



ENFERMAGEM CONTEMPORÂNEA

DEZ TEMAS, DEZ DEBATES

Colecção E-books Oficinas Temáticas. Nº1. 2013.

COORDENADORES

Felismina Mendes, Laurência Gemito, Dulce Cruz, Manuel Lopes

Ficha Técnica

Título: *Enfermagem Contemporânea: Dez Temas, Dez Debates*

Coordenadores: Felismina Mendes, Laurência Gemitto, Dulce Cruz, Manuel Lopes

Edição Gráfica: Fundação Luis de Molina

Design: Carmen Murteira

Edição: Universidade de Évora

Local: Évora

ISBN: 978-989-20-4162-9

Data: dezembro 2013

Índice

Introdução.....	6
1. O trabalho em rede e o combate à violência doméstica.....	13
2. Construção do conhecimento em enfermagem: Duas perspectivas.....	26
3. Conhecimento em enfermagem: representações sociais construídas por estudantes de formação inicial.....	30
4. Processos e modelos de raciocínio na tomada de decisão: Contributos conceptuais e interrogações	46
5. Segurança do doente e qualidade dos cuidados de saúde.....	74
6. Parto por cesariana: Salvação e/ou conformidade?.....	89
7. A relação terapêutica como <i>pacto de cuidados</i> (Perspectiva de Paul Ricoeur).....	110
8. Cuidadores informais: Quem quer ou quem pode?.....	133
9. Espiritualidade em enfermagem.....	151
10. O diagnóstico de enfermagem angústia espiritual.....	167

10. O diagnóstico de enfermagem angústia espiritual

Sílvia Caldeira - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Emília Campos de Carvalho - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Margarida Vieira - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Diagnosticar em enfermagem

Diariamente diagnosticamos inúmeras vezes em múltiplas situações, mesmo que esse processo ocorra de modo inconsciente. Efetuamos julgamentos sobre os objetos, as atitudes, os fenómenos, numa perspetiva que associa uma vertente mais pessoal a uma mais contextual. Pela natureza da sua profissão, o enfermeiro diagnostica frequentemente e o diagnóstico é considerado uma etapa fundamental que integra o seu processo científico de trabalho, baseado no método de resolução de problemas e desenvolvido em etapas sequenciais mas cíclicas e, por vezes, simultâneas. O enfermeiro avalia, diagnostica, planeia as intervenções, realiza-as e por fim avalia os resultados. Como referem Carvalho, Cruz e Herdman o *“raciocínio clínico refere-se aos processos cognitivos que os clínicos usam para coletar informações do paciente, analisar os dados, gerar hipóteses e avaliar essas hipóteses. Esses processos permitem que o clínico se mova a partir de dados de avaliação, indicando sinais anormais, sintomas, estados de risco e/ou pontos fortes do paciente para hipóteses sobre a natureza do problema, ou sobre oportunidades de promoção de saúde”* (2013, p. 137). Tratando-se de pessoas humanas, este processo caracteriza-se pela sua complexidade, tal como refere Lunney (2004), ao considerar a interpretação das respostas humanas como complexa mas necessária no sentido de garantir o rigor do diagnóstico, que é uma etapa fulcral para a tomada de decisão ao preceder o planeamento das intervenções e ao influenciar os resultados dos doentes relativamente a esse diagnóstico, que se esperam positivos em relação à intervenção do enfermeiro.

A particularidade do diagnóstico de enfermagem relaciona-se com o contexto de onde emerge e com cada pessoa individualmente, apelando à interpretação de respostas humanas que são complexas e diversificadas e ao desenvolvimento de competências

para interpretar e ajuizar com rigor e adequação. Dessas competências destacamos as relacionais, científicas e técnicas.

Foi na segunda metade do século XX que a discussão acerca do diagnóstico de enfermagem, enquanto etapa formal do processo de enfermagem, foi tomando contornos mais evidentes. Em Portugal, estavam a decorrer alterações estruturais nos planos de formação de enfermagem, com uma maior ênfase no desenvolvimento de competências analíticas e críticas (Silva, 2011). Ainda, em 1996, verificou-se a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, que enuncia a caracterização das intervenções de enfermagem autónomas e as intervenções de enfermagem interdependentes (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Relativamente ao processo de enfermagem são identificadas três gerações (Barros, 2009). A primeira caracteriza-se pela identificação e problemas compreendidos à luz de determinado enquadramento teórico que possibilita a definição e intervenções. A segunda geração relaciona-se com a utilização do diagnóstico de enfermagem e com as classificações de enfermagem. Nesta geração o raciocínio clínico caracteriza-se pelas hipóteses de diagnóstico confirmadas ou refutadas de acordo com os objetivos definidos. A terceira geração tem a particularidade de utilizar classificações de diagnósticos, intervenções e resultados. Nestas, o raciocínio caracteriza-se pela discriminação de indicadores de resultados que são avaliados após as intervenções.

As classificações nas profissões de saúde têm dois objetivos, um de natureza abstrata e outro de natureza concreta. O primeiro relaciona-se com a criação de conhecimento através da conceptualização e clarificação de fenómenos relevantes para a profissão. O segundo relaciona-se com a construção de uma base de fenómenos empíricos que auxilie os profissionais na sua prática clínica (Von Krogh, 2008). As classificações de conceitos ou de linguagem relevante à enfermagem são importantes instrumentos para organizar o conhecimento cada vez mais complexo, facilitar o raciocínio clínico e, por inerência, a prestação de cuidados (Carvalho, Cruz e Herdman, 2013).

As taxonomias da NANDA-I

A necessidade de identificar e classificar fenômenos relevantes aos cuidados de enfermagem permitiu o desenvolvimento de classificações próprias da disciplina, como são exemplo a classificação de diagnósticos da NANDA-Internacional (Herdman, 2012), a CIPE® - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011), a NIC - Nursing Intervention Classification (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010) e a NOC - Nursing Outcomes Classification (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010), embora os enfermeiros utilizem também outras classificações como a CIF.

A NANDA-I é uma classificação de diagnósticos de enfermagem. Essa classificação tem uma estrutura de relação hierárquica com fundamento científico definindo-se, por isso, como taxonomia (Von Krogh, 2008).

A primeira conferência norte americana, com o objetivo de discutir diagnósticos de enfermagem, ocorreu em 1973 na Universidade de St Louis. No entanto, a constituição da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) formalizou-se 9 anos depois, em 1982. Desde a data da sua criação até o ano 2000, a NANDA classificava os diagnósticos na taxonomia I e, atualmente, vigora a taxonomia II. A partir de 2002 a NANDA passou a designar-se NANDA-I (NANDA Internacional).

A NANDA-I define diagnóstico de enfermagem como: “um julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem constitui a base para a escolha de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados que são responsabilidade do enfermeiro” (NANDA-I, 2010, p. 65).

O diagnóstico de enfermagem pode ser definido em sete eixos:

Eixo 1	Eixo 2	Eixo 3	Eixo 4	Eixo 5	Eixo 6	Eixo 7
Conceito diagnóstico	Sujeito do diagnóstico	Juízo	Localização	Idade	Tempo	Situação do diagnóstico

Os 13 domínios da taxonomia II são:

- Domínio 1 – Promoção da saúde

- Domínio 2 – Nutrição
- Domínio 3 – Eliminação e troca
- Domínio 4 – Atividade/Repouso
- Domínio 5 – Percepção/Cognição
- Domínio 6 – Auto percepção
- Domínio 7 – Papéis e relacionamentos
- Domínio 8 – Sexualidade
- Domínio 9 – *Coping*/Tolerância ao stress
- Domínio 10 – Princípios de vida
- Domínio 11 - Segurança/Proteção
- Domínio 12 – Conforto
- Domínio 13 – Crescimento/Desenvolvimento

O eixo 1 e 3 são essenciais para a definição de um diagnóstico. Os diagnósticos estão codificados com 5 dígitos, de modo a possibilitar a sua aplicação informática. Para que sejam integrados na NANDA-I, os diagnósticos devem ser submetidos à comissão de desenvolvimento de diagnósticos. Esta comissão atribui o nível de evidência ao diagnóstico, atendendo aos elementos que ele contém à data da submissão, de acordo com os seguintes níveis:

- No nível 1 - diagnósticos recebidos pela comissão de desenvolvimento de diagnósticos da NANDA-I
 - Nível 1.1 – têm apenas com o enunciado
 - Nível 1.2 – têm enunciado e definição
- No nível 2 – diagnósticos aceites para publicação e inclusão na taxonomia
 - Nível 2.1 – têm enunciado, definição, características definidoras ou fatores de risco, fatores relacionados e referências
 - Nível 2.2 – baseados numa análise de conceito relevante
 - Nível 2.3 – baseados em estudos de consenso relativos ao diagnóstico realizados por especialistas
- No nível 3 – diagnósticos com suporte clínico (validação e testes)
 - Nível 3.1 – Baseados em revisões integrativas de literatura
 - Nível 3.2 – Estudos clínicos relativos ao diagnóstico mas não passíveis de generalização à população

- Nível 3.3 – Estudos clínicos bem planeados, com amostras pequenas
- Nível 3.4 – Estudos clínicos bem elaborados, com amostra randomizada e significativa que permita a generalização

Ao consultar a taxonomia II podemos constatar que o nível e evidência 2.1 é o valor máximo atribuído atualmente aos diagnósticos. Este facto enfatiza a importância dos estudos de validação e a necessidade incrementar a evidência clínica, atendendo a que a classificação do nível de evidência proposta pela NANDA-I culmina no nível 3.4, atribuída aos diagnósticos que resultem de estudos clínicos bem elaborados, com amostras randomizadas e significativas, que permitam generalizar os dados.

O diagnóstico de enfermagem angústia espiritual

O diagnóstico angústia espiritual foi aprovado em 1978, resultado dos estudos de Cavendish, e foi revisto em 2002, após os estudos de Burkhart (Herdman, 2012). Em 1978, na 3.ª conferência Nacional de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, foram classificados pela primeira vez os diagnósticos “*spiritual concerns*”, “*spiritual distress*”, “*spiritual despair*”, que em 1980, na 4ª conferência, foram todos integrados no diagnóstico “*spiritual distress*” (Ellerhorst-Ryan, 1985).

Atualmente, o diagnóstico de enfermagem angústia espiritual (*spiritual distress-00066*) está classificado na classe 3 do domínio 10 da taxonomia II (NANDA-I, 2010, p. 398):

Domínio 10 – Princípios de vida – Princípios nos quais são baseados a conduta, o pensamento e o comportamento quanto a atos, costumes ou instituições, considerados verdadeiros ou dotados de valor intrínseco.

- Classe 1 – Valores – identificação e classificação dos modos de conduta ou estados finais preferidos.

Diagnósticos aprovados

Disposição para aumento da esperança (00185)

- Classe 2- Crenças – Opiniões, expectativas ou juízos sobre ações, costumes ou instituições entendidos como verdadeiros ou com valor intrínseco.

Diagnósticos aprovados

Disposição para o aumento de bem-estar espiritual (00068)

Disposição para o aumento da esperança (00185)

- Classe 3 – Congruência entre valores/crenças/ações – a correspondência ou o equilíbrio alcançado entre valores, crenças e ações.

Diagnósticos aprovados

Angústia espiritual (00066)

Risco de angústia espiritual (00067)

Conflito de decisão (00083)

Falta de adesão (00079)

Risco de religiosidade prejudicada (00170)

Religiosidade prejudicada (00169)

Disposição para aumento da religiosidade (00171)

Sofrimento moral (00175)

Disposição para aumento da tomada de decisão (00184)

O diagnóstico angústia espiritual define-se como a “capacidade prejudicada de experienciar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, arte, música, literatura e/ou um ser maior” (NANDA-I, 2010, p. 317). É constituído por vinte e oito características definidoras:

- Conexão consigo mesmo
 - Culpa
 - Coping* insatisfatório
 - Expressa falta de aceitação
 - Expressa falta de amor
 - Expressa falta de auto perdão
 - Expressa falta de coragem
 - Expressa falta de esperança
 - Expressa falta de finalidade na vida
 - Expressa falta de serenidade
 - Expressa falta de significado na vida
 - Raiva
- Conexão com os outros
 - Expressa alienação
 - Recusa integrar-se com líderes espirituais
 - Recusa integrar-se com pessoas significativas

- Verbaliza estar separado de seu sistema de apoio
- Conexão com a arte, música, literatura e natureza
 - É incapaz de expressar estado de criatividade anterior (por exemplo cantar/ouvir música/escrever)
 - Não se interessa pela natureza
 - Não se interessa por literatura espiritual
- Conexão com um ser maior
 - É incapaz de experimentar o transcendente
 - É incapaz de participar em atividades religiosas
 - É incapaz de rezar
 - Expressa desesperança
 - Expressa raiva de Deus
 - Expressa sofrimento
 - Expressa sentimento de abandono
 - Incapacidade de introspeção
 - Mudanças repentinas nas práticas espirituais
 - Solicita conversar com um líder religioso

Desde que foi incluído na classificação o diagnóstico foi submetido a discussão crítica e modificações. Os *proceedings* da décima conferência, onde Dossey, Frish, Guzzetta & Burkhart (1994) apresentam uma reflexão crítica acerca do diagnóstico e da sua classificação no padrão valorizar. Defendem que o diagnóstico não reflete a atenção do enfermeiro ao espírito humano e consideram que o padrão é reducionista perante o significado da espiritualidade. Sugerem o termo “*spiriting*” para substituir o “*valuing*”, argumentando que é um termo que inclui todas as vertentes do espírito humano, nomeadamente os valores e o sentido de vida. Já nos *proceedings* da décima terceira conferência, é apresentado o relatório do grupo de trabalho dedicado ao diagnóstico angústia espiritual e são enunciadas algumas recomendações de investigação, como a realização de estudos em diferentes populações, priorização dos estudos clínicos com abordagem centrada no doente, estudos que permitam a validação de fatores etiológicos; recomendação de uma nova definição de angústia espiritual como “ruptura no sentido de conexão harmoniosa com toda a vida e universo na qual foram prejudicadas as dimensões que transcendem e fortalecem o *self*”; recomendações relacionadas

com alterações nas características definidoras; recomendação para aumentar o nível e evidência do diagnóstico para 2.2 ou 2.3 (Herdman et al., 1999).

Neste momento o diagnóstico mantém o nível de evidência 2.1, que significa que tem enunciado, definição, características definidoras, fatores relacionados e referências, sendo aceite para publicação e inclusão na taxonomia (NANDA-I, 2010). Para esta evolução têm contribuído os estudos de validação do diagnóstico.

Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual

Existem diferentes métodos para validar diagnósticos de enfermagem, tais como o modelo de Gordon e Sweeney que integra a realização de estudos retrospectivos, validação clínica e validação de diagnóstico diferencial (Fehring, 1986; Garcia, 1998; Chaves, 2008); o modelo de Hoskins (1989), composto por análise do conceito, validação por peritos e validação clínica; e os modelos de Fehring (1986, 1987, 1994), nomeadamente, o modelo de validação de conteúdo, o modelo de validação clínica, o modelo de validação diferencial e o modelo de validação etiológica. Estes modelos últimos modelos são menos utilizados na investigação, no entanto o modelo de validação diferencial pode constituir uma estratégia adequada à validação e um ou mais diagnósticos referentes a fenómenos muito semelhantes (Caldeira, Chaves, Carvalho, Vieira, 2012). O modelo de validação e conteúdo e o modelo de validação clínica de Fehring são os mais utilizados na validação de diagnósticos da NANDA-I (Chaves, Carvalho & Rossi, 2008; Pompeo, Rossi & Galvão, 2009; Davim, Araújo, Galvão & Mota, 2010).

Neste capítulo introduziremos ambos, porém apresentaremos os resultados de investigação relativa à fase de validação clínica.

O modelo de validação de conteúdo

O modelo de validação de conteúdo tem por objetivo obter a opinião de enfermeiros peritos acerca da relevância das características definidoras para o diagnóstico (Fehring, 1987, 1994). Um diagnóstico de enfermagem é válido quando as suas características definidoras representam precisamente o que é observado na prática clínica pelos enfermeiros (Garcia, 1998; Braga, 2003). Fehring sugere que o investigador desenvolva

uma revisão ampla de literatura prévia à validação, onde possa identificar características definidoras identificadas na literatura que não constem na taxonomia da NANDA-I, contribuindo para o desenvolvimento da taxonomia. Este modelo tem sido alvo de críticas que focam, essencialmente, a dificuldade em estabelecer critérios de identificação de enfermeiros peritos (Galdeano & Rossi, 2006; Carvalho, Mello, Napoleão, Bachion, Darli & Canini, 2008; Lopes, Silva & Araújo, 2013). São sete os critérios de seleção de peritos que, após avaliados, devem ter um score mínimo de 5 num total possível de 14 pontos possíveis, segundo Fering (Quadro 1).

Quadro 1 - Critérios para identificação de peritos segundo Richard Fehring (1994)

Critérios	Pontuação
Mestre em enfermagem	4
Mestre em enfermagem – dissertação com conteúdo relevante ao diagnóstico em estudo	1
Artigo publicado em revista com arbitragem científica sobre diagnósticos	2
Investigação publicada acerca de diagnósticos e com conteúdo relevante área em estudo	2
Tese de doutoramento acerca de diagnósticos	2
Experiência clínica de pelo menos um ano na área do diagnóstico em estudo	1
Certificação de prática clínica numa área relevante ao diagnóstico em estudo	2

A seleção dos peritos é a etapa que proporciona maior dificuldade aos investigadores (Levin, 2001; Galdeano & Rossi, 2006; Carvalho et al., 2008). É solicitado aos peritos que classifiquem cada característica definidora do diagnóstico, apresentada com a respetiva definição operacional, através de resposta numa escala tipo Likert de cinco níveis que correspondem ao nível de pertinência dessa característica definidora para o diagnóstico. A cada nível da escala de Likert faz-se corresponder:

- 1 (nada pertinente) = 0
- 2 (muito pouco pertinente) = 0,25
- 3 (de algum modo pertinente) = 0,50
- 4 (pertinente) = 0,75
- 5 (muitíssimo pertinente) = 1

Às características definidoras do diagnóstico em validação devem ser adicionadas características definidoras de outros diagnósticos, denominadas características fictícias.

O *score* de cada característica definidora corresponde à média da pontuação da mesma (soma da pontuação de todos os peritos para essa característica definidora, seguida da divisão pelo número de peritos). O resultado do *score* para cada característica definidora permite classificar as características definidoras como:

- Características definidoras principais, se igual ou superior a 0,80;
- Características definidoras secundárias, se superior a 0,50 e inferior a 0,80;
- Características irrelevantes, se igual e inferior a 0,50.

O *score* total do diagnóstico resulta da soma dos *scores* individuais, posteriormente dividida pelo número total das características definidoras, retiradas as tiverem *score* inferior a 0,50. É considerado validado o diagnóstico cujo *score* seja superior a 0,60 (Fehring, 1994).

A validação de conteúdo permite conhecer a opinião do grupo de peritos, mas esse método não assegura que essa opinião corresponda fielmente ao fenómeno (Parker, 1998). A validação do diagnóstico no contexto clínico é considerada mais fidedigna (Fehring, 1986, 1987; Parker, 1998; Chaves, Carvalho & Hass, 2010).

O modelo de validação clínica

O modelo de validação clínica tem por objetivo avaliar as características definidoras nos próprios doentes, nos quais o enfermeiro reconhece o diagnóstico que está a ser submetido a validação (Fehring, 1987, 1994). Lunney (1990) afirmou que a validação de alguns diagnósticos de enfermagem poderia ser impossível, porquanto é o doente o único e verdadeiro conhecedor do fenómeno e este apenas fornece aos enfermeiros parte da informação necessária para o diagnóstico. Atendendo a este aspeto, algumas estratégias deverão ser tomadas em consideração no sentido de minimizar este fenómeno e favorecer o rigor do diagnóstico, tais como a avaliação por mais do que um perito, a entrevista direta ao doente ou a aplicação de instrumentos de medida do fenómeno/construto em estudo.

Para os diagnósticos relacionados com respostas cognitivas ou emocionais, por isso mais subjetivas, é aconselhável uma abordagem direta ao doente, como a entrevista. Importa sublinhar que o *timing* em que decorre a validação é fulcral para determina-

dos diagnósticos, pois as características definidoras que indicam o diagnóstico num determinado momento podem modificar-se ao longo do tempo (Creason, 2004).

A proposta para uma nova definição

A dificuldade em definir espiritualidade é uma afirmação recorrente na literatura como um dos obstáculos à inclusão da espiritualidade na prática clínica (McSherry, 2000a, 2007, 2012; Narayanasamy, 2001; Koenig, 2007; Pesut, 2008; Caldeira, 2011). O conceito de espiritualidade tem também evoluído nos últimos anos (Ross, 2006; Pesut, Fowler, Taylor & Sawatsky, 2008). Porém, em Portugal, ainda é escassa a divulgação científica em enfermagem relacionada com a espiritualidade (Caldeira, Castelo-Branco & Vieira, 2011).

A angústia espiritual é um diagnóstico de enfermagem que se relaciona com a espiritualidade e que teve dois conceitos diferentes classificados pela NANDA-I, embora com algumas sugestões de modificação (Smucker, 1996; Herdman et al., 1999; Chaves, 2008). A última proposta de uma nova definição resultou do estudo de Chaves (2008), mas não foi assumida pela NANDA-I.

Angústia deriva do verbo latino *angere* (apertar afogar, estreitar) e significa “estado de inquietude, sofrimento, tormento” (Houaiss, 2003, p. 286). Esta inquietude e sofrimento derivam “da consciência de um destino pessoal sob o signo da liberdade ou da ameaça do nada” (Dicionário Porto editora, 2011, p. 11). Espiritual é “concernente ao espírito ou a ele pertencente” (Houaiss, 2003, p. 1599). A angústia espiritual parece ser um estado de sofrimento, inquietude e tormento relacionado com o espírito ou à espiritualidade. Uma das diretivas da NANDA-I reza que nos casos em que um diagnóstico é composto por dois termos, como é o caso da angústia espiritual, “cada um deles contribui com um sentido único ao conceito, como se os dois constituíssem um único substantivo” (NANDA-I, 2010, p. 66). O diagnóstico angústia espiritual seria, à luz da etimologia dos seus termos constituintes, um aperto espiritual, relacionado com a vida. Frequentemente os enfermeiros referem-se a esta angústia, a este aperto relacionado com a vida e o seu sentido, como a dor da alma.

A revisão de literatura permitiu-nos identificar outros termos utilizados para definir a angústia espiritual: dor espiritual, dor existencial, sofrimento existencial e sofrimento

espiritual. A dor ou sofrimento existencial é sempre espiritual e a dor ou sofrimento espiritual acontece porque é existencial. A revisão de literatura permitiu-nos constatar que o sofrimento relacionado com o sentido da vida é fulcral para o diagnóstico e, por fim, permitiu-nos perceber que a angústia relaciona-se com a espiritualidade e com o bem-estar espiritual. Desta revisão propomos manter o enunciado do conceito como “angústia espiritual” e alterar o seu conceito para “estado de sofrimento relacionado com a capacidade prejudicada de encontrar sentido na vida através da conexão consigo mesmo, com os outros, com o mundo e com um Ser Maior” (Caldeira, Carvalho, Vieira, 2013)¹.

A revisão integrativa da literatura permitiu identificar 10 estudos de validação do diagnóstico, desde 1987 até 2008. Trinta e sete artigos constituíram a amostra e foram enumerados 37 indicadores clínicos de angústia espiritual. Destes indicadores, verificou-se que alguns constavam na NANDA-I, porém outros não constavam. Por outro lado, alguns que estavam classificados na NANDA-I não foram identificados na revisão (Caldeira, Carvalho, Vieira, 2013). Ainda na análise destes resultados, verificou-se que alguns indicadores clínicos, escritos de modo distinto, pareciam ter o mesmo significado, pelo que se procedeu a uma fase de análise semântica entre os 35 resultados da revisão e as 28 características definidoras da NANDA-I, a partir da qual, resultou 40 indicadores clínicos que forma submetidos à validação em contexto clínico.

Validação clínica em doentes com cancro

A validação clínica foi realizada num hospital de dia de hemato-oncologia, numa amostra de 170 doentes adultos, que não estivessem na primeira sessão de quimioterapia, em estado de bem estar e orientados, que consentissem participar e que não tivessem laços de proximidade à investigadora. Os 170 doentes foram entrevistados para preenchimento de um formulário constituído por 5 partes: dados demográficos; 40 indicadores clínicos com definição operacional e escala de resposta dicotómica; diagnóstico de angústia espiritual pelo investigador; questionário de bem

¹ Esta proposta foi submetida à comissão de desenvolvimento de diagnósticos da NANDA-I, foi submetida a votação dos membros e foi aceite para integrar a edição 2015-2017 da taxonomia.

estar espiritual (Gouveia, Marques & Pais-Ribeiro, 2009); confirmação/negação de angústia espiritual pelo doente.

Considerou-se um doente em angústia espiritual quando havia concordância dos três critérios: diagnóstico pelo investigador, confirmação do doente de estar em angústia espiritual e valor do questionário de bem estar espiritual igual ou inferior a 3.

Nesta fase de investigação, o participante tipo foi do sexo feminino, católico, com 56,2 anos, com o diagnóstico de cancro há 24 meses e em tratamento há 15 meses. Os 3 tipos de cancro mais frequentes foram cancro da mama (42,4%), cancro do intestino (14,7%) e cancro do pulmão (7,1%).

Ao aplicar os três critérios de identificação do diagnóstico, verificamos a existência de angústia espiritual e 69 doentes, o que equivale a uma prevalência de 40,8%.

O valor médio de bem-estar espiritual (BEE) foi 3,37 na totalidade da amostra, contudo existem diferenças significativas entre doentes com o diagnóstico e sem o diagnóstico. Nos doentes em angústia espiritual, o BEE surge com uma média de 2,74. Nos doentes sem angústia espiritual surge com média igual a 3,9. Concluimos que os doentes em angústia espiritual têm menor valor de BEE que os doentes sem angústia espiritual (com diferenças significativas, atendendo a que o valor de prova do teste (p) foi inferior a 0,05).

Tabela 1 – Características definidoras principais, secundárias e irrelevantes
(Caldeira, 2012)¹

Classificação	Características definidoras	Angústia espiritual (Investigador*Doente*BEE)			
		Sim		Não	
		(n=69)		(n=100)	
		n	%	n	%
Principais	Expressa sofrimento	68	98,6	16	16,0
	Ansiedade	67	97,1	56	56,0
	Preocupação com a família	66	95,7	77	77,0
	Alienação	65	94,2	13	13,0
	Choro	65	94,2	51	51,0
	Questiona a sua identidade	64	92,8	74	74,0
	Questiona o sentido da vida	62	89,9	42	42,0
	Medo	61	88,4	68	68,0
	Falta de serenidade	57	82,6	16	16,0
	Insónia	57	82,6	46	46,0
	Fadiga	57	82,6	59	59,0
	Incapacidade em ter a criatividade como anteriormente	56	81,2	27	27,0
Secundárias	Questiona sentido do sofrimento	47	68,1	19	19,0
	Falta de esperança	41	59,4	9	9,0
	Falta de sentido na vida	38	55,1	4	4,0
	Recusa relacionar-se com pessoas significativas	36	52,2	10	10,0
Irrelevantes	Mudanças repentinas nas práticas espirituais	34	49,3	26	26,0
	Sentimento de inutilidade	29	42,0	9	9,0
	Sentimento de luto	29	42,0	8	8,0
	Falta de aceitação	28	40,6	10	10,0
	Perda de controlo	26	37,7	8	8,0
	Afastamento de Deus	24	34,8	3	3,0
	Desinteresse pela natureza	20	29,0	3	3,0
	Desinteresse em participar em atividades religiosas	18	26,1	3	3,0
	Falta de coragem	18	26,1	5	5,0
	Sentimento de culpa	16	23,2	17	17,0
	Raiva	15	21,7	8	8,0
	Recusa integrar-se com líderes espirituais	12	17,4	13	13,0
	Falta de confiança	12	17,4	8	8,0
	Solicita assistência espiritual	11	15,9	13	13,0
	Necessidade de perdão	11	15,9	15	15,0
	Incapacidade em rezar	10	14,5	2	2,0
	Raiva contra Deus	10	14,5	2	2,0
	Falta de amor	8	11,6	6	6,0
	Desinteresse por literatura espiritual	6	8,7	2	2,0
	Preocupação com o seu sistema de crenças e valores	5	7,2	4	4,0
Questiona a sua dignidade	5	7,2	6	6,0	
Verbaliza estar separado do seu sistema de apoio	1	1,4	2	2,0	
Incapacidade em experimentar a transcendência	1	1,4	1	1,0	
Sentimento de abandono	0	0,0	0	0,0	

¹ Devido a 1 *missing data*, a amostra ficou reduzida a 169 doentes, para o tratamento dos indicadores e BEE.

Ficaram classificadas como características principais:

Expressa sofrimento; ansiedade; preocupação com a família; alienação; choro; questiona a sua identidade; questiona o sentido da vida; medo; falta de serenidade; insónia; fadiga e incapacidade em ter criatividade como anteriormente.

Como características secundárias: *questiona o sentido do sofrimento; falta de esperança; falta de sentido na vida e recusa relacionar-se com pessoas significativas.*

As restantes características foram classificadas como irrelevantes.

No global da amostra tínhamos identificado 50% de doentes com a característica definidora *expressa sofrimento*. Existem doentes que confirmaram sofrimento, mas que não estão em angústia espiritual, pois o número de doentes que expressam sofrimento é superior ao número de doentes em angústia espiritual. Este dado corrobora a sugestão da proposta de alteração do conceito de angústia espiritual como um estado de sofrimento, no entanto, nem sempre o sofrimento significa estar em angústia espiritual.

Encontrámos valores significativos no que se refere à presença de metástases e ao consumo de antidepressivos. Assim, 34,7% dos doentes com BEE inferior ou igual a 3 têm metástases e 38,9% tomam antidepressivos. A maioria dos doentes (mais de 80%) com BEE superior a 3 não tem metástases nem toma antidepressivos. Salientamos que, mesmo tomando antidepressivos, 38,9% dos doentes obtiveram BEE inferior a 3. A depressão é uma experiência profundamente espiritual, porque afeta a pessoa em todo o seu ser e em toda a sua existência (Swinton, 2003). Não obstante a semelhança entre algumas características definidoras de angústia espiritual e os sintomas e sinais de depressão, ambas também têm sido definidas como situações distintas (Burnard, 1987; Kennedy & Cheston, 2003; Grant, Murray, Kendall, Boyd, Tiller, & Ryan, 2004; Brown, Whitney, & Duffy, 2006). Foi-nos possível verificar que 34,8% dos doentes que têm metástases estão em angústia espiritual. Dos doentes que tomam antidepressivos, 15% dos doentes não está em angústia espiritual e 39,1% está em angústia espiritual, logo, é maior o número de doentes que tomam antidepressivos e que estão em angústia espiritual do que o número de doentes que tomam antidepressivos e que não estão em angústia espiritual. No entanto, existe 60,9% de doentes que está em angústia espiritual e não toma antidepressivos.

Ao calcularmos o valor de especificidade e de sensibilidade das características definidoras, concluímos que “expressa sofrimento” é um altamente sensível (98,6%) e que a

“falta de sentido na vida” é altamente específica (96%). A análise Odd Ratio permitiu-nos concluir que a probabilidade de um doente estar em angústia espiritual foi 85,3 vezes superior em doentes que sentiam falta de sentido na vida.

Considerações e implicações para a enfermagem

A prevalência do diagnóstico angústia espiritual confirma a atenção que é necessária pelos enfermeiros aos doentes, na medida em que é um fenómeno real e relevante para a saúde e bem-estar da pessoa naquela sua circunstância de vida. Alguns resultados alertam-nos para a importância do diagnóstico diferencial entre a situação patológica de depressão e o diagnóstico de enfermagem angústia espiritual, porquanto identificámos doentes que, mesmo a consumir antidepressivos, estavam em angústia espiritual. Por outro lado, foi de particular interesse constatar que a maioria dos doentes em angústia espiritual não consome antidepressivos. Consideramos que seria útil conhecer como é que os doentes vivenciam a angústia espiritual e que significados atribuem a esse estado de sofrimento na sua vida. Este conhecimento acerca das respostas humanas no processo de doença seria valioso para a sistematização do conhecimento acerca da espiritualidade em enfermagem.

A identificação das características definidoras principais e secundárias, bem como as características mais sensíveis e específicas para o diagnóstico, também colocam ao dispor dos enfermeiros elementos que poderão facilitar o rigor no diagnóstico, neste contexto particular de doentes em situação de doença oncológica.

A angústia espiritual constitui um estado de sofrimento de natureza espiritual e a espiritualidade é individual, subjetiva e multidimensional, pelo que emerge a necessidade de realizar estudos de validação deste diagnóstico em outros contextos. Também constatámos nas entrevistas o carácter intermitente da angústia espiritual, na medida em que alguns doentes reconheciam já ter estado em angústia e não confirmarem esse estado naquele momento, pelo que sugerimos estudos de validação longitudinais permitiriam conhecer quais as características definidoras em diferentes momentos do diagnóstico angústia espiritual, ao longo do processo de doença.

Referências bibliográficas

- Braga, C. & Cruz, D. (2003). A taxonomia II pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(2), 240-244.
- Brown, A., Whitney, S. & Duffy, J. (2006). The physician's role in the assessment and treatment of spiritual distress at the end of life. *Palliative and Supportive Care*, 4(1), 81-86.
- Bulechek, G., Butcher, H. & Dochterman, J. (2010). NIC – Classificação das intervenções de Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Burnard, P. (1987). Spiritual distress and the nursing response: theoretical considerations and counseling skills. *Journal of Advanced Nursing*, 12(3), 377-382.
- Caldeira, S. (2011). *A espiritualidade no cuidar – um imperativo ético*. Lisboa: Coisas de ler.
- Caldeira, S., Castelo Branco, Z. & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal, *Revista Referência*, 5, 145-152.
- Caldeira, S.(2012). Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual. Tese de doutoramento em enfermagem. Universidade Católica Portuguesa.
- Caldeira, S., Chaves, E., Carvalho, E. & Vieira, M. (2012). Validação de diagnósticos de enfermagem – o modelo diferencial como estratégia. *Revista de Enfermagem da UFPE online*, 6(6), 1441-1445.
- Caldeira, S., Carvalho, E., Vieira, M. (2013). Spiritual distress – proposing a new definition and defining characteristics. *International journal of Nursing Knowledge*, 24(2), 77-84.
- Carvalho, E., Cruz, D., Herdman, T.(2013). Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem. *Revista brasileira de Enfermagem*, 66 (esp), 134-141.
- Carvalho, E., Mello, A., Napoleão, A., Bachion, M., Darli, M. & Canini, S. (2008). Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 10(1), 235-240.
- Chaves, E. (2008). *Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual*. Tese de doutoramento, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Brasil.

- Chaves, E., Carvalho, E. & Rossi, L. (2008). Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(2), 513-520.
- Chaves, E., Carvalho, E. & Hass, V. (2010). Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual: análise por especialistas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(2), 264-270.
- Creason, N. (2004). Clinical validation of nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 15(4), 123-132.
- Davim, R., Araújo, M., Galvão, M. & Mota, G. (2010). Revisão de literatura sobre diagnósticos de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 4(3), 1023-1030.
- Dossey, B., Frish, N., Guzzetta, C. & Burkhart, M. (1994). American Holistic Nurses' Association. In R. Carrol-Johnson & M. Paquete (Eds). *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association* (160-167). Philadelphia: Lippincott.
- Ellerhorst-Ryan, J. (1985). Selecting an instrument to measure spiritual distress. *Oncology Nursing Forum*, 12(2), 93-94, 99.
- Fehring, R. (1986). Validation - validating diagnostic labels: standardized methodology. In M Hurley (Ed). *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the sixth conference of North American Nursing Diagnosis Association* (183-190). St Louis: Mosby.
- Fehring, R. (1987). Methods to validate nursing diagnoses. *Heart & Lung*, 16(6), 625-629.
- Fehring, R. (1994). The Fehring Model. In R. Carrol-Johnson & M. Paquete (Eds). *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association* (55-62). Philadelphia: Lippincott.
- Galdeano, L. & Rossi, L. (2006). Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. *Ciência, Cuidado e Saúde* 5(1), 60-66.
- Garcia, T. (1998). Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 11(3), 24-31.
- Gouveia, M., Marques, M. & Pais Ribeiro, J. (2009). Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura fatorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 285-293.

- Grant, E., Murray, S., Kendall, M., Boyd, K., Tiller, S. & Ryan, D. (2004). Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease: A qualitative study. *Palliative and Supportive Care*, 2(4), 371-378.
- Herdman, T. (Ed.). (2012). *NANDA International - Nursing Diagnoses: definitions and classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Herdman, H. et al. (1999). Spiritual distress. In M Rantz & P. Lemone (Eds). *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the thirteenth conference of North American Nursing Diagnosis Association* (612-614). California: Cinahl Information Systems.
- Hoskins, L. (1989). Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In R. M. Carroll-Johnson (Ed.). *Classification of Nursing diagnoses: Proceedings of the eighth*
- Houaiss, A. (2003). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*, Lisboa: Temas e Debates.
- Kennedy, C. & Cheston, S. (2003). Spiritual distress at life's end: finding meaning in the maelstrom. *The Journal of Pastoral Care and Counseling*, 57(2), 131-141.
- Koenig, H. (2007). *Spirituality in patient care – why, how, when and what*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Levin, R. (2001). Who are the experts? A commentary on nursing diagnosis validation studies. *Nursing Diagnosis*, 12(1), 29-30.
- Lopes, M., Silva, V., Araújo, T. (2013). Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(5), 649-655.
- Lunney, M. (1990). Accuracy of nursing diagnoses: concept development. *Nursing Diagnosis*, 1(1), 12-17.
- Lunney, M. (2004). *Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem – estudos de caso e análises*. Porto Alegre: Artmed.
- McSherry, W. (2000a). *Spirituality in nursing practice: an interactive approach*. Londres: Churchill Livingstone.
- McSherry, W. (2007). *The meaning of spirituality and spiritual care within nursing and health care practice*. London: Quay Books.
- McSherry, W. & Smith, J. (2012). Spiritual Care – principles, values and skills. In W. McSherry, R. McSherry & R. Watson – *Care in nursing* (117-131). Oxford: Oxford University Press.

- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., Swanson, E. (2010). *NOC – Classificação dos resultados de enfermagem*. 4ª ed.. Rio de Janeiro: Elsevier.
- NANDA International (2010). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011* (R. Garcez, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2009).
- Narayanasamy, A. (2001). *Spiritual care: a practical guide for nurses and health care practitioners*. Wilshire: Quay Books.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Silva, M. (2011). *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem – estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Tese de doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- Parker, L. (1998). Moving beyond content validation of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*, 9(4), 144-150.
- Pesut, B. (2008). A conversation on diverse perspectives of spirituality in nursing literature. *Nursing Philosophy*, 9(2), 98-109.
- Pesut, B., Fowler, M., Taylor, E. & Sawatsky, R. (2008). Conceptualizing spirituality and religion for health care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2803-2810.
- Pompeo, D., Rossi, L. & Galvão, C. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4), 434-438.
- Ross, L. (2006). Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 852-862.
- Smucker, C. (1996). A phenomenological description of the experience of spiritual distress. *Nursing Diagnosis*, 7(2), 81- 91.
- Swinton, J. (2003). *Spirituality and mental health care*. 2nd ed. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Von Krogh, G. (2008). An examination of the NANDA International taxonomy for domain completeness, ontological homogeneity, and clinical functionality. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19(2), 65- 75.