

Parafraseando Rubens Alves, podemos dizer que é a ousadia dos que sonham que pode ser determinante para a construção de novos saberes, pois todo conhecimento começa com um sonho. Portanto, não é pela prudência dos que esperam, mas sim, pela ousadia dos que sonham que se faz da enfermagem uma ciência do cuidado.

ORAÇÃO DO DOADOR DESCONHECIDO



Não chamem o meu falecimento de leito da morte,
mas de leito da vida.
Dêem a minha visão ao homem que jamais viu o raiar do sol,
o rosto de uma criança ou o amor nos olhos de uma mulher.
Dêem o meu coração a uma pessoa cujo coração apenas
experimentou dias infundáveis de dor.
Dêem o meu sangue ao jovem que foi retirado dos destroços de
seu carro, para que ele possa viver para ver
os seus netos brincarem.
Dêem os meus rins às pessoas que precisam de uma
máquina para viver de semana em semana.
Retirem os meus ossos, cada músculo, cada fibra e nervo
do meu corpo e encontrem um meio para fazer uma criança
inválida caminhar. Explore cada canto do meu cérebro.
Retirem as minhas células, se necessário, e deixem-nas crescerem
para que, um dia, um menino mudo possa ouvir o gritar em um
momento de felicidade ou uma menina surda possa ouvir o
barulho da chuva de encontro à sua janela.
Queimem o que restar de mim e espalhem as cinzas ao vento,
para que elas ajudem as flores a brotarem.
Se tiverem que enterrar algo, que sejam meus erros,
minhas fraquezas e todo o mal que fizeram aos meus semelhantes.
Dêem os meus pecados ao passado.
Dêem a minha alma ao infinito.
Se, por acaso, desejarem lembrar-se de mim,
façam isso com ação ou palavra amiga a alguém
que precise de vocês.
Se fizerem tudo o que pedi, estarei vivo para sempre.

Autoria desconhecida

REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS

- ABDELLAH, F. *et al.* **Patient centered approaches to nursing**. 3rd. ed. New York: MacMillan, 1961. 205 p.
- ABRÃO, A. C. F. V.; GUTIÉRREZ, M. G. R. de; MARIN, H. F. Utilização do diagnóstico de enfermagem segundo a classificação da NANDA, para a sistematização da assistência de enfermagem em aleitamento materno. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 49-59, Abr. 1997.
- ALMEIDA FILHO, N. de; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002. 293 p.
- ALMENAR, L. Spanish Heart Transplantation Registry. 16th Official Report of the Spanish Society of Cardiology Working Group on Heart Failure, Heart Transplantation, and Associated Therapies (1984-2004). **Revista Española de Cardiología**, Espanha, v. 58, n. 11, p. 1310-1317, Nov. 2005.
- AMORIM, M. J. A. B. Enfermagem: profissão humanitária? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 359-368, Jun./Jul. 1979.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS - ABTO. **Registro brasileiro de transplantes**. São Paulo, Ano XIV, n. 1, Jan./Jun. 2008. 24 p.
- BARNARD, M. S. Heart transplantation: an experimental review and preliminary research. **South African Medical Journal**, Cape Town, v. 41, n. 48, p. 1260-1262, Dec. 1967.
- BARRETO, S. M. *et al.* Quantificando o risco de doença coronariana na comunidade. Projeto Bambuí. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 81, n. 6, p. 549-561, Dez. 2003.
- BATISTA, C. G. Concordância e fidedignidade na observação. **Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 39-49, 1977.
- BENKO, M. A.; SILVA, M. J. P. da. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 71-85, Jan. 1996.
- BOGOSSIAN, L. **Manual prático de pré e pós-operatório**. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1995. 243 p.
- BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1. p. 18055.
- _____. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 1990b. 169º da Independência e 102º da República.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, ano V, n. 2, Abr./Jun. 1996. Suplemento 3.

_____. Lei n. 9.434 de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 fev. 1997. 176º da Independência e 109º da República.

_____. Lei n. 10.211 de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 mar. 2001. 180º da Independência e 113º da República.

_____. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Resolução COFEN n. 272/2002, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas instituições de saúde brasileiras. **Legislação e Normas**, Belo Horizonte, MG, ago. 2005. Ano 10, n. 1, 83 p.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.826 de 24 de outubro de 2007. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Imprensa Nacional, Brasília, DF, 6 dez. 2007. Seção 1, p. 133.

BREITBART, W. Reframing hope: meaning-centered care for patients near the end of life. Interview by Karen S. Heller. **Journal of Palliative Medicine**, Cambridge, v. 6, n. 6, p. 979-988, Dec. 2003.

BROWN, A. E.; WHITNEY, S. N.; DUFFY, J. D. The physician's role in the assessment and treatment of spiritual distress at the end of life. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, v. 4, n. 1, p. 81-86, Mar. 2006.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005. 1024 p.

CARVALHO, E. C.; GARCIA, T. R. Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico e estabelecido no diagnóstico de enfermagem. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: UFU, 2002. p. 29-40.

CARVALHO, E. C.; JESUS, C. A. C. Raciocínio clínico na formulação de diagnóstico de enfermagem para o indivíduo. In: GUEDES, M. V. C.; ARAÚJO, T. L. (Org.). **O uso do diagnóstico na prática de enfermagem**. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. cap. 1, p. 27-38.

CHAVES, E. C. L. *et al.* Angústia espiritual: revisão integrativa da literatura. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2008.

CHIANCA, T. C. M. A pesquisa em enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática. In: GONÇALVES, T. M. C. **Sistematização da assistência em enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. cap. 10, p. 141-156.

CHIBNALL, J. T. *et al.* Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. **Palliative Medicine**, Cambridge, v. 16, n. 4, p. 331-338, Jul. 2002.

CLOTET, J. Por que bioética? **Revista de Bioética**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 13-17, 1993.

CORREIA, F. A. de. Alguns desafios atuais da bioética. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996. p. 30-49.

CREASON, N. S. Clinical validation of nursing diagnoses. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Canadá, v. 15, n. 4, p. 123-132, Oct./Dec. 2004.

CRUZ, D. A. L. M. **Diagnósticos de enfermagem e padrões funcionais de saúde alterados em pacientes internados por cardiopatia chagásica crônica**. 1989. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

_____. **A introdução do diagnóstico de enfermagem no ensino: sua influência no processamento de informações por alunos de graduação**. 1995. 189 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

_____. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, T. I. *et al.* (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 63-84.

CRUZ, D. A. L. M.; CRUZ, I. C. F.; SECAF, V. Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem: evolução e razões do uso. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 2/4, p. 28-34, Jun./Dez. 1991.

CRUZ, F. D. *et al.* Religiosidade e qualidade de vida na insuficiência cardíaca. In: CONGRESSO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM IBERO-AMERICANO E DE PAÍSES DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA, 1., 2007, Coimbra. **Anais...** Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, 2007. p. 241.

CRUZ, I. C. F. Diagnóstico de enfermagem e sua aplicação: revisão da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 149-162, Abr. 1990.

CRUZ, I. C. F. **Diagnósticos de enfermagem: estratégias para sua formulação e validação.** 1993. 154 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

_____. Considerações sobre o julgamento clínico em enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1., 1991, São Paulo. **Anais...** São Paulo: GIDE, 1994. p. 155-168.

DALRI, M. C. B. **Perfil diagnóstico de pacientes queimados segundo o modelo conceitual de Horta e a Taxonomia I revisada da NANDA.** 1993. 203 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

DÉCOURT, L. V.; ZERBINI, E. J. Transplante de coração humano: considerações sobre três casos. **Revista do Hospital das Clínicas**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 207-226, Jul./Ago. 1970.

DERRICKSON, B. S. The spiritual work of the dying: a framework and case studies. **The Hospice Journal**, New York, v. 11, n. 2, p. 11-30, 1996.

DURAND, G. **A bioética: natureza, princípios, objetivos.** Tradução de Porphírio Figueira de Aguiar Netto. São Paulo: Paulus, 1995. 102 p. Título original: **Bioethics: nature, principles, goals.**

FARIA, M. F. G. **Diagnósticos de enfermagem respiratórios em pacientes cardíacos cirúrgicos.** 2000. 170 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

FARIAS, J. N. de *et al.* **Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática.** João Pessoa: Santa Marta, 1990. 160 p.

FEHRING, R. J. Validating diagnostic labels: standardized methodology. In: HURLEY, M. E. (Ed.). **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Sixth Conference.** Saint Louis: Mosby, 1986. p. 183-190.

_____. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart and Lung**, Saint Louis, v. 16, n. 6, p. 625-629, Nov. 1987.

FERRAZ, A. F. **Aprender a viver de novo: a singularidade da experiência do tornar-se portador do HIV e doente com AIDS.** 1998. 178 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 60-66, Jan./Abr. 2006.

GARCIA, T. R. Diagnósticos de enfermagem: uma proposta para uniformização da linguagem do enfermeiro. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 57-67, Dez. 1994.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e

tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. *et al.* (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções.** São Paulo: Atheneu, 2004. v. 2, p. 37-63. (Série Atualização e Enfermagem).

GEHLEN, G. C.; GOBATO, M.; MARCON, T. A espiritualidade no processo de cuidar dos enfermeiros. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem**, Curitiba, v. 6, n. 19, p. 201-205, Ago. 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application.** 3rd. ed. Saint Louis: Mosby, 1994. 421 p.

GORDON, M.; SWEENEY, M. A. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. **Advances in Nursing Science**, Germantown, v. 2, n. 1, p. 1-15, Oct. 1979.

GRANT, E. *et al.* Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, v. 2, n. 4, p. 371-378, Dec. 2004.

GRIEPP, R. B.; STINSON, E. B. Rehabilitation after cardiac transplantation. **JAMA**, Chicago, v. 236, n. 18, p. 2082-2084, Nov. 1976.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** 16 Imp. São Paulo: EPU, 2005. 99 p.

HOSKINS, L. M. Clinical validation methodologies for nursing diagnosis research. In: CARROLL-JOHNSON, R. M. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the Eighth Conference of North American Nursing Diagnosis Association.** Philadelphia: Lippincott, 1989. cap. 19, p. 126-137.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. (Ed.). **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa 2.0.** CD-ROM. Versão monousuário 2.0. Jan. 2007. Editora Objetiva.

ISHII, S. **Experiência da equipe de enfermagem num programa de transplante cardíaco.** 1986. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

JATENE, A. D. *et al.* **Cirurgia da insuficiência cardíaca grave.** São Paulo: Atheneu, 1999. 132 p.

JESUS, C. A. C. **Assistência de enfermagem a clientes hematológicos: uma visão sistêmica.** 1992. 279 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. **JAMA**, Chicago, v. 284, n. 13, p. 1708, Oct. 2000.

KOVÁCS, M. J. Espiritualidade e psicologia: cuidados compartilhados. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 246-255, Abr./Jun. 2007.

LEÃO, E. R. Reflexões sobre a música, saúde e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 290-296, Abr./Jun. 2007.

LUNNEY, M. **Pensamento crítico e diagnóstico de enfermagem**: estudos de casos e análises. Porto Alegre: Artmed, 2004. 348 p.

MARIA, V. L. R. **Preparo de enfermeiras para a utilização de diagnósticos de enfermagem**: relato de experiência. 1990. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

MATOS, S. S. de *et al.* Atuação do enfermeiro ao paciente em pré e pós-operatório de transplante cardíaco: relato de experiência. **Enfoque**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 10-12, Mar. 1989.

_____. Conhecimento produzido por enfermeiros acerca do cuidador de paciente na lista de espera para transplante cardíaco. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 429-434, Out./Dez. 2006.

_____. Transplante cardíaco: perfil sócio epidemiológico e demográfico de pacientes em um hospital de Belo Horizonte, Brasil. **Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciência da Saúde Coimbra**, Portugal, v. 2, n. 4, p. 251, Jun. 2007.

MAUGANS, T. A. The spiritual history. **Archives of Family Medicine**, Chicago, v. 5, n. 1, p. 11-16, 1996.

MCCLAIN, C. S.; ROSENFELD, B.; BREITBART, W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. **Lancet**, London, v. 361, n. 9369, p. 1603-1607, May 2003.

MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2003. 493 p.

MORAES, L. O. de; PENICHE, A. C. G. Assistência de enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 34-42, 2003.

MOREIRA, M. C. V. *et al.* Orientações para receptor. In: BOCCHI, E. A. *et al.* I Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Transplante Cardíaco. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 73, p. 11-17, 1999. Suplemento 5.

MURRAY, S. A. *et al.* Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their careers. **Palliative Medicine**, Cambridge, v. 18, n. 1, p. 39-45, Jan. 2004.

NEGREIROS, R. V. de *et al.* Diagnóstico de enfermagem: segunda fase do processo de enfermagem. In: NÓBREGA, M. M. L. da; SILVA, K. L. (Org.). **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008. cap. 3, p. 41-53.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Análise da utilização na prática dos termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem da CIPE - versão alfa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 3, p. 399-408, Jul./Set. 2000.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002.** Tradução de Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2002. 288 p. Título original: **NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2001-2002.**

_____. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008.** Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008. 393 p. Título original: **NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2007-2008.**

OINEGUE, E. O perfil dos hospitais. In: _____. **Análise Saúde 2009.** Os mais admirados da medicina. Médicos e hospitais. São Paulo, 2009, p. 288-329.

OLIVEIRA, N. M. S. **Diagnóstico de enfermagem de ansiedade: validação das características definidoras.** 2001. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

OLIVEIRA, N.; CHIANCA, T.; RASSOOL, G. H. A validation study of the nursing diagnosis anxiety in Brazil. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, United States, v. 19, n. 3, p. 102-110, Jul./Sep. 2008.

PAIVA, S. A. **Quando o mal-estar social adoce o coração: o infarto à luz da psicossociologia.** 2008. 134 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

PARIZI, R. B.; SILVA, N. M. Transplantes. In: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Iniciação à bioética.** Brasília: CFM, 1998. p. 157-170.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 583 p.

PEREIRA, W. A. História dos transplantes. In: _____. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos.** 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2004. cap. 1, p. 1-8.

PEREZ, V. L. A. B. *et al.* **Diagnóstico de enfermagem: uma nova abordagem de conceito.** 1989. Mimeografado.

_____. Diagnóstico de enfermagem: um desafio de enfermagem para os anos 90. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 43, n. 1/4, p. 14-18, Jan./Dez. 1990.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Fundamentos da bioética.** São Paulo: Paulus, 1996. 248 p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Tradução de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p. Título original: **Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization.**

REED, P. Spirituality and mental health in older adults: extant knowledge for nursing. **Family and Community Health**, Frederick, v. 14, n. 2, p. 14-25, Jul. 1991.

RICCIO, G. M. G. E. *et al.* Validação de instrumento de levantamento de dados para formulação de diagnósticos de enfermagem. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 1-16, Maio/Jun. 1995. Suplemento A.

SALLES, C. A.; RUAS, M. O. **A ética nos transplantes e na captação de órgãos**. 2006. Mimeografado.

SALVIANO, M. E. M. **Transplante hepático: diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA em pacientes no pós-operatório na unidade de internação**. 2007. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

SELLI, L. **Bioética na enfermagem**. São Leopoldo: UNISINOS, 1998. 153 p.

SILVA, M. J. P. **Construção e validação de um programa sobre comunicação não verbal para enfermeiros**. 1993. 108 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2001.

TURKIEWICZ, M. **História da enfermagem**. Paraná: ETECLA, 1995.

WALTZ, C. F.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E. R. **Measurement in nursing research**. 2nd. ed. Philadelphia: Davis Company, 1991. 533 p.

APÊNDICES



APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados nos prontuários de pacientes submetidos a transplante cardíaco no período de 2003-2006, Hospital Felício Rocho. Belo Horizonte, 2009

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE CARDÍACO					
1- Nome do paciente		2- Médico Responsável		3- N° do Prontuário	4- N° do Registro
D A D O S D E I D E N T I F I C A Ç Ã O					
5- Idade <input type="checkbox"/> 20 a 40 anos <input type="checkbox"/> 41 a 60 anos <input type="checkbox"/> Acima de 60 anos		6- Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino		7- Religião	8- Naturalidade
9- Escolaridade	10- Profissão		11- Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo		12- Endereço residencial
13- Bairro	14- Cidade	15- CEP	16- Data do transplante	17- Plano de Saúde <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular	18- Profissão
19- Data da Alta	20- Motivo da Alta				
21- Diagnóstico médico					
22- História pregressa					
Co-morbidades					
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM					
23- Título diagnóstico		24- Fatores Relacionados		25- Características Definidoras	
26- Nome e assinatura do responsável pelo preenchimento				27- Data	

APÊNDICE B - Instrumento para verificar o índice de concordância entre os enfermeiros especialistas (juizes) sobre os diagnósticos identificados

Prezado (a) Enfermeiro (a), agradecemos por ter aceito o nosso convite para colaborar conosco, fornecendo dados para desenvolvermos o estudo sobre o "Perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco e validação do diagnóstico de enfermagem mais característico" assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No quadro abaixo estão relacionados 24 diagnósticos de enfermagem (apresentados por no mínimo 40,0% dos pacientes) e suas características definidoras.

Para averiguarmos a fidedignidade na identificação das características definidoras destes diagnósticos, solicitamos sua colaboração.

Após analisar, criticamente, cada título e suas respectivas características definidoras, coloque um X diante de cada característica de acordo com sua avaliação.

DIAGNÓSTICO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Concordo	Não Concordo
Padrão respiratório ineficaz	Batimento da asa do nariz		
	Dispnéia		
	Uso de musculatura acessória para respirar		
	Desequilíbrio da ventilação-perfusão		
Troca de gases prejudicada	Agitação		
	Sonolência		
	Dispnéia		
	Confusão		
	Irritabilidade		
Ventilação espontânea prejudicada	Dispnéia		
	Agitação aumentada		
Mucosa oral prejudicada	Língua saburrosa		
	Dor		
	Desconforto oral		
	Estomatite		
Integridade da pele prejudicada	Invasão de estruturas do corpo (rompimento da derme e epiderme)		
Integridade tissular prejudicada	Pressão sanguínea alterada, fora dos parâmetros aceitáveis		
Eliminação urinária prejudicada	Retenção urinária		
	Disúria		
Fadiga	Queixa de cansaço		
	Queixa de falta de energia física		
Proteção ineficaz	Deficiência na imunidade		
	Prejuízo na cicatrização		
Mobilidade física prejudicada	Relato verbal de fraqueza		
	Relato verbal de desconforto ou dispnéia ao esforço		
	Capacidade limitada		
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	Peso corporal 20,0% ou mais abaixo do ideal		
	Relato de ingestão de alimentos, menor que a porção diária recomendada		
	Falta de interesse por comida		
Volume de líquido deficiente	Sede		
	Aumento da concentração urinária		
	Aumento da temperatura corporal		
	Pele seca		
	Membranas e mucosas secas		
	Diminuição do turgor da pele		
Atividades de recreação deficientes	Enfado		
	Desejo de que houvesse algo para fazer		
	Relatos de que passa-tempos habituais não podem ser realizados		

Deambulação prejudicada	Capacidade prejudicada de andar		
Mobilidade no leito prejudicada	Presença de drenos		
	Presença de cateteres		
	Presença de sondas		
Débito cardíaco diminuído	Fadiga		
	Oligúria		
	Edema		
	Arritmias		
Dor aguda	Relato verbal ou codificado		
	Evidência observada através da expressão facial		
	Mudanças no apetite e na alimentação		
	Posição para evitar a dor		
Ansiedade	Fadiga		
	Preocupações expressas devido a mudanças em eventos da vida		
	Insônia		
	Angústia		
	Nervosismo		
	Agitação		
	Medo de conseqüências inespecíficas		
Medo	Tensão aumentada		
	Relato de apreensão		
	Relato de náusea		
	Excitação		
	Nervosismo		
	Freqüência respiratória aumentada e respiração curta		
	Pressão sanguínea sistólica aumentada		
	Pulso aumentado		
Angústia espiritual	Preocupação com a morte e o morrer		
	Demonstração de insegurança		
	Demonstração de ansiedade		
	Verbalizar falta de esperança		
	Verbalizar estar separado do sistema de apoio		
	Expressar problemas emocionais		
	Verbalizar sentir culpa		
	Apresenta alteração do comportamento		
	Apresentar alteração de humor		
	Recusa a integrar-se com pessoas significativas		
	Verbalizar desejo de saber as características do doador		
	Demonstrar inquietação		
	Solicitação de um líder religioso		
	Mudança repentina nas práticas espirituais		
Alienação			
Risco de constipação	-		
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	-		
Risco de infecção	-		
Risco de angústia espiritual	-		

Atenciosamente, Prof.^a Selme Silqueira de Matos; Prof.^a Dr.^a Daclé Vilma Carvalho

Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Especialista

___ de _____ de _____

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Enfermeiro (a),

Estou realizando uma pesquisa sobre “Diagnóstico de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco e validação do diagnóstico mais característico” que constituirá em minha tese de doutorado.

Trata-se de um estudo desenvolvido junto a prontuários de pacientes em pós-operatório mediato submetidos a transplante cardíaco, no período de 2003 a 2006, realizado em um hospital de grande porte de Belo Horizonte, Minas Gerais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG (Parecer n. 397/06 de 06 de dezembro de 2006).

A pesquisa está sendo desenvolvida em duas etapas. Na primeira, identificarei o perfil demográfico, epidemiológico e de diagnóstico de enfermagem. Na segunda etapa, será validado o diagnóstico identificado como sendo o mais característico para estes pacientes.

Em ambas as etapas, necessito da colaboração de enfermeiros especialistas para acurácia da estruturação dos diagnósticos, para identificação do diagnóstico mais específico de paciente em pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca e validação do mesmo.

Assim, pelo seu conhecimento e experiência na assistência a pacientes submetidos a cirurgia cardíaca em geral e ou transplante cardíaco, gostaria de contar com sua colaboração em algum dos aspectos mencionados.

Sua participação é voluntária e você não receberá nenhuma gratificação por participar nesta pesquisa e também não terá nenhum ônus. Você terá toda liberdade, a qualquer momento, para retirar-se do estudo, caso deseje, sem nenhum prejuízo pessoal ou para sua atividade profissional.

Você não será identificado em nenhum momento da pesquisa e suas informações serão utilizadas somente para fins científicos. Será garantido o anonimato dos colaboradores (pacientes e enfermeiros especialistas).

Os resultados deste estudo contribuirão para o desenvolvimento do corpo de conhecimento específico da Enfermagem.

Qualquer dúvida em relação à pesquisa, você poderá contatar a pesquisadora, sua orientadora ou mesmo entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG se for o caso.

Após a leitura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, concordando em colaborar neste estudo, assine o termo abaixo.

Com os meus sinceros agradecimentos.

Eu, _____, portador da carteira de identidade de número _____, emitida pela _____, declaro que fui informado (a), de maneira clara e objetiva sobre minha participação voluntária na pesquisa sobre “Diagnóstico de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco e validação do diagnóstico mais característico”.

Doutoranda Selme Silqueira de Matos - COREN-MG 13.473
Telefone: (31) 9216-1059

Dr.^a Daclé Vilma Carvalho (Orientadora) - COREN-MG 6.202
Telefone: (31) 3409-9176

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG - COEP/UFMG
Telefone (31) 3409-4592

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____.

APÊNDICE D - Instrumento para definir o diagnóstico de enfermagem mais característico a ser validado

Prezado (a) Enfermeiro (a),

Agradecemos por ter aceito o nosso convite para colaborar conosco, fornecendo dados para desenvolvermos o estudo sobre o "Perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco e validação do diagnóstico de enfermagem mais característico" assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Estão listados abaixo os 24 títulos diagnósticos de enfermagem identificados em no mínimo 40,0% dos pacientes no pós-operatório mediato (24 h a 10 dias) de transplante cardíaco no CTI cardiovascular. Pela sua experiência e conhecimento solicitamos:

1 - Marque com um X o diagnóstico que ocorre em pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca em geral; e em pós-operatório mediato de transplante cardíaco.

2 - Circule dentre esses diagnósticos de enfermagem, aquele(s) que você considera mais característico de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco.

Títulos diagnósticos de enfermagem	Ocorre em pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca em geral	Ocorre em pós-operatório mediato de transplante cardíaco
1 - Padrão respiratório ineficaz		
2 - Troca de gases prejudicada		
3 - Ventilação espontânea prejudicada		
4 - Mucosa oral prejudicada		
5 - Integridade da pele prejudicada		
6 - Integridade tissular prejudicada		
7 - Eliminação urinária prejudicada		
8 - Risco de constipação		
9 - Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		
10 - Fadiga		
11 - Proteção ineficaz		
12 - Deambulação prejudicada		
13 - Mobilidade física prejudicada		
14 - Mobilidade no leito prejudicada		
15 - Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais		
16 - Volume de líquido deficiente		
17 - Débito cardíaco diminuído		
18 - Risco de infecção		
19 - Deambulação prejudicada		
20 - Dor aguda		
21 - Ansiedade		
22 - Medo		
23 - Atividades de recreação deficientes		
24 - Angústia espiritual ou risco de		

Sugestões: _____

Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Especialista

_____ de _____ de _____

APÊNDICE E - Instrumento para Validação

Validação do diagnóstico de enfermagem mais característico do paciente em pós-operatório mediato de transplante cardíaco

Prezado (a) Enfermeiro (a),

Agradecemos por ter aceito o nosso convite para colaborar conosco, fornecendo dados para desenvolvermos o estudo sobre o "Perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes em pós-operatório mediato de transplante cardíaco e validação do diagnóstico de enfermagem mais característico" assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na primeira etapa do estudo, identificamos o perfil diagnóstico de enfermagem dessa clientela e o diagnóstico de enfermagem de "angústia espiritual" foi o mais característico na opinião de enfermeiros especialistas.

Agora, nessa segunda etapa da pesquisa, nosso objetivo é realizar a validação desse diagnóstico de enfermagem com enfermeiros especialistas.

Neste sentido, solicitamos sua colaboração e a gentileza de participar desta etapa, preenchendo o instrumento abaixo.

Este instrumento conta de questões relativas a seus dados profissionais, a definição de "angústia espiritual" da NANDA (2008) e uma relação de 43 características definidoras para o diagnóstico de enfermagem estudado.

Agradecemos sua valiosa contribuição e atenção e nos colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessária.

Atenciosamente,

Prof.^a Selme Silqueira de Matos
Prof.^a Dr.^a Daclé Vilma Carvalho
Prof.^a Dr.^a Tânia Couto Machado Chianca

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
1. Cidade em que trabalha (atualmente):		
2. Mencione o tempo (em anos completos) de experiência profissional:		
4. Já trabalhou ou trabalha utilizando os diagnósticos de enfermagem da NANDA? () Sim () Não		
Se sim, especifique a área e o tempo de experiência (em anos):		
() No ensino Tempo: ___ anos	() Na pesquisa Tempo: ___ anos	() Na assistência Tempo: ___ anos
5. Já trabalhou ou trabalha com o tema "angústia espiritual"? () Sim () Não		
Se sim, especifique a área e o tempo de experiência (em anos):		
() No ensino Tempo: ___ anos	() Na pesquisa Tempo: ___ anos	() No cuidado Tempo: ___ anos

6. Titulação acadêmica - Assinale a formação obtida e identifique o tema de trabalho apresentado:

- () Graduação - Tema do trabalho de conclusão de curso se houver:
 () Especialista - Tema da monografia:
 () Mestrado - Tema da dissertação:
 () Doutorado - Tema da tese:
 () Livre docência - Tema:
 () Programa de pós-doutorado - Tema:

7. Realiza ou já realizou (autoria/co-autoria) trabalho abordando o tema "diagnósticos de enfermagem"?

- () Sim () Não

Em caso positivo, assinale as alternativas correspondentes:

- () Dissertação de Mestrado () Tese Doutorado
 () Publicação de trabalho de pesquisa () Apresentação de trabalhos em eventos científicos
 () Outros. Especifique: _____

8. Realiza ou já realizou (autoria/co-autoria) trabalho abordando o tema "espiritualidade"?

- () Sim () Não

Em caso positivo, assinale as alternativas correspondentes:

- () Dissertação de Mestrado () Tese Doutorado
 () Publicação de trabalho de pesquisa () Apresentação de trabalhos em eventos científicos
 () Outros. Especifique: _____

9. Já identificou o diagnóstico "angústia espiritual" em sua prática clínica?

- () Nunca () Poucas vezes () Frequentemente

VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE "ANGÚSTIA ESPIRITUAL"

Por favor, leia atentamente o conceito apresentado, e posicione-se quanto a sua concordância ou não com o mesmo. Para respondê-la, leia atentamente.

Segundo NANDA (2008), a definição para o diagnóstico de "angústia espiritual" é a

"Capacidade prejudicada de experimentar e integrar o significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com outros, arte, música, literatura, natureza e um ser maior" (NANDA, 2008, p. 129).

Concordo: () sim () não

A seguir, assinale sua opinião quanto à pertinência de cada característica definidora para o diagnóstico em questão.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DE "ANGÚSTIA ESPIRITUAL"	Nada pertinente	Pouco pertinente	De algum modo pertinente	Muito pertinente	Muitíssimo pertinente
1 - Alienação					
2 - Apreensivo					
3 - Apresenta alteração de comportamento					
4 - Apresenta alteração no humor					
5 - Capacidade de aprendizagem diminuída					
6 - Culpa					
7 - Demonstra agitação					
8 - Demonstra ansiedade					
9 - Demonstra inquietação					
10 - Demonstra insegurança					
11 - Demonstra interesse em saber as características do doador					
12 - Demonstra mudanças repentinas nas práticas espirituais					
13 - É incapaz de experimentar o transcendente					
14 - É incapaz de expressar estado de criatividade anterior (escrever, ler, dançar, entre outros)					
15 - É incapaz de participar de atividades religiosas					
16 - É incapaz de rezar					
17 - Enfrentamento insatisfatório					
18 - Desesperança					
19 - Falta de aceitação					
20 - Expressa falta de amor					
21 - Expressa falta de auto-perdão					
22 - Expressa falta de coragem					
23 - Expressa falta de esperança					
24 - Expressa falta de finalidade na vida					
25 - Expressa falta de serenidade					
26 - Expressa problemas emocionais					
27 - Expressa raiva de Deus					
28 - Expressa sofrimento					
29 - Expressa ter sido abandonado					
30 - Expressa falta de significado na vida					
31 - Expressa preocupação em relação à morte e ao morrer					

32 - Incapacidade de introspecção					
33 - Insônia					
34 - Nervosismo					
35 - Não se interessa pela natureza					
36 - Se interessa por literatura espiritual					
37 - Raiva					
38 - Recusa integrar-se com líderes espirituais					
39 - Recusa integrar-se com pessoas significativas					
40 - Relato de auto-segurança diminuída					
41 - Relato de tensão aumentada					
42 - Solicita conversar com um líder religioso					
43 - Verbaliza estar separado do seu sistema de apoio					

Caso você tenha presenciado alguma manifestação verbal desses pacientes em pós-operatório mediato submetidos a transplante cardíacos em CTI que você considere como manifestação de "angústia espiritual" gostaríamos que relatasse aqui:

ANEXOS



ANEXO A- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HFR

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Felício Rocho
Coordenador: Des. Francisco Kupdlowski
Telefax: (31): 3295-3795



Belo Horizonte, 01 de Setembro de 2005.

Prezada Enfermeira Selme Silqueira de Matos,

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Felício Rocho analisou e aprovou sem restrições, em reunião realizada em 31 de Agosto de 2005, o projeto intitulado: **“Diagnóstico de Enfermagem de Pacientes em Pós Operatório Mediato e tardio: Perfil de uma clientela”**, protocolado neste CEP/HFR com o nº 138/05.

Atenciosamente,

Des. Francisco Kupdlowski
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Felício Rocho

ANEXO B- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG-COEP

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP


Parecer nº. ETIC 397/06

Interessada: Profa. Daclé Vilma Carvalho
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou, *ad referendum*, no dia 06 de dezembro de 2006, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Diagnósticos de enfermagem de pacientes em pós operatório mediato e tardio: perfil de uma clientela**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG