UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ERIKA DE CÁSSIA LOPES CHAVES

Revisão do diagnóstico de enfermagem

Angústia espiritual

Ribeirão Preto
2008

ERIKA DE CÁSSIA LOPES CHAVES

Revisão do diagnóstico de enfermagem

Angústia espiritual

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Emília Campos de Carvalho

**Ribeirão Preto
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação
Serviço de Documentação em Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Chaves, Erika de Cássia Lopes

Revisão do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*.
Ribeirão Preto, 2008.

255 f.:

Tese de doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Fundamental.

Orientadora: Carvalho, Emília Campos de.

1. Diagnósticos de Enfermagem. 2. Espiritualidade. 3. Estudos
de Validação. 4. Insuficiência Renal Crônica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Erika de Cássia Lopes Chaves

Revisão do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição _____ Assinatura _____

Dedico este trabalho:

Ao meu querido Marcelo, companheiro e amigo, com quem compartilho todos os sonhos e a realidade que vivo.

Aos meus anjos, Gabriel e Rafael, por atribuírem vida à minha vida.

À minha mãe querido, Da. Alduína, que sempre esteve presente em minha caminhada, fortalecida pelo seu exemplo e amor. Obrigada por me apresentar aos mistérios da fé e da espiritualidade, por meio da força de suas orações.

Ao meu pai amado, Sr José, meu grande exemplo de ser humano, que desde a infância me incentivou a lutar pelos meus sonhos. Mesmo na adversidade da doença e nos momentos derradeiros pôde me ensinar o valor da vida.

“Ainda que eu fale a língua dos homens e dos anjos...(…).... que eu tenha o dom da profecia e conheça todos os mistérios e toda a ciência, ainda que eu tenha tamanha fé, a ponto de transpor montanhas, se não tiver amor, nada serei”

1 Coríntios, 13, 1-2.

Agradecimento Especial

A Deus, pelo privilégio de viver e concretizar mais este sonho.

Aos **pacientes** portadores de Insuficiência Renal Crônica, que participaram deste estudo, por partilharem comigo um pouco de suas experiências.

Aos **enfermeiros peritos**, que, mesmo sem me conhecer, dedicaram seu tempo para que eu pudesse evoluir como profissional dedicado ao cuidado espiritual.
Obrigada!

A Prof. Dra. **Emília Campos de Carvalho**, agradeço não só pela orientação e amizade dedicadas durante estes anos de convivência, mas especialmente, pelo exemplo de competência, sabedoria e disponibilidade.

“Há mestres, que não só teorizam a metamorfose, mas também nos ensinam a bater asas... e voar” (Leite, 1994)

Agradecimento(s)

Durante a elaboração desta tese, várias pessoas desempenharam um papel especial, a cada uma expresso a minha gratidão:

Aos professores Luiz de Souza, Maria Cristina Galvão e Vanderlei José Haas, pelas oportunas e relevantes sugestões, que muito contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

Às professoras Alexandra de Souza Melo, Luciana Fernandes Marques, Maria Helena Caliri, Sandra C. Pillon e Namie Okino Sawada, pela valiosa colaboração na realização deste estudo.

Aos amigos Fábio de Souza Terra, Maria Bernadete Malerbo, Sueli L. J. Goytá e Jélia M. Rodrigues Resck, pelo apoio, disponibilidade e rica contribuição ao longo desta pesquisa.

À minha irmã Carmem, pelas leituras dos meus manuscritos e sugestões pertinentes de aprimoramento.

À Universidade Federal de Alfenas e à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo, por terem propiciado, junto a CAPES, por meio do PQI, os subsídios necessários para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da UNIFAL, por terem proporcionado condições para a realização do doutorado.

Aos professores e colegas do Curso de Pós-graduação da EERP/USP, pelo conhecimento compartilhado e por tornarem este período inesquecível.

Aos funcionários da EERP/USP, pela atenção sempre dispensada.

À Casa de Caridade N.S. Perpétuo Socorro, por contribuir sempre para a construção do conhecimento em enfermagem e, em especial, para minha formação.

À equipe de funcionários da hemodiálise, pela acolhida durante a coleta de dados.

Às amigas: Christiane, Denise, Eva, Idiane, Inês, Jussara e Malu, por tornarem o trabalho mais suave. Um sonho só é possível quando é compartilhado.

À minha “irmã” Liliana, pela amizade e pelo carinho, que foram constantes durante minha caminhada.

À querida Ana, por cuidar dos meus filhos como se fossem seus.

A todos que colaboraram para a realização deste trabalho, em especial agradeço.

Epígrafe

*Ciência sem religião é paralítica, religião sem ciências é cega
(Albert Einstein, 1941).*

RESUMO

CHAVES, E.C.L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual***. 2008. 255 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Este estudo teve como objetivo realizar a revisão do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* proposto pela NANDA (2006); para alcance do mesmo, fundamentou-se nas propostas metodológicas apresentadas por Hoskins e Fehring, sendo desenvolvido em três etapas. Na primeira etapa foi realizada uma revisão integrativa, conduzida pelas questões norteadoras: *Qual é a definição de angústia espiritual e quais são os elementos que indicam a presença desse diagnóstico de enfermagem?* Utilizando os descritores *spirituality* e *nursing diagnosis*, juntamente com o termo *spiritual distress*, foram localizados 82 estudos, sendo 18 selecionados, os quais estavam indexados nas bases de dados PUBMED, COCHRANE, CINAHL e LILACS e nos *North American Nursing Diagnosis Association Conference Proceedings*. Os resultados apontaram baixa aplicabilidade desse diagnóstico, revelando a necessidade de reformulação e aperfeiçoamento da proposta apresentada pela NANDA. Frente aos dados obtidos foram sugeridas alterações no título, definição e características definidoras do diagnóstico, bem como a ampliação da *Classe 3* do Domínio 10. Na segunda etapa do estudo foi realizada a validação de conteúdo do diagnóstico e de sua inserção na estrutura taxonômica. Participaram dessa etapa 72 enfermeiros, os quais apoiaram as sugestões de modificações. Entre as 20 características definidoras propostas ao diagnóstico, apenas uma não foi validada e uma nova característica definidora foi sugerida pelos peritos. Na terceira etapa foi realizada a validação clínica junto a 120 pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica em tratamento hemodialítico, dos quais 25,8% a 35,8% possuíam o diagnóstico de enfermagem em estudo, identificado por diferentes critérios: Escala de Bem-Estar Espiritual; Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro; julgamento de dois enfermeiros peritos e opinião do próprio paciente. Das 21 características definidoras estudadas, quatro foram classificadas como indicadores principais, 11 como indicadores secundários e seis foram consideradas pouco relevantes ao diagnóstico. Também foram calculados a especificidade, a sensibilidade e o valor preditivo dessas características, sendo quatro consideradas eficientes na identificação do diagnóstico: *Expressa alteração de comportamento: raiva*, *Sente-se abandonado*, *Questiona sofrimento* e *Expressa alienação*. A análise comparativa entre a Validação por Especialistas e a Validação Clínica demonstrou que

14, entre as características definidoras estudadas, foram consideradas validadas e uma refutada por ambos os métodos. Outras cinco características foram consideradas validadas na etapa de Validação por Especialistas, porém foram observadas em menos de 50% dos sujeitos investigados no ambiente clínico. De acordo com o escore total de 0,72 e 0,70 do diagnóstico, obtidos, respectivamente, na segunda e terceira etapa do estudo, o mesmo foi considerado validado. A proposta do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* mostrou-se adequada aos processos de validação e representativa desse fenômeno na população estudada.

Descritores: Diagnósticos de enfermagem. Espiritualidade. Estudos de Validação. Insuficiência Renal Crônica.

ABSTRACT

CHAVES, E.C.L. **Review of the nursing diagnosis *Spiritual distress***. 2008. 255 f. Doctoral dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2008.

This study aimed at making a review of the nursing diagnosis *Spiritual distress* proposed by NANDA (2006); in order to do so, it was based on the methodological proposals presented by Hoskins and Fehring, and developed in three stages. In the first stage an integrative review was carried out, led by the following guiding questions: *What is the definition of spiritual distress and which elements indicate the presence of this nursing diagnosis?* Using the descriptors *spirituality* and *nursing diagnosis* in addition to the term *spiritual distress*, 82 studies were found and 18 of them were selected, which were indexed to the PUBMED, COCHRANE, CINAHL and LILACS databases and to the *North American Nursing Diagnosis Association Conference Proceedings*. Results showed low applicability of this diagnosis what reveals the need for reformulation and improvement of NANDA's proposal. Facing these data alterations in title, definition and defining characteristics to the diagnosis were suggested, as well as enlargement of Class 3 of Domain 10. In the second stage of the study a validation of the diagnosis content and its insertion in the taxonomic structure was conducted. Seventy two nurses took part in this stage, who supported the suggestions for changes. Among the 20 defining characteristics at diagnosis proposals, only one was not validated and a new defining characteristic was suggested by the experts. In the third stage clinical validation of 120 patients with chronic renal failure on hemodialysis treatment was carried out, of whom 25.8% to 35.8% presented the nursing diagnosis studied, identified by different criteria: Spiritual Well-Being Scale; Pinto and Pais-Ribeiro Spirituality Scale; two expert nurses judgment and patient's own opinion. Out of the 21 defining characteristics, four were classified as main indicators, 11 as secondary indicators and six were considered irrelevant. It was also calculated specificity, sensibility and predictive values of these characteristics, and the ones considered efficient to identify the diagnosis were: *Expresses alteration in behavior: anger*; *Feels abandoned*; *Questions meaning of suffering* and *Expresses alienation*. The comparative analysis between Expert Validation and Clinic Validation showed that 14 out of the defining characteristics studied were considered validated and one was refuted by both methods. Five other characteristics were considered validated in the Expert Validation stage, however they were observed in less than 50% of the subjects of the study in clinical environment. According to total score of 0,72 and 0,70 of the

diagnosis obtained, respectively, in the second and the stages of the study, the diagnosis was considered validated. The nursing diagnosis proposal *Impaired Spirituality* was revealed adequate to the validation procedures and representative of this phenomenon in the studied population.

Descriptors: Nursing diagnosis. Spirituality. Validation Studies. Renal Insufficiency, Chronic.

RESUMEN

CHAVES, E.C.L. **Revisión del diagnóstico de enfermería *Angustia espiritual***. 2008. 255 f. Tesis de doctorado – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Este estudio tuvo como objetivo realizar la revisión del diagnóstico de enfermería *Angustia espiritual* propuesto por NANDA (2006); para alcance del mismo, fue fundamentado en las propuestas metodológicas presentadas por Hoskins y Fehring, siendo desarrollado en tres etapas. En la primera etapa fue realizada una revisión integrativa, conducida por la cuestión norteadora: *¿Cuál es la definición de angustia espiritual y cuáles son los elementos que indican la presencia de este diagnóstico de enfermería?* Utilizando los descriptores *spirituality* y *nursing diagnosis*, juntamente con el término *spiritual distress* habían sido localizados 82 estudios, siendo 18 seleccionados, los cuales estaban indexados en las bases de datos PUBMED, COCHRANE, CINAHL y LILACS y en los *North American Nursing Diagnosis Association Conference Proceedings*. Los resultados apuntaron baja aplicabilidad de este diagnóstico, revelando la necesidad de reformulación y perfeccionamiento de la propuesta presentada por NANDA. Frente a los datos habían sido propuestas alteraciones en el título, definición y características definidoras al diagnóstico, bien como ampliación de la *Clase 3* del Dominio 10. En la segunda etapa del estudio fue realizada la validación de contenido del diagnóstico y de su inserción en la estructura taxonómica. Participaron de esta etapa 72 enfermeros, que apoyaron las sugerencias de modificaciones. Entre las 20 características definidoras propuestas al diagnóstico, sólo una no fue validada y una nueva característica definidora fue sugerida por los expertos. En la tercera etapa fue realizada la validación clínica junto a 120 pacientes portadores de insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodialítico, de los cuales 25,8% a 35,8% poseían el diagnóstico de enfermería en estudio, identificado por diferentes criterios: Escala de Bienestar Espiritual; Escala de Espiritualidad de Pinto y Padres-Ribeiro; juicio de dos enfermeros expertos y opinión del propio paciente. De las 21 características definidoras estudiadas, cuatro habían sido clasificadas como indicadores principales, 11 como indicadores secundarios y seis habían sido consideradas irrelevantes. También fue calculada la especificidad, sensibilidad y el poder predictivo de esas características, siendo consideradas eficientes en la identificación del diagnóstico: *Expresa alteración de comportamiento: rabia*, *Se siente abandonado*, *Cuestiona sufrimiento* y *Expresa alienación*. El análisis comparativo entre la Validación por Expertos y la Validación Clínica demostró que 14, entre las características definidoras estudiadas, habían

sido consideradas validadas y una refutada por ambos métodos. Otras cinco características habían sido consideradas validadas en la etapa de Validación por Expertos, sin embargo habían sido observadas en menos del 50% de los sujetos investigados en el ambiente clínico. De acuerdo con el resultado final de 0,72 y 0,70 del diagnóstico, obtenidos, respectivamente, en la segunda y tercera etapa del estudio, lo mismo fue considerado válido. La propuesta del diagnóstico de enfermería *Espiritualidad perjudicada* se mostró adecuada a los procesos de validación y representativa de este fenómeno en la población estudiada.

Descriptores: Diagnóstico de Enfermería. Espiritualidad. Estudios de Validación. Insuficiencia Renal Crónica

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos artigos, segundo o delineamento e a força de evidência estabelecida por Stetler et al. (1998), Ribeirão Preto, 2008.....	83
Tabela 2 -	Distribuição dos artigos, segundo o ano de publicação e o local de origem, Ribeirão Preto, 2008.....	84
Tabela 3 -	Distribuição dos peritos, segundo o tempo de experiência profissional, Ribeirão Preto, 2008.....	124
Tabela 4 -	Distribuição dos peritos, segundo a área de atuação profissional, Ribeirão Preto, 2008.....	125
Tabela 5 -	Distribuição dos peritos, segundo a titulação acadêmica, a religião e o sexo, Ribeirão Preto, 2008 (N=72).....	126
Tabela 6 -	Distribuição dos peritos, segundo a localidade de trabalho, Ribeirão Preto, 2008.....	127
Tabela 7 -	Distribuição dos peritos, segundo a pontuação obtida, conforme a proposta de Fehring (1994), Ribeirão Preto, 2008.....	128
Tabela 8 -	Distribuição da opinião dos peritos quanto ao melhor domínio para a classificação do diagnóstico de enfermagem em estudo, Ribeirão Preto, 2008.....	130
Tabela 9 -	Distribuição da opinião dos peritos quanto à melhor classe para a inserção do diagnóstico de enfermagem em estudo, Ribeirão Preto, 2008.....	131
Tabela 10-	Distribuição das respostas dos peritos quanto à mudança no rótulo do diagnóstico de enfermagem <i>Angústia Espiritual</i> , Ribeirão Preto, 2008.....	132
Tabela 11-	Distribuição das respostas dos peritos quanto à mudança na definição do diagnóstico de enfermagem <i>Angústia Espiritual</i> , Ribeirão Preto, 2008.....	133
Tabela 12 -	Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem em estudo, conforme os escores atribuídos pelos peritos, Ribeirão Preto, 2008.....	136

Tabela 13 -	Tabela binária para a determinação da sensibilidade, especificidade e valores preditivos das características definidoras de <i>Espiritualidade prejudicada</i>	156
Tabela 14 -	Distribuição dos participantes do estudo, segundo sexo, grau de escolaridade, estado civil e renda familiar mensal, Ribeirão Preto, 2008 (N=120).....	159
Tabela 15 -	Distribuição dos participantes do estudo, segundo as variáveis: tipo de crença religiosa e sua importância, Ribeirão Preto, 2008 (N=120).....	160
Tabela 16 -	Distribuição dos participantes do estudo, segundo o tempo de descoberta da doença e tempo de tratamento, gerados em meses, Ribeirão Preto, 2008 (N=120).....	161
Tabela 17 -	Distribuição da frequência do diagnóstico de enfermagem <i>Espiritualidade prejudicada</i> nos participantes do estudo, segundo os critérios estabelecidos, Ribeirão Preto, 2008 (N=120).....	163
Tabela 18 -	Distribuição da frequência do diagnóstico de enfermagem <i>Espiritualidade prejudicada</i> nos participantes do estudo, segundo a opinião do paciente e do enfermeiro, Ribeirão Preto, 2008.....	165
Tabela 19 -	Distribuição dos sujeitos com e sem <i>Espiritualidade prejudicada</i> , segundo os escores obtidos na Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro, Ribeirão Preto, 2008 (N=120).....	168
Tabela 20 -	Distribuição da frequência do diagnóstico de enfermagem <i>Espiritualidade prejudicada</i> nos participantes do estudo, segundo a opinião do paciente e os escores obtidos na sub-escala de Esperança/Otimismo da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro, Ribeirão Preto, 2008.....	169
Tabela 21 -	Distribuição dos sujeitos com e sem <i>Espiritualidade prejudicada</i> segundo os escores obtidos na Escala de Bem-estar Espiritual, Ribeirão Preto, 2008 (N=120).....	170
Tabela 22 -	Distribuição da frequência do diagnóstico de enfermagem <i>Espiritualidade prejudicada</i> nos participantes do estudo, segundo a opinião do paciente e os escores obtidos na sub-escala de Bem-Estar Existencial da Escala de Bem-Estar Espiritual, Ribeirão Preto, 2008 (N=120).....	171
Tabela 23 -	Distribuição da frequência (f) das características definidoras de <i>Espiritualidade prejudicada</i> nos pacientes com IRC em HD que apresentaram o diagnóstico, Ribeirão Preto, 2008.....	174

Tabela 24 -	Distribuição da frequência (f) das características definidoras de <i>Espiritualidade prejudicada</i> nos pacientes com IRC em HD sem o diagnóstico, Ribeirão Preto. 2008 (n=87).....	182
Tabela 25 -	Especificidade, sensibilidade e valor preditivo positivo e negativo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem <i>Espiritualidade prejudicada</i> em pacientes portadores de IRC em HD, Ribeirão Preto, 2008 (N=120).....	184
Tabela 26 -	Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem em estudo conforme os escores obtidos na Validação por Especialistas (n=72) e a frequência das características no grupo de pacientes com <i>Espiritualidade prejudicada</i> (n=33), Ribeirão Preto, 2008.....	190

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANA	American Nurses Association
AAS	Amostra Aleatória Simples
BCCRP-USP	Biblioteca Central do Câmpus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
BDENF	Banco de Dados de Enfermagem
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CAPD	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
DCV	Diagnostic Content Validity
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDV	Clinical Diagnostic Validity
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa Humana
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COMUT	Serviço de Comutação Bibliográfica
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
HD	Hemodiálise
ISO	International Standards Organization
IRC	Insuficiência Renal Crônica
LILACS	Latin American and Caribbean Health Science Literature Database
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
MeSH	Medical Subject Headings
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
SibiNet	Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFAL-MG	Universidade Federal de Alfenas - Minas Gerais
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1 INTRODUÇÃO.....	22
1.1 Motivação para realizar o estudo.....	23
1.2 A Espiritualidade e a Insuficiência Renal Crônica.....	26
2 OBJETIVO DO ESTUDO.....	32
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	34
3.1 Espiritualidade.....	35
3.2 A Espiritualidade na Saúde.....	37
3.3 A Espiritualidade na Enfermagem.....	44
3.4 A Espiritualidade e os Diagnósticos de Enfermagem.....	49
3.5 O Diagnóstico de Enfermagem <i>Angústia Espiritual</i>	55
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	60
4.1 Validação dos Diagnósticos de Enfermagem.....	61
4.1.1 Modelo de validação de diagnóstico de Fehring.....	64
4.1.2 Modelo de validação de diagnóstico de Hoskins.....	69
5 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....	71
5.1 ETAPA 1: ANÁLISE CONCEITUAL DE <i>ANGÚSTIA ESPIRITUAL</i>	72
5.1.1 Procedimentos metodológicos.....	72
5.1.1.1 Etapas da revisão integrativa.....	76
5.1.2 Apresentação e discussão dos resultados da revisão integrativa.....	82
5.1.2.1 Caracterização dos estudos analisados.....	82
5.1.2.2 Categorias temáticas.....	84
5.1.3 Análise conceitual do diagnóstico de enfermagem <i>Angústia espiritual</i>	93
5.1.4 Conclusões da Análise Conceitual.....	110
5.2 ETAPA 2: <i>VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS</i>	113
5.2.1 Procedimentos metodológicos.....	114

5.2.1.1 Seleção de peritos.....	114
5.2.1.2 Aspectos éticos.....	118
5.2.1.3 Instrumento de coleta de dados.....	118
5.2.1.4 Coleta e tratamento dos dados.....	120
5.2.2 Apresentação e discussão dos resultados obtidos na Validação por Especialistas.....	123
5.2.2.1 Caracterização dos peritos.....	123
5.2.2.2 Validação do conteúdo do diagnóstico em estudo.....	129
5.2.3 Conclusões da Validação por Especialistas.....	140
5.3 ETAPA 3: <i>VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO</i>	141
5.3.1 Procedimentos Metodológicos.....	142
5.3.1.1 Local e sujeitos da pesquisa.....	143
5.3.1.2 Aspectos éticos.....	144
5.3.1.3 Instrumentos de coleta de dados.....	144
5.3.1.4 Coleta dos dados.....	151
5.3.1.5 Tratamento dos dados.....	153
5.3.2 Apresentação e discussão dos resultados obtidos na Validação Clínica.....	157
5.3.2.1 Caracterização dos sujeitos.....	157
5.3.2.2 Identificação do diagnóstico de enfermagem <i>Espiritualidade prejudicada</i> em pacientes portadores de IRC em HD.....	162
5.3.2.3 Prevalência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem <i>Espiritualidade prejudicada</i>	172
5.3.2.4 Sensibilidade, especificidade e valor preditivo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem <i>Espiritualidade prejudicada</i>	183
5.3.3 Conclusões da Validação Clínica.....	187
5.4 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A <i>VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS</i> E A <i>VALIDAÇÃO CLÍNICA</i>	189
5.4.1 Conclusões da análise comparativa entre a <i>Validação por Especialistas</i> e a <i>Validação Clínica</i>	192
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	194
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

1.1 MOTIVAÇÃO PARA REALIZAR O ESTUDO

O desejo de compreender o entrelaçamento entre espiritualidade e saúde emergiu nas orientações de graduandos de Enfermagem durante os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) sobre a humanização do cuidado no ambiente hospitalar. A observação e as experiências clínicas vivenciadas no cuidado a pacientes crônicos hospitalizados reforçaram o interesse pelos aspectos espirituais da assistência de enfermagem e alimentaram as reflexões sobre o sentimento de angústia que acompanha esses pacientes perante as incertezas e os sofrimentos causados pela doença crônica.

Na convivência com pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC), na unidade onde são realizados os estágios supervisionados dos alunos, diariamente nos deparávamos com situações cuja complexidade ia além do quadro clínico provocado pela doença. Tratava-se de um profundo sofrimento advindo da experiência de momentos difíceis, de grande rejeição, culpa e lutas, em uma tentativa diária de conviver harmonicamente com a condição de saúde.

O paciente, portador de doença crônica, lida com estressores psicológicos e físicos, como consequência de viver com a enfermidade em longo prazo e, por isso, freqüentemente, enfrenta uma série de dificuldades, tais como: dor, sentimento de insegurança e um duelo constante com questões existenciais (ROWE; ALLEN, 2004).

Especificamente, a IRC impõe ao indivíduo uma série de modificações de atividades e novas perspectivas de vida, incluindo a dependência ao tratamento ambulatorial e auxílio constante de outras pessoas (DYNIEWICZ; ZANELLA; KOBUS, 2004).

A IRC e seu tratamento resultam em uma árdua experiência, cheia de significados, que é percebida e manifestada de forma intensa. A convivência com a doença crônica, incurável, modifica não só o bem-estar do paciente, mas gera conflitos existenciais que podem

provocar a angústia espiritual, que, por sua vez, agrava os sintomas físicos e emocionais e a capacidade de enfrentar a doença (GRANT et al., 2004; O'NEILL; KENNY, 1998).

Com base nestas reflexões, tornou-se imperativo compreender como esse sofrimento, direcionado à dimensão espiritual, tem sido abordado pela enfermagem.

Apesar de haver um reconhecimento da necessidade de atender o paciente em sua integralidade, por meio de um modelo de cuidado que agregue todas as dimensões humanas, há também a falta de esclarecimento e consistência do que significa o termo espiritualidade. As competências necessárias para um cuidado social, físico e psicológico têm sido claramente documentadas na literatura de enfermagem; no entanto, parece não estar claro quais competências são necessárias para prover um cuidado espiritual adequado (FAWCETT; NOBLE, 2004; VAN LEEUWEN; CUSVELLER, 2004).

Portanto, esse fenômeno tem sido ao mesmo tempo motivo de interesse de muitos pesquisadores, mas também de muita imprecisão e divergências. A primeira grande dificuldade está na ausência de uma definição, uma vez que a literatura tem apresentado diferentes conceitos para o termo espiritualidade, o que dificulta a compreensão do seu significado (DELGADO, 2005). Outro aspecto importante, mas que também não tem obtido acordo entre os pesquisadores e os profissionais inseridos na prática, é em que consiste o cuidado espiritual, quem deve realizá-lo e se ele está ou não permeado por questões religiosas.

O consenso entre os autores está na importância da espiritualidade na assistência à saúde, seja no enfoque religioso ou cultural (DELGADO, 2005; SAWATZKY; PESUT, 2005; VAN LEEUWEN; CUSVELLER, 2004). Entretanto, estudos demonstraram que o cuidado espiritual é abordado de forma superficial e intuitiva na prática de enfermagem, o que torna importante uma abordagem sistemática e organizada da assistência às necessidades espirituais do paciente (KOHLE, 1999; LANDIS, 1996; ROWE; ALLEN, 2004; SAWATZKY; PESUT, 2005; TAYLOR, 2001).

Assim, valendo-se do paradigma do cuidado holístico, pode-se concluir que a espiritualidade deve ser considerada, no processo de cuidar em enfermagem, como uma esfera da prática profissional. O grande desafio desse processo está em encontrar, em um sistema de linguagem próprio da enfermagem, as diferentes facetas referentes à espiritualidade do paciente.

A *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) reconheceu a resposta *Angústia espiritual*, originalmente *Spiritual distress*, como um diagnóstico pertinente à enfermagem. Apesar disso, esse diagnóstico raramente é identificado na prática, devido à sua complexidade, à dificuldade do enfermeiro em identificar suas evidências ou, ainda, pelas suas restrições quanto a esse aspecto do conhecimento e, muitas vezes, pela falta de interesse em relação ao fenômeno da espiritualidade (HELIKER, 1992; MOHR, 2006; TWIBELL et al., 1996).

Por conseguinte, o uso limitado do diagnóstico *Angústia espiritual* na assistência de enfermagem torna importante questionar sua validade, tendo em vista que nem sempre as evidências clínicas de um diagnóstico, arroladas como pertinentes a uma determinada situação, correspondem ao que é observado na prática (BRAGA, 2004).

A *Angústia espiritual* é uma resposta subjetiva e complexa, que requer do enfermeiro conhecimento articulado para incluí-la como foco de atenção. Daí a necessidade do diagnóstico possuir uma argumentação teórica consistente, com base na literatura e na sua confirmação no ambiente clínico. Ou seja, o diagnóstico deve ser submetido a testes clínicos que produzam evidências suficientes para garantir a sua validade.

Para Gordon (1994) a validade de um diagnóstico é o grau com que um conjunto de características definidoras descreve uma realidade que pode ser observada nas interações do paciente com o meio.

Portanto, a acurada identificação do diagnóstico de enfermagem *Angústia*

espiritual permitirá o emprego adequado do mesmo à prática clínica, o que pode trazer importantes implicações para a enfermagem, nas três vertentes de atuação: ensino, pesquisa e assistência; oferecendo subsídios para implementação de intervenções que visem à satisfação das necessidades espirituais do paciente e que possam contribuir à integralidade do cuidado.

Logo, a importância do conhecimento técnico-científico sobre espiritualidade e as inconsistências do processo de raciocínio diagnóstico impulsionaram o desenvolvimento deste estudo, levando a questionar se a proposta feita pela NANDA ao diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* realmente representa a resposta do paciente à dimensão espiritual.

1.2 A ESPIRITUALIDADE E A INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença debilitante, incurável, em que ocorre lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerulares, tubulares e endócrinas), os quais, na fase mais avançada da doença, não conseguem mais manter a normalidade do meio interno (ROMÃO JUNIOR, 2004; TANYI; WERNER, 2003).

A IRC possui etiologias variadas, podendo ser resultante de doenças que acometem diretamente os rins ou os atingem a partir de um acometimento sistêmico. Apresenta quadro clínico complexo, envolvendo distúrbios hidroeletrolíticos, ácidos básicos, do metabolismo de cálcio e fosfato, endocrinológicos, nutricionais, além de repercussões sociais negativas. Entre as principais causas da IRC estão: glomerulonefrite crônica, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, uropatias obstrutivas e a doença renal policística (CARMO et al., 2003; SOARES et al., 2003).

Inicialmente a IRC é silenciosa, tem riscos elevados de morbi-mortalidade e um amplo espectro de complicações metabólicas e cardiovasculares (BATISTA et al., 2007). Sua

progressão é decorrente de múltiplos mecanismos vasculares, metabólicos e imunológicos, que envolvem fatores hemodinâmicos e mecânicos, substâncias vasoativas, citocinas e fatores de estresse (ALMEIDA, 1998).

Romão Júnior (2004, p.1-2) divide a insuficiência renal em seis estágios funcionais, de acordo com o grau de função renal do paciente; são eles:

Fase de função renal normal sem lesão renal – inclui pessoas integrantes dos chamados grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica (hipertensos, diabéticos, parentes de hipertensos, de diabéticos e de portadores de IRC e outros), que ainda não desenvolveram lesão renal.

Fase de lesão com função renal normal – corresponde às fases iniciais de lesão renal com filtração glomerular preservada, ou seja, o ritmo de filtração glomerular está acima de 90 ml/min./1,73m².

Fase de insuficiência renal funcional ou leve – ocorre no início da perda de função dos rins. Nesta fase, os níveis de uréia e creatinina plasmáticos ainda são normais, não há sinais ou sintomas clínicos importantes de insuficiência renal e somente métodos acurados de avaliação da função do rim (métodos de depuração, por exemplo) irão detectar essas anormalidades. Os rins conseguem manter razoável controle do meio interno. Compreende um ritmo de filtração glomerular entre 60 e 89 ml/min./1,73m².

Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada – nesta fase, o paciente, na maioria das vezes, apresenta somente sinais e sintomas ligados à causa básica (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, infecções urinárias e outros). Corresponde a uma faixa de ritmo de filtração glomerular compreendido entre 30 e 59 ml/min./1,73m².

Fase de insuficiência renal clínica ou severa – o paciente apresenta sinais e sintomas de uremia; dos quais, a anemia, a hipertensão arterial, o edema, a fraqueza, o mal-estar e os sintomas digestivos são os mais precoces e comuns. Corresponde à faixa de ritmo de filtração

glomerular entre 15 a 29 ml/min./1,73m².

Fase terminal de insuficiência renal crônica – como o próprio nome indica, corresponde à faixa de função renal na qual os rins perderam o controle do meio interno, tornando-se este bastante alterado e incompatível com a vida. Nesta fase, o paciente encontra-se intensamente sintomático. Corresponde a um ritmo de filtração glomerular inferior a 15 ml/min./1,73m².

A incidência e a prevalência da IRC têm aumentado progressivamente em proporções epidêmicas, a cada ano, no Brasil e em todo o mundo (SESSO, s/d). Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, em janeiro de 2007, o número de pacientes com IRC, mantidos em programa de diálise, era de 73.605. A prevalência de pacientes em diálise, por milhão de população, passou de 195 em 1996 para 391 em 2007, um aumento próximo de 100% em apenas dez anos de avaliação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2007).

O tratamento da IRC é realizado por meio da terapia renal substitutiva, que tem como objetivo aumentar a sobrevida e a reabilitação dos portadores da doença. Esse tratamento é realizado por meio da diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal (MARTINS; CESARINO, 2004). Aliados a essa terapêutica são necessários tratamento dietético, restrição hídrica e tratamento farmacológico (SMELTZER; BARE, 2002).

A hemodiálise (HD), apesar de atualmente ser o método mais comumente empregado para o tratamento da IRC, é também considerada um procedimento complexo, no qual, a adequação de materiais e equipamentos, o preparo e a competência técnico-científicos dos profissionais que dele participam são muito importantes para se evitar riscos e garantir melhores resultados na manutenção da vida do paciente e do seu relativo bem-estar (LIMA; GUALDA, 2000).

A HD é um processo por meio do qual o sangue entra em contato direto com uma solução salina balanceada (banho de diálise), através de uma membrana semipermeável

denominada rim artificial, dialisador ou filtro. O circuito é destinado a remover catabólicos do organismo e corrigir as alterações do seu meio interno (IWAMOTO, 1998; MANISSADJIAN; OKAY; ARAP, 1999). É realizada em média três vezes por semana, num período de três a cinco horas por sessão, dependendo das necessidades individuais (KUSUMOTA; RODRIGUES; MARQUES, 2004).

Consiste num tratamento monótono e restrito, que limita as atividades do paciente, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que se refletem em sua vida diária (MARTINS; CESARINO, 2005). O paciente é forçado a um ritual repetitivo, freqüentemente de longa duração e de dependência a uma máquina que toma o seu tempo e provoca alterações na sua imagem corporal, causada pela presença de cateteres e fístulas artério-venosas (MENDES; SHIRATORI, 2002).

Portanto, o tratamento hemodialítico provoca uma sucessão de situações para o indivíduo com doença renal crônica, que comprometem o aspecto físico e o psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais, além das alterações nos seus hábitos e costumes (CESARINO; CASAGRANDE, 1998).

Dyniewicz, Zanella e Kobus (2004) buscaram compreender os significados da doença renal para paciente em hemodiálise ambulatorial. Observaram o relato de que o tratamento hemodialítico é marcado de mudanças nos hábitos alimentares e atividades de toda a vida do paciente, incidindo assim a angústia e o sofrimento, os quais vão interferir na relação cotidiana com as pessoas que o rodeiam.

Ribeiro (2000), ao avaliar a condição de vida de idosos com IRC em HD, observou alterações psicológicas reveladas por rejeição, tristeza, medo, angústia, ansiedade, sofrimento e tensão, além de modificações nas atividades sociais de vida diária causada pelas restrições impostas pela doença e pela dependência de outras pessoas.

Borges e Martins (2001) realizaram uma pesquisa com pacientes renais crônicos

atendidos em uma clínica de hemodiálise de São Paulo, por meio de entrevistas semi-dirigidas com cinco pessoas. Segundo os autores, os pacientes relataram sentir perdas físicas e interacionais, ocasionadas indiretamente pela doença e relacionadas ou não à HD, mas que foram consideradas significativas, já que a maioria delas é definitiva, como por exemplo: comparecer às sessões de diálises semanais, tomar uma série de medicamentos, seguir dieta rígida, sofrer restrições de atividades e conseqüentes mudanças de hábitos.

Autores relatam ainda que pacientes portadores de IRC, muitas vezes, sofrem complicações durante e após o tratamento, além de estarem suscetíveis a apresentar infecções graves durante a evolução da doença e conviverem com um alto índice de mortalidade, relacionada a doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, anemia, entre outras (MANFREDI, 2001; SESSO; AJZEN, 1995; WARNOCK, 1997).

A IRC e a HD impõem ao paciente uma série de condições que são descritas por Carpenito-Moyet (2007) como fatores que contribuem para *Angústia espiritual*. Esses estão relacionados ao tratamento, como as restrições dietéticas e procedimentos médicos, a fatores fisiopatológicos, como dor e perda da função corporal e/ou, ainda, a fatores situacionais, como a morte de pessoas próximas.

Portanto, os pacientes portadores de IRC devem se adaptar não só à doença e ao seu tratamento, mas também aos muitos problemas fisiológicos, psicossociais e espirituais decorrentes dos mesmos. Nesta luta para adaptação, surgem conflitos relacionados ao significado da doença ou mesmo da vida.

No contexto que se apresenta, o enfermeiro se depara com a necessidade de oferecer uma assistência que vai além do cuidado físico, ou seja, que integre o ser humano em sua totalidade, na qual a espiritualidade é a dimensão de maior complexidade, visto sua grande subjetividade e a relação com o que não é concreto, mensurável ou possível de ser descrito.

As restrições rigorosas impostas pela IRC, o tratamento e o grau de compreensão e adesão dependem do valor que o paciente atribui a si e à vida (KUHN; FORTES; PORTELLA, 2008). Todavia, estudos levam a acreditar que a espiritualidade é um excelente fator para o ajustamento psicossocial, promovendo a esperança, diminuindo a ansiedade e a depressão e restabelecendo a saúde (LANDIS, 1996; SIMONI; COOPERMAN, 2000; WALTON, 1999).

De forma ampla, tem-se percebido que a espiritualidade é o componente central na diminuição do sofrimento e no ajustamento da doença (TANYI; WERNER, 2008), o que torna importante empregar esforços para encontrar no diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* e complementar, se for o caso, os elementos que abranjam as múltiplas facetas do fenômeno alicerçadas de considerações teóricas que sustentem as respostas do paciente à dimensão espiritual.

Por fim, a decisão de avaliar *Angústia espiritual* em portadores de doença renal crônica baseou-se no fato de os mesmos viverem situações críticas e conflituosas de vida e por entender que nestas experiências está situada a essência do fenômeno que se procura conhecer.

Assim, com a finalidade de contribuir para a construção do conhecimento sobre espiritualidade, este estudo foi conduzido à luz dos diagnósticos de enfermagem, por acreditar que sua aplicação oferecerá estrutura para uma intervenção segura e eficaz a pessoas que enfrentam o sofrimento espiritual, diante da doença crônica.

2 OBJETIVO DO ESTUDO

Este estudo teve o objetivo de realizar a revisão e validação do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* proposto pela NANDA (2006). Para tanto, foi constituído, inicialmente, por uma análise conceitual visando a identificar os elementos que abranjam as múltiplas facetas do fenômeno em estudo, seguido da análise de peritos para validação do conteúdo diagnóstico e posterior validação do mesmo no cenário clínico.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ESPIRITUALIDADE

A espiritualidade tem sido foco de diversos estudos; contudo, em face da subjetividade e complexidade inerentes ao fenômeno, ainda não houve consenso em relação a sua definição, atributos, avaliação ou mesmo sobre um modelo teórico que possa servir de referência para essas publicações. No entanto, na enfermagem, três pressupostos comuns têm permeado o estudo da espiritualidade: o primeiro é a conclusão de que todos os indivíduos têm uma natureza espiritual, independente de ostentarem ou não isso; em segundo lugar, é o reconhecimento de que o cuidado espiritual é uma responsabilidade ética da enfermagem holística; e, em terceiro lugar, muitos enfermeiros estão despreparados para esse cuidado e por isso parece ser uma área negligenciada na prática profissional (PESUT, 2008).

De fato, definir espiritualidade é uma tarefa difícil, pois seu conceito é complexo. Portanto, propor uma taxonomia analítica ao fenômeno parece ser inapropriado, considerando que seja algo pessoal, que pode ser descrito, mas não necessariamente definido (BASH, 2004; WILDING; MUIR-COCHRANE; MAY, 2006).

A palavra espiritualidade deriva do latim *spiritus*, que por sua vez é tradução do termo original hebraico “*ruach*”, que significa sopro de vida, alento, alegria, dinamismo ou princípio vital (DOMBECK, 1995; ELIADE, 1967; ELKINS et al., 1988). Para muitos estudiosos o termo espiritualidade foi desenvolvido a partir da sinonímia com religião, envolve fé e disposição para acreditar, resultando no sentimento de paz e bem-estar (DELANEY, 2005; DELGADO, 2005). A espiritualidade pode ser expressa por meio de costumes, rituais, cultos e práticas religiosas que proporcionam sentido à vida (CALLISTER et al., 2004; McSHERRY; CASH, 2004). Já para outros pesquisadores, espiritualidade vai além da filiação religiosa, expressa transcendência, conexão e sentido à vida (KILPATRICK et al., 2005; McEVOY, 2003; MINER-WILLIAMS, 2006; ORMSBY; HARRINGTON,

2003; VILLAGOMEZA, 2006).

Para Elkins et al. (1988) a espiritualidade é o modo de ser e de experienciar, que surge da tomada de consciência da existência de uma dimensão de transcendência à realidade humana, concretizada num conjunto de valores identificáveis face ao *self*, aos outros, ao mundo e à vida. McClung, Grossoehme e Jacobson (2006) acreditam que espiritualidade denota o senso pessoal do propósito da vida e a conexão do indivíduo com algo maior que a si mesmo. Ainda, para Mohr (2006), a espiritualidade consiste de todas as crenças e atividades pelas quais a pessoa tenta relacionar sua vida a Deus, ao Ser Divino ou mesmo a outra conexão de realidade transcendente.

Apesar da sobreposição dos conceitos, espiritualidade e religião são dois construtos distintos (McEVOY, 2003; MINER-WILLIAMS, 2006; POWER, 2006; REYNOLDS, 2006). Religião é descrita como um sistema de doutrina específica partilhada por um grupo (PANZINI et al., 2007). Religiosidade é a manifestação exterior das crenças e cultos (SAVIOLI, 2006). Já espiritualidade é compreendida como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, seu significado e a relação com o transcendente e que podem, ou não, levar a/ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade (KOENIG; LARSON; LARSON, 2001). Portanto, esses conceitos se sobrepõem somente para aquelas pessoas em que a religião é o significado da expressão de sua espiritualidade (JACKSON, 2004; MINER-WILLIAMS, 2006; TANYI, 2002).

Por fim, é consenso que espiritualidade não possui uma definição universal (LEDGER, 2005; MACLAREN, 2004; POWER, 2006) e, embora seja enriquecedora a contribuição dos diferentes estudos na compreensão desse fenômeno, ainda há o grande desafio de integrar espiritualidade e saúde, de modo que se permita àquela uma avaliação de forma confiável e válida.

3.2 A ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE

A discussão entre espiritualidade, religião e ciências é antiga. Historicamente, a ciência esteve entrelaçada a questões espirituais. As transformações ocorridas, ao longo da história, em relação à definição de saúde possibilitaram que fosse compreendida não mais exclusivamente como ausência de doença, mas como atualmente é percebida: resultante de inúmeros fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo (ANSOLIN; COSTA; AULER, 2005).

A própria origem da palavra saúde provém de *salus*, palavra latina que significa *salvação*. Inclui ao mesmo tempo: alma, espírito e matéria (BRANDÃO, 2000). A saúde foi considerada, em sociedade sacra, como dom divino decorrentes de méritos religiosos ou éticos da pessoa (BRESCIANI, 2000). A concepção sobre o processo saúde e doença foi influenciada pela evolução da ciência e rodeada por fenômenos religiosos ou espirituais.

Existem relatos de que nos princípios da humanidade, por volta do ano 6.000 a.C., as doenças físicas e mentais teriam a mesma causa, estando relacionadas a influências de maus espíritos. Religião e magia, na era faraônica (5000-1500 a.C.), eram muito semelhantes e, nos hieróglifos, já estava descrito o poder curativo das mãos em várias situações de doença. Na Mesopotâmia, entre 3200 a 1025 a.C., a medicina misturava paradigmas naturalistas e supernaturalistas. Acreditava-se que as doenças eram causadas por fantasmas que atacavam e possuíam os seres humanos, deixando-os doentes. Na Grécia antiga, entre 1000 a 500 a.C. acreditava-se que a doença mental era influenciada por deuses e pela mitologia. No mundo ocidental, entre 300 a.C. e ano zero, as doenças físicas e mentais eram atribuídas a causas naturais. Na era Cristã, os primeiros cristãos acreditavam que a doença, causada ou não pelo pecado, poderia ser curada pela oração; eles importavam com a cura do corpo, mas também da alma e do espírito (SAVIOLI, 2006).

No período medieval, a medicina era influenciada pela Igreja; a autoridade

religiosa era quem licenciava os médicos a praticarem a profissão, que era exercida, geralmente, por padres. O Renascimento, iniciado por volta do ano 1400, foi marcado pelo saber exotérico. A Reforma Protestante, a partir de 1517, operou o movimento separatista na Igreja; em que líderes da ciência moderna, como Francis Bacon, promoveram o banimento de dogmas e autoritarismo dentro dos projetos científicos, relegando as questões religiosas ao campo da fé. Após esse período, as teorias naturais começaram a substituir as explicações religiosas a respeito da vida e da ciência (SAVIOLI, 2006).

A medicina passou a se fundamentar nas descobertas das relações causais. Surgiu então, a idéia da física quântica, que apresentou um modelo de universo vivo, conectado e inter-relacionado com tudo. Esta estabeleceu a imagem do ser humano como uma máquina, com a concepção das unidades separadas, o denominado paradigma mecanicista, modelo de assistência que é adotado até hoje (ANSOLIN; COSTA; AULER, 2005).

E é justamente essa fragmentada assistência à saúde que tem despertado a atenção de muitos estudiosos para uma reaproximação entre a ciência e a espiritualidade. Em meio a uma crescente crise de valores e à necessidade da ciência em encontrar respostas a problemas humanos, têm se iniciado a retomada e a revalorização pela busca e prática da espiritualidade na assistência à saúde, com o intuito de integralizar o homem com o todo.

Assim, a partir de 1990, a importância da fé na evolução das doenças começa a ser percebida pelo mundo científico, surgindo os primeiros estudos e revelando um crescente interesse pelo tema. Escolas de Medicina começam a se despertar para assunto e, em 1995, a Harvard Medical School inicia um curso anual sobre “Espiritualidade e Medicina” e a Duke University inaugura o Centro de Estudos sobre religião e saúde. Em 2002, cerca de 86 das 120 escolas de Medicina dos Estados Unidos já possuíam cursos de religião, medicina e espiritualidade, muitos deles incluídos no currículo regular dessas faculdades (SAVIOLI, 2006).

Koenig (2008) observa que o quadro de pesquisa sobre espiritualidade e saúde também se modificou na última década: uma busca na base de dados MEDLINE não encontrou nenhum artigo entre os anos de 1970 até 1979, um artigo foi encontrado entre 1980 e 1989, 31 artigos entre 1990 e 1999 e 2.106 artigos entre 2000 e 2007. A mesma busca, na PsycINFO encontrou cinco artigos entre 1970 e 1979, 248 artigos entre 1980 e 1989, 1.625 entre 1990 e 1999 e 4.353 artigos foram encontrados entre 2000 e 2007.

Segundo Fleck et al. (2003), desde a Assembléia Mundial de Saúde de 1983, a inclusão de uma dimensão não-material ou espiritual de saúde vem sendo discutida freqüentemente, a ponto de haver uma proposta para modificar o conceito clássico de saúde. O paradigma entre matéria e espírito que era tão intenso, e ainda está profundamente arraigado em nossa cultura, vem lentamente se abrindo em direção ao espiritual, conforme se apresentam as necessidades humanas (CERQUEIRA FILHO, s/d).

Cada vez mais têm surgido bibliografias e fóruns de discussão sobre espiritualidade. Muitos profissionais de saúde procuram estudar e implementar esse conhecimento, apesar de outros ainda serem céticos, por achar que essa não é uma questão científica (BENKO; SILVA, 1996).

Estudos começam a demonstrar o envolvimento da religião como preditora de saúde e longevidade (SAVIOLI, 2006). Entretanto, Rosch (2000) discorre sobre a dificuldade que a ciência tem em definir e quantificar questões como fé, crença e espiritualidade, uma vez que apresentam conceitos altamente subjetivos, mas ressalta que os benefícios da fé e da espiritualidade são dilemas que têm implicações importantes para a saúde, em especial para condições de estresse.

No Brasil, em setembro de 2007, ocorreu o primeiro evento nacional sobre espiritualidade, no qual pesquisadores e profissionais de diferentes áreas da saúde se reuniram para discutir o papel da espiritualidade e da religião na saúde. O objetivo principal do evento

foi a integração dos envolvidos no tema e a multiplicação de conhecimentos que possibilitassem novos avanços nas áreas de ensino, pesquisa e prática clínica e que posicionassem o País como um dos expoentes nessa temática (CONGRESSO BRASILEIRO DE ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NA SAÚDE MENTAL/XIII JORNADA DO PRONTOPSIQUIATRIA, 2007).

Estudiosos dedicados em avaliar e documentar os efeitos da espiritualidade na saúde têm apontado uma relação positiva com vários aspectos do bem-estar físico e mental, bem como, têm considerado que a espiritualidade pode funcionar como um suporte diante de situações difíceis, eventos traumáticos e/ou estresse (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; MARQUES, 2000).

A importância da relação entre religião, espiritualidade e saúde é evidenciada particularmente para pessoas em tratamento de doenças crônicas e severas, em que os médicos são incentivados a oferecer apoio às crenças e necessidades espirituais dos pacientes (KOENIG, 2004).

A doença crônica é um dos mais difíceis desafios na vida, não só por causar sofrimento físico, mas também por gerar muitos prejuízos pessoais e sociais, como por exemplo, instabilidade financeira e incapacidade física. Estudos demonstram a importância da espiritualidade no enfrentamento dessas doenças, como uma maneira de encontrar sentido para a vida, de ter esperança e estar em paz no meio de acontecimentos graves (GREENSTREET, 2006).

A influência da religião e da espiritualidade sobre a saúde e o bem-estar de pessoas portadoras de HIV tem sido relacionada ao alívio da dor e do sofrimento (PARGAMENT et al., 2004). Carrico et al. (2006) avaliaram a relação entre práticas religiosas e níveis de cortisol urinário em 264 pacientes soropositivos para HIV, com o objetivo de determinar o impacto da espiritualidade sobre os níveis de cortisol e sua relação

com sintomas de depressão. Os resultados mostraram que a prática de atividades religiosas esteve associada a menores taxas de cortisol urinário de 24 horas ($r: -0,17$, $p < 0,05$) e menos sintomas de depressão.

Ironson, Stuetzle e Fletcher (2006), utilizando um estudo longitudinal com 100 indivíduos portadores de HIV, examinaram a relação entre alterações na espiritualidade e religião após diagnóstico de HIV positivo *versus* a progressão da doença, medida por meio da contagem de CD4 e carga viral. De acordo com os resultados, 45% dos pacientes demonstraram aumento da espiritualidade e religiosidade após o diagnóstico, e, na análise multivariada, foi observada uma alteração no nível de espiritualidade e religião ao longo de quatro anos, o que foi favoravelmente associada com a progressão da doença. Os autores observaram que a mudança na prática de atividades religiosas foi fator preditor para redução da carga viral e aumento dos valores de CD4, independentemente do tipo de prática religiosa, do quadro inicial da doença, medicações em uso, idade, sexo, etnia, educação, hábitos de vida, depressão e suporte social.

Peres et al. (2007) realizaram uma revisão da literatura com o objetivo de descrever estratégias de abordagem de pacientes com dores crônicas e identificaram que as publicações têm enfatizado a importância da integração da espiritualidade e da religiosidade, demonstrando associação positiva entre ambas e a melhora de variáveis e marcadores de doenças crônicas. Os autores concluem que é muito importante para o avanço na qualidade de vida de pacientes com dor crônica, integrar os diversos aspectos da espiritualidade, fé e religiosidade em seu atendimento.

Corbellini e Comiotto (2000) realizaram um estudo qualitativo, com o objetivo de conhecer e compreender os diferentes caminhos trilhados por oito mulheres com idade entre 30 a 57 anos, durante o tratamento convencional pela cura do câncer de mama. Os resultados mostraram que todas as mulheres que participaram do estudo buscaram na espiritualidade e

nas terapias complementares um novo sentido de vida. Em outro estudo, também de cunho qualitativo, com o objetivo de compreender a repercussão do câncer e seu tratamento na vida de 13 pacientes, de ambos os sexos, atendidos em um ambulatório de quimioterapia em São Paulo, foi observado que a fé em Deus é uma estratégia de enfrentamento no redimensionamento da vida (GUTIÉRREZ et al., 2007).

Samano et al. (2004) estudaram um grupo de 100 indivíduos brasileiros portadores de câncer, com o objetivo de determinar a prevalência do uso de medicina alternativa/complementar por pacientes com doenças oncológicas e correlacionar os achados com a qualidade de vida. Os autores observaram que 89% dos pacientes já usaram medicina alternativa/complementar alguma vez, 63% estavam usando no momento do estudo e a maioria dos pacientes (77,7%) acreditava na eficácia da medicina alternativa/complementar para o seu tratamento. O tipo de medicina alternativa/complementar mais utilizado foi a oração individual (77,5%). Por fim, os autores concluíram que o uso da oração se correlacionou com melhor qualidade de vida provavelmente por meio da espiritualidade aumentada enquanto os pacientes oravam.

A espiritualidade tem sido enfocada como um importante recurso também para a saúde mental. Volcan et al. (2003) examinaram a influência do bem-estar espiritual na saúde mental de 464 estudantes universitários de Pelotas-RS. Os autores finalizaram afirmando que o bem-estar espiritual atua como fator protetor para transtornos psiquiátricos menores, considerando que a espiritualidade é um recurso para a promoção de saúde mental.

Leão e Lotufo Neto (2007), com o objetivo de avaliar o impacto de práticas espirituais na evolução clínica e comportamental de pacientes portadores de deficiência mental internados em instituição de saúde, realizaram um ensaio controlado, comparando grupo experimental submetido à prática espiritual com grupo controle. A comparação do grupo controle (n=20) com o grupo experimental (n=20) apontou diferença de variação entre

os grupos ($p=0,045$), demonstrando possíveis benefícios de tal intervenção. A análise dos resultados obtidos no experimento confirmou a hipótese de que o uso das práticas espirituais apresenta resultados positivos na evolução clínica e comportamental de pacientes portadores de deficiência mental.

Reed (1991), por sua vez, em um estudo sobre espiritualidade e saúde mental em pessoas idosas, observou que a espiritualidade desempenha um importante papel no enfrentamento da experiência de envelhecimento, promovendo bem-estar e diminuindo a depressão. Lowry e Conco (2002) exploraram o significado da espiritualidade para 40 idosos com diferentes condições de saúde, indicando que a mesma afeta positivamente as atitudes desses idosos, particularmente frente ao declínio da saúde. Knestrick e Lohri-Posey (2005) utilizaram a abordagem fenomenológica para examinar a percepção de 10 mulheres idosas sobre espiritualidade e saúde que foi descrita como essencial no enfrentamento da doença e no processo de morte.

A espiritualidade também foi mencionada como um importante coadjuvante na recuperação e sobrevivência de adultos que sofreram violência na infância (RYAN, 1998) e como um fator protetor ao consumo e recuperação do uso de drogas em diversos níveis (SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Marques (2003) estudou sobre bem-estar espiritual, investigando sua inter-relação com saúde geral em uma amostra não-clínica de 506 pessoas, com idade entre 16 e 78 anos, residentes em Porto Alegre-RS. Os resultados mostraram que há uma correlação positiva significativa entre saúde e bem-estar espiritual. O estudo aponta para uma inclusão da espiritualidade na concepção de saúde, unida às dimensões biológica, psicológica e social e confirma que a espiritualidade pode trazer uma importante contribuição para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Curas de difícil explicação para a ciência, como a regressão de doenças severas e

rápida recuperação de cirurgias graves, têm sido atribuídas, pelos que têm fé, a intervenções divinas. No entanto, mesmo sem entrar no mérito de provas de milagres, diversas pesquisas no mundo inteiro mostram a fé como um dos fatores coadjuvantes nos tratamentos e na qualidade de vida dos pacientes, independente da religião (ELERHORST-RYAN, 1996; MESQUITA, 2005; NARAYANASAMY, 2003). Isso porque, mesmo aqueles pacientes que anteriormente não eram religiosos, diante do sofrimento e da doença, passam a buscar conforto na religião e na espiritualidade que, por sua vez, têm sido compreendidas como formas importantes de *coping* (KOENING, 2004).

Logo, pode-se concluir que o panorama de pesquisa sobre espiritualidade tem se modificado nos últimos anos e diversos artigos científicos mostram uma importante associação entre espiritualidade/religião e saúde, que é estatisticamente válida e possivelmente causal (LEVIN, 1994). O valor dessa relação está em contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença e, principalmente, em minimizar o sofrimento e oferecer condições para que o indivíduo possa enfrentar as situações difíceis, provocadas pelo adoecimento.

3.3 A ESPIRITUALIDADE NA ENFERMAGEM

Na enfermagem, também é possível observar uma história influenciada por tradições judaico-cristãs, com uma prática fundamentada na religião e nas organizações de caridade (DELANEY, 2005; McSHERRY; CASH, 2004). Segundo Sawatzky e Pesut (2005), no âmago dessa história, encontra-se um importante componente da perspectiva religiosa que foi a compreensão da profissão como um *chamado para cuidar do outro*, o que provinha do senso de obediência para a glória de Deus.

Portanto, historicamente, observa-se na enfermagem uma íntima relação com a religião e a espiritualidade, baseando-se nos princípios do amor e da caridade (FRIEDEMANN; MOUCH; ROCEY, 2002). Conforme Dezorzi (2006), até mesmo nos escritos de Florence Nightingale pode-se perceber a descrição do cuidado espiritual, em que a espiritualidade é considerada intrínseca à natureza humana e um potente recurso de cura.

Delgado (2005) lembra ainda que outras estudiosas da enfermagem também reconheceram a importância da espiritualidade, entre elas: Rosemarie Parse, Nathan Glueck, Martha Rogers e Margaret Newman. No Brasil, Wanda Horta (1979) também referia as necessidades psico-espirituais como características dos seres humanos, diferenciando apenas em sua maneira de se manifestar e a forma de satisfazê-la ou atendê-la.

No entanto, no princípio, o papel da espiritualidade na enfermagem era influenciado por origem religiosa, apresentado num referencial subjetivo e diverso, o que não esclarecia sua relevância prática e produzia ambigüidades. Logo, gradualmente, a sensibilidade espiritual e religiosa começou a submergir em um discurso cartesiano que acabou dominando o currículo científico das escolas de enfermagem (WRIGHT, 2005).

Quando a profissão se estabeleceu como uma ciência, expressões como biofísico e psicossocial foram dominantes e termos subjetivos, como espiritualidade, foram evitados por serem considerados sem cientificidade (SUMNER, 1998). Com o avanço tecnológico, a enfermagem se afastou mais ainda de sua essência religiosa, buscando novos rumos. Apenas recentemente, é que a espiritualidade ressurgiu como importante enfoque na saúde e no bem-estar do indivíduo (ORMSBY; HARRINGTON, 2003).

A retomada do interesse pela espiritualidade na literatura de enfermagem parece estar ligada à noção de cuidado holístico, que agrega todas as dimensões humanas (DELANEY, 2005; POWER, 2006; McSHERRY; CASH, 2004; McEWAN, 2004). Isso porque o *holismo* assume que uma pessoa é mais do que a soma das partes, inclui todos os

aspectos, inclusive o espiritual, que não é separado do físico, emocional, social ou cognitivo e, nessa premissa, está baseado o fato de que cada um desses elementos está interconectado e que um influencia o outro (DELGADO, 2005; NARAYANASAMY et al., 2004).

Uma vez reconhecido que a dimensão espiritual integra o cuidado holístico, mais do que compreender a espiritualidade como algo inerente ao indivíduo, ao examinar o fenômeno, realiza-se a compreensão do todo (DALMIDA, 2006; GALEK et al., 2005; LEDGER, 2005; LEMMER, 2005; MINER-WILLIAMS, 2006; MOHR, 2006; NARAYANASAMY, 2006). Entretanto, essa perspectiva holística requer o estabelecimento de um corpo de conhecimento também holístico e que seja preocupado com os resultados do cuidado espiritual (SPURLOCK, 2005).

Apesar de estar se apresentando como um foco de discussão entre os profissionais de enfermagem e também de outras áreas da saúde, a inclusão da espiritualidade no cuidado ao paciente, bem como a forma de aplicá-la, ainda é causa de divergências e incertezas, pois ainda não foi estabelecido que atributos ou competências são necessários para o cuidado espiritual (FAWCETT; NOBLE, 2004; FRIEDEMANN; MOUCH; ROCEY, 2002; VAN LEEUWEN; CUSVELLER, 2004). Conseqüentemente, na prática, os enfermeiros omitem este cuidado, o que tem ocorrido por várias razões:

- Falta de formação: os programas educacionais tradicionalmente não incorporam os atributos do cuidado espiritual de forma que proporcionem conhecimento adequado ao enfermeiro, para compreensão das necessidades espirituais do paciente (HUFTON, 2006; LUNDMARK, 2006; MINER-WILLIAMS, 2006; NOWITZ, 2005; ROSS, 2006).
- Sentimento de inadequação: há uma enorme falta de consenso sobre quem deve realizar o cuidado espiritual (DAVIS, 2005; HUFTON, 2006; LUNDMARK, 2006; PESUT, 2006; TANYI, 2002; VILLAGOMEZA, 2005). Entretanto, Cox (2003) adverte que as intervenções espirituais podem ser claramente utilizadas pelo enfermeiro, como uma

ferramenta para assistir pacientes que lidam com o sofrimento decorrente da doença ou que simplesmente estão em tratamento.

- Compreensão da própria espiritualidade: as barreiras de compreensão da própria espiritualidade podem comprometer o cuidado oferecido pelo enfermeiro e até mesmo a importância da liberdade de expressão do outro (KOSLANDER; ARVIDSSON, 2005; McEVOY, 2003; MOHR, 2006; SAWATZKY; PESUT, 2005; VILLAGOMEZA, 2005). O reconhecimento de suas crenças e a consciência da espiritualidade é importante para que haja uma compreensão e um direcionamento de conflitos internos, o que tornará o enfermeiro confortável em lidar com a dimensão espiritual do cuidado (McEVOY, 2003).
- Dimensionamento do tempo: outro fator que tem sido atribuído à dificuldade de estabelecer um cuidado holístico é a demanda cada vez maior de alta tecnologia no cuidado e, conseqüentemente, a falta de tempo para estar ao lado do paciente (CAVENDISH et al., 2006; GRAHAM; BRUSH; ANDREW, 2003).
- A ausência da definição de espiritualidade também tem causado diversas confusões no que se refere à introdução do fenômeno na prática de enfermagem (DAVIS, 2005; DELGADO, 2005; GALEK et al., 2005; McEVOY, 2003; McEWAN, 2004; McSHERRY; CASH, 2004; McSHERRY, 2006).

Realmente, o enfermeiro é instigado a enxergar o valor da dimensão espiritual no meio do sofrimento e a investigar o que pode ser significativo para o paciente e/ou família (NOWITZ, 2005). Certamente, oferecer um cuidado espiritual em uma sociedade com muitas crenças e diferentes culturas é uma difícil tarefa (MAcLAREN, 2004). No entanto, o maior desafio de lidar com a dimensão espiritual do ser humano é que, ao contrário do corpo físico, que pode ser visualizado, tocado ou mensurado, o aspecto espiritual não é concreto e tampouco possui uma realidade objetiva (LEMMER, 2005).

Embora essas questões sejam desafiadoras na assistência de enfermagem, também

são recompensadoras (NOWITZ, 2005). Além do mais, a literatura tem despertado para o fato de o cuidado espiritual estar contemplado dentro do Código de Ética de Enfermagem e da necessidade de reconhecimento e respeito às crenças religiosos e espirituais do paciente (BASH, 2004; POWER, 2006; ROSS, 2006).

O Código de Ética Profissional sinaliza que o enfermeiro é o profissional que assegura a promoção e proteção do interesse do paciente e sua dignidade, independente de religião, crença política, raça e sexo. Por sua vez, o cuidado espiritual é parte de uma assistência individualizada (STERN; JAMES, 2006). Diante desse contexto, fica claro que a espiritualidade integra o cuidado de enfermagem, visto que é uma dimensão humana universal e, conseqüentemente, cabe ao enfermeiro, além da responsabilidade de desenvolver um cuidado holístico, considerar também o aspecto ético da assistência profissional (PESUT, 2006).

Todavia, para a aplicação do cuidado espiritual, é preciso compreender quais aspectos são inerentes à prática de enfermagem, ou, ainda, quais construtos constituem o fenômeno e qual seu enfoque na assistência à saúde (MAcLAREN, 2004). Daí a importância do enfermeiro incorporar a definição de espiritualidade, encontrada na sua própria natureza espiritual, e se manter atualizado, realizando auto-reflexão e cultivando a flexibilidade, para que haja tanto uma investigação quanto uma intervenção apropriada da espiritualidade (KOCISZEWSKI, 2003; O'REILLY, 2004).

Pesut (2006) comenta que o cuidado espiritual pode ser ensinado como qualquer outro cuidado de enfermagem, porém requer sensibilidade e compreensão desta dimensão. Para tanto, o investimento em pesquisas, a inclusão da espiritualidade na formação do enfermeiro e a constante reflexão sobre o tema, por meio de reuniões científicas, ajudarão a construir o corpo de conhecimento sobre a dimensão espiritual (PESUT, 2006; POWER, 2006; ROSS, 2006; SPURLOCK, 2005).

No Brasil, foi realizado por Benko e Silva (1996) um estudo sobre a inclusão da espiritualidade na graduação em Enfermagem. Por meio de uma entrevista a 24 professores, os autores observaram que 95,8% dos docentes consideram o ser humano como um ser espiritual e que este aspecto influencia a vida diária das pessoas e 66,6% deles acreditam na importância de se incluir a espiritualidade no programa educacional.

Entretanto, no cenário clínico, têm sido oferecidos diferentes *guias* para o cuidado espiritual (DIJOSEPH; CAVENDISH, 2005; LEDGER, 2005; LEMMER, 2005; MINER-WILLIAMS, 2006; NUSSBAUM, 2003; SAWATZKY; PESUT, 2005; TANYI, 2002). As diferentes opiniões, de diferentes autores, sobre como a espiritualidade deve ser incluída na assistência de enfermagem, levam a concluir que existe uma diversidade na forma com que a mesma é abordada na prática. É justamente essa diversidade que torna necessária a compreensão do fenômeno e a busca de uma abordagem científica para o cuidado.

Nesse sentido, a assistência sistematizada, conduzida pela taxonomia dos diagnósticos de enfermagem, poderá contribuir para o avanço no conhecimento a respeito do tema, guiando a prática e fortalecendo o ensino e a pesquisa. Essa perspectiva científica ajudará a manter visíveis as necessidades espirituais do paciente, uma vez que os diagnósticos de enfermagem irão direcionar o foco do processo de enfermagem para um modelo metodológico de gerenciamento de informações sobre o paciente e para a tomada de decisão sobre o cuidado (CARVALHO; GARCIA, 2002).

3.4 A ESPIRITUALIDADE E OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

O diagnóstico é a segunda etapa do processo de enfermagem, representando uma das mais importantes fontes de conhecimento científico da prática profissional, que se tornou

fundamental para o planejamento da assistência ao paciente (JESUS, 1995).

O diagnóstico de enfermagem envolve coleta, análise, interpretação e síntese dos dados clínicos encontrados. Suas etapas se inter-relacionam e envolvem um contínuo processo de raciocínio e julgamento clínico, o qual direciona as ações de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2002; ALFARO-LEFEVRE, 2005). Logo, o raciocínio clínico, realizado a partir da coleta de dados, permite a denominação dos diagnósticos que vão fornecer a base para a tomada de decisão e a avaliação dos resultados da assistência (MICHEL, 2003).

Diagnosticar é um ato inerente à vida diária dos indivíduos nas mais diversas situações, visto que se refere à avaliação de dados, a fim de chegar a uma conclusão (MICHEL, 2003). Contudo, o diagnóstico de enfermagem é um processo complexo que envolve a interpretação do comportamento humano ligado à saúde e está relacionado a uma interação de questões interpessoais, técnicas e intelectuais, que se referem à comunicação real com os pacientes e outros profissionais de saúde. Além de requerer o uso de ferramentas e habilidades específicas, demanda também o desenvolvimento da inteligência e o emprego do pensamento crítico para a coleta e análise de dados e adoção de decisões (LUNNEY, 2004).

A composição de um diagnóstico de enfermagem pode incluir: um título ou um termo, ou ainda uma frase concisa que pode envolver qualificadores; uma definição, que é a descrição clara do diagnóstico, a fim de estabelecer o significado e ajudar na diferenciação do mesmo; as características definidoras, que são as manifestações ou sinais e sintomas; os fatores relacionados, que são as condições que favorecem a ocorrência daquela determinada resposta (relações de causa) e os fatores de risco, os quais podem ser ambientais, fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos, que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo a um evento insalubre (NANDA, 2002).

A necessidade de identificar, organizar e classificar os diagnósticos de enfermagem, com base em regras consistentes, por meio de uma taxonomia, fez surgir, nos

Estados Unidos, a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (JESUS; CARVALHO, 1997). A construção de taxonomias, proposta pela NANDA, para os diagnósticos, intervenções e resultados buscou a padronização da linguagem em enfermagem e a possibilidade de codificações que facilitem o processo de informatização da assistência, necessários com o avanço tecnológico (MICHEL, 2003).

O primeiro sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem, a Taxonomia I, aprovado em Assembléia Geral da Taxonomia da NANDA, foi denominado “Padrões de Respostas Humanas” e foi introduzido para constituir oficialmente a estrutura conceitual para a organização dos diagnósticos (COLER, 1992; FARIAS et al., 1990).

A Taxonomia I consistia na ordenação dos diagnósticos em relação à prática, porém, durante sua construção foram identificados diferentes níveis teóricos de abstração entre os diagnósticos. Dependendo de sua especificidade, alguns eram muito abstratos e gerais, enquanto outros eram concretos e específicos (FARIAS et al., 1990). Percebendo as inconsistências dessa taxonomia, devido à dificuldade em categorizar alguns diagnósticos e o crescente número de submissões no 4ª nível ou maior, uma nova estrutura para classificação foi proposta (NANDA, 2008).

Em 2002, após a conferência NANDA, NIC (Nursing Interventions Classification) e NOC (Nursing Outcomes Classification), foi sugerida a Taxonomia II, composta dos diagnósticos desenvolvidos e aprovados por essa organização. Em 2003, houve novas mudanças na terminologia dessa taxonomia e após a conferência NANDA, NIC e NOC de 2004, novos diagnósticos foram aprovados e categorizados adequadamente; os eixos foram revisados, a fim de incrementar o foco internacional, comparando-os com o Modelo de Terminologia Referencial da Organização de Padrões Internacionais (*International Standards Organization* – ISO) para um diagnóstico de enfermagem (NANDA, 2008).

A Taxonomia II contém três níveis: domínios, classes e conceitos diagnósticos.

Um domínio representa uma esfera de atividade, estudo ou interesse e a classe é uma subdivisão do grupo maior; uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, grau ou categoria (ROGET'S, 1980¹ apud NANDA, 2008). Os domínios são divididos em classes e estas, por sua vez, contêm os diagnósticos, cujo conceito foi aprovado na 9ª Conferência:

Julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável (NANDA, 2008, p. 294).

A nova taxonomia é uma estrutura multiaxial, o que constitui um sistema conceitual para direcionar a classificação dos diagnósticos de enfermagem, sendo que os eixos são representados nos diagnósticos nomeados/codificados por meio de seus valores. Um eixo é operacionalmente definido como uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico (NANDA, 2008).

A NANDA (2008, p. 309) apresenta os setes eixos que constituem a Taxonomia II:

- Eixo 1 – Conceito 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 (bem-estar, de risco, real, de promoção da saúde)

O Eixo 1 (conceito diagnóstico) e o Eixo 3 (julgamento) são elementos essenciais de um diagnóstico (NANDA, 2008). Os conceitos diagnósticos e seus descritores (julgamento) foram formados a partir do exame minucioso de cada diagnóstico aprovado. E nesse sistema de classificação é possível adicionar e subtrair diagnósticos sem ter de mudar

¹ ROGET'S II. **The new thesaurus**. Boston: Houghton Mifflin, 1980.

novamente o sistema de codificação (HOSKINS, 2002).

Trata-se de uma estrutura hierárquica de classificação, em que os eixos permitem inúmeras possibilidades de diagnósticos, aumentando a cobertura das situações clínicas pela Taxonomia e oferecendo uma linguagem mais flexível, que permite fazer inclusões e modificações de modo mais fácil (BRAGA; CRUZ, 2003; NANDA, 2008).

Os domínios propostos na Taxonomia II da NANDA (2008, p. 295-296) são:

- **Domínio 1** – Promoção da saúde
- **Domínio 2** – Nutrição
- **Domínio 3** – Eliminação e Troca
- **Domínio 4** – Atividade/Repouso
- **Domínio 5** – Percepção/Cognição
- **Domínio 6** – Autopercepção
- **Domínio 7** – Relacionamento de Papel
- **Domínio 8** – Sexualidade
- **Domínio 9** – Enfrentamento/Tolerância ao estresse
- **Domínio 10** – Princípios de vida
- **Domínio 11** – Segurança/Proteção
- **Domínio 12** – Conforto
- **Domínio 13** – Crescimento/Desenvolvimento

O fenômeno espiritualidade é abordado na Taxonomia II da NANDA por meio do **Domínio 10**, *Princípios de vida*, definido como: “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” (NANDA, 2008, p. 303). Este domínio, conforme a NANDA (2008, p. 303-304), é composto por:

- **Classe 1:** Valores: identificação e classificação dos modos de conduta ou estados finais

preferidos. **Diagnóstico aprovado:** Disposição para aumento da esperança.

- **Classe 2:** Crenças: opiniões, expectativas ou julgamento sobre atos, costumes ou instituições, considerados verdadeiros ou dotados de valor intrínseco. **Diagnósticos aprovados:** Disposição para bem-estar espiritual aumentado; Disposição para aumento da esperança.
- **Classe 3:** Congruência entre Valor/Crença/Ação: Correspondência ou equilíbrio encontrado entre valores, crenças e ações. **Diagnósticos aprovados:** Angústia espiritual; Risco de angústia espiritual; Conflito de decisão (especificar); Desobediência (especificar); Risco de religiosidade prejudicada; Religiosidade prejudicada; Disposição para religiosidade aumentada; Sofrimento moral; Disposição para aumento da tomada de decisão.

Nas duas últimas versões da NANDA, 2006 e 2008, foram incluídos novos diagnósticos relacionados à espiritualidade (Domínio 10), o que demonstra a preocupação e o interesse em classificar essa dimensão humana tão abstrata, porém muito importante na assistência de enfermagem.

A confirmação de cada diagnóstico dentro da dimensão espiritual humana requer a sustentação de um referencial teórico consistente, que só será obtido por meio do processo de validação dos mesmos.

A literatura sobre espiritualidade tem questionado a aplicabilidade dos diagnósticos de enfermagem na dimensão espiritual, pois o seu uso na prática clínica requer que sejam comuns o suficiente para ser abrangentes, específicos para serem nítidos e flexíveis para possibilitarem o julgamento e as intervenções de enfermagem (HELIKER, 1992). Assim, a linguagem que descreve as respostas do paciente ao domínio espiritual necessita ser desenvolvida, uma vez que a descrição de espiritualidade e de seus atributos é diversa, com pouco consenso universal (CAVENDISH et al., 2000).

3.5 O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM *ANGÚSTIA ESPIRITUAL*

O diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* proposto pela NANDA descreve as respostas do indivíduo às desordens que englobam a sua espiritualidade (ENGEBRETSON, 1996; MOHR, 2006). Todavia, na prática, o enfermeiro raramente usa esse diagnóstico, embora reconhecida a importância da relação corpo/mente/espírito para um cuidado holístico (TWIBELL et al., 1996).

O diagnóstico em questão foi aceito pela NANDA em 1980, sendo incorporado na primeira taxonomia dentro do padrão de resposta humana denominado *VALORIZAR*. Sua definição, em versão brasileira, era: “Estado no qual o indivíduo experimenta uma ruptura no princípio de vida, o qual permeia todo o seu ser, integra e transcende sua natureza biológica e psicossocial”. As características definidoras eram: *Preocupação com o significado da vida ou da morte e/ou com sistema de crenças; Raiva de Deus; Questionamento do significado do sofrimento; Verbalização de conflito íntimo sobre crenças; Questionamento do significado da própria existência; Incapacidade para participar de práticas religiosas usuais; Busca de assistência espiritual; Questionamento das implicações morais ou éticas de condutas terapêuticas; Humor negro; Deslocamento da raiva para representantes religiosos; Descrição de pesadelos; Alteração de comportamento ou humor evidenciado por raiva, choro, isolamento, preocupação, ansiedade, hostilidade, apatia*, entre outras. Os fatores relacionados eram: Separação de laços religiosos ou culturais; Desafio ao sistema de crenças e valores relacionado, por exemplo, às implicações morais ou éticas da terapia ou a intenso sofrimento (NÓBREGA; GARCIA, 1992).

A primeira validação do diagnóstico ocorreu em 1987 e foi realizada por Weatherall e Creason, que triangulou as características de *Angústia espiritual*, com indicadores clínicos encontrados na literatura e aqueles descritos por enfermeiras. Esse estudo

validou somente as características: *Preocupação relacionada a Deus; Distúrbio no sistema de crença e Questões relacionadas ao significado da vida* (McHOLM, 1991).

Posteriormente, McHolm (1991) conduziu um novo estudo de validação das manifestações associadas ao diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* e concluiu que 25% das características definidoras apresentadas na NANDA não eram bons indicadores do diagnóstico, sugerindo 13 novas características: *Incapacidade de aceitar a si mesmo; Descrição de queixas somáticas; Dicas sobre relacionamentos com outros, sobre culpa e perdão; Dicas sobre a importância das necessidades espirituais; Coping inadequado; Desespero; Falta de esperança; Medo; Depressão; Desamparo; Anorexia; Silêncio e Amargura.*

Hensley (1992) também explorou a validade das características definidoras deste diagnóstico e identificou como parte da categoria *Maior* (escore ≥ 0.80), entre as características definidoras listadas pela NANDA, apenas *Expressa preocupação com o significado da vida/morte e/ou sistema de crenças.*

Heliker (1992) reavaliou o diagnóstico *Angústia espiritual*, utilizando os critérios de Gordon's (poder discriminatório, generalidade, flexibilidade, utilização e abrangência), e identificou que a perspectiva da enfermagem com relação ao diagnóstico é limitada e inadequada para um cuidado multicultural e multidimensional. O autor sugeriu a promoção de uma abordagem holística e humanística na educação e na pesquisa, integrando a dimensão espiritual dentro do currículo e reconhecendo o aspecto multidimensional e global desse fenômeno humano.

Em 1996, Twibell et al. realizaram a validação de conteúdo das características definidoras descritas pela NANDA ao diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* e observaram que *Expressa não ter razão para viver e Mostra desajuste emocional consigo e com os outros* são características mais importantes para o diagnóstico de *Coping ineficaz* que

para *Angústia espiritual*.

Ainda no ano de 1996, Smucker realizou um estudo fenomenológico sobre a experiência da *Angústia espiritual*, notando que o evento pode ocorrer também em momentos agradáveis da vida. O autor conclui que há necessidade de uma nova definição para o diagnóstico e propõe: “Experiência desconfortável de lutas espirituais e/ou existenciais, dentro do qual existe um potencial de crescimento”, sugerindo também as seguintes características: *Verbalização de sentimentos de falha, dor e/ou instabilidade; Verbalização de sentimentos de algo mais além; Busca por uma resposta física, emocional, social ou/espiritualmente positiva na crise e Aceitação dos limites do conhecimento*.

Em 1997, Pehler, com o objetivo de descrever as respostas espirituais encontradas em crianças e adolescentes, realizou a validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* e observou que somente duas das características definidoras propostas pela NANDA foram consideradas como “maiores” e apenas para o grupo de sujeitos com idade entre 13 e 18 anos, são elas: *Preocupação com o significado da morte e Alteração no comportamento/humor: ansiedade*.

Posteriormente, em 2001, Burkhart e Solari-Twadell, revendo a literatura a respeito de espiritualidade e religiosidade, apontam para as inconsistências quanto à definição do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, sugerindo sua diferenciação com religiosidade.

A partir de 2002, com a modificação da Taxonomia I para a Taxonomia II da NANDA, o diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* também sofreu modificações na estrutura, sendo atualmente classificado da seguinte forma:

Figura 1 - Classificação do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* na Taxonomia II da NANDA (2008, p.304)

Apesar de toda evolução no campo de conhecimento da enfermagem, a revisão da literatura sobre o diagnóstico *Angústia espiritual* proposto pela NANDA demonstrou que seu conceito ainda compreende inúmeras questões subjetivas, tornando um desafio para o enfermeiro lidar com pessoas que experenciam essa angústia (BURNARD, 1987).

Também tem sido evidenciado que a espiritualidade continua recebendo uma atenção mínima nos planos de cuidado, com diversas dificuldades atribuídas pela enfermagem para a assistência espiritual (HELIKER, 1992; PESUT, 2008; TWIBELL et al., 1996; VILLAGOMEZA, 2005).

A definição, tanto de angústia espiritual como de espiritualidade, é complexa, uma vez que ambas dependem da perspectiva de quem os avalia, limitando, assim, sua generalização. A espiritualidade deve ser percebida como um processo, uma jornada, na qual mudanças e flexibilidade são inerentes, o que dificulta o poder discriminatório do diagnóstico (HELIKER, 1992). Entretanto, para ajudar o paciente a tomar conhecimento de sua espiritualidade, é crucial que o enfermeiro seja capaz de reconhecer o diagnóstico de *Angústia espiritual*, estando atento às suas manifestações, pois essas podem resultar em um plano terapêutico malsucedido (DAVIS, 1994; VILLAGOMEZA, 2005). Daí a importância de contar com evidências fortes e precisas sobre o diagnóstico, o que torna necessário sua atualização ou aperfeiçoamento.

Em suma, considerando-se que os diagnósticos propostos pela NANDA devem ser validados e, quando necessário, reformulados, bem como, que a dimensão espiritual é um importante, porém complexo, atributo do cuidado holístico de enfermagem, torna-se relevante o desenvolvimento de estudos que possam contribuir para a compreensão e utilização do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

A taxonomia da NANDA é uma linguagem de enfermagem reconhecida, ou seja, é um sistema de classificação aceito como uma prática de suporte à profissão, por meio de uma terminologia clinicamente útil (NANDA, 2006). Entretanto, sua aplicabilidade depende, sobretudo, da capacidade de definir o foco de assistência de enfermagem, fornecendo informações precisas e válidas.

O refinamento dos itens classificados em uma estrutura taxonômica é um processo contínuo, tendo em vista que a inclusão de novos itens requer não somente a definição destes, mas também a redefinição dos demais (KERR, 1991).

A inserção de novos diagnósticos de enfermagem no Domínio 10 da Taxonomia II da NANDA, ocorrida nas duas últimas edições, em 2006 e 2008, reflete a maior consciência sobre a importância da espiritualidade e religiosidade na saúde e na doença; contudo, também requer refinamento e clarificação dos diagnósticos já existentes. Refinar um diagnóstico significa submetê-lo a um processo de validação, aperfeiçoando-o, enquanto fenômeno teórico consistente, de forma que se torne representativo da condição apresentada pelo paciente (OLIVEIRA, 2001).

O processo de validação de um diagnóstico de enfermagem assemelha-se aos procedimentos utilizados para obtenção da validade e confiabilidade dos instrumentos de medidas, em que *validade* se refere ao grau com que um instrumento de medição mede exatamente o que deve medir e *confiabilidade* é a precisão em que o instrumento produz os mesmos resultados sobre medidas repetidas (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Com relação ao diagnóstico de enfermagem, validade é o grau em que um determinado diagnóstico representa a resposta do paciente a uma situação. Ou seja, ao validar

um diagnóstico, o enfermeiro está refinando o conjunto de indicadores clínicos que permitem descrevê-lo, o que contribui para a confiabilidade de seu uso na prática. Portanto, o processo de validação se caracteriza como uma ferramenta necessária para a prática clínica, subsidiando o estabelecimento das intervenções e a avaliação de enfermagem (GRANT; KINNEY, 1992). Um diagnóstico clinicamente válido representa acuradamente os dados observados no paciente (CREASON, 2004).

Para que haja confiabilidade nos resultados das investigações sobre validação de diagnósticos, é necessário incluir procedimentos que possam favorecer o maior número possível de predições e a capacidade de generalizações dos diagnósticos de enfermagem (CARVALHO; ROSSI; JESUS, 1998).

Na literatura têm sido descritos vários modelos metodológicos que podem ser utilizados para validação de diagnósticos de enfermagem, entre eles: o Modelo de Avant para análise de conceito; o Modelo de Gordon e Sweeney, subsidiado pelo método retrospectivo, clínico e de validação de diagnóstico diferencial; o Modelo de Hoskins composto por análise de conceito; validação por especialistas e validação clínica; o Modelo de Fehring, no qual se observa a validação de conteúdo e validação clínica de diagnóstico (CARVALHO et al., 2006; GARCIA, 1998). Além desses modelos, também é observada a validação de diagnósticos por meio de procedimentos metodológicos ou de validação de instrumentos de medida, como, por exemplo, os critérios de validade e confiabilidade para construção de instrumentos, que contribuem para a validação de construto e de conteúdo relacionado ao diagnóstico de enfermagem.

Segundo Carvalho et al. (2006), ao longo das últimas décadas, a seqüência dos passos empregados para validação dos diagnósticos de enfermagem sofreu modificações:

- Na década de 90 era realizada a construção de instrumento para coleta de dados referentes às características definidoras do diagnóstico em estudo e a observação da incidência dessas

características em uma dada amostra, com seleção daquelas que apresentavam frequência maior que 50%. Em seguida era verificado o consenso entre enfermeiros sobre a pertinência de cada característica ao diagnóstico, empregando-se também, a análise das características definidoras, por meio de revisão da literatura.

- Após o ano de 2000, passou a ser empregado primeiro a revisão de literatura do diagnóstico de interesse, analisando as possíveis características relacionadas ao mesmo e suas respectivas definições operacionais e, posteriormente, a verificação da pertinência das características definidoras junto a peritos e a investigação da incidência dessas características no ambiente clínico.

Em relação ao elemento do diagnóstico a ser validado, Creason (2004) menciona que os estudos de validação apresentam grande diversidade no desenho da pesquisa: alguns analisam um único diagnóstico, avaliando seu conceito e manifestações, e outros focalizam um diagnóstico da NANDA e buscam confirmá-lo, examinando diretamente registros ou prontuários médicos. É recomendável a validação de todos os componentes do diagnóstico de enfermagem, desde título, definição, características definidoras, fatores relacionados e mesmo a própria estrutura taxonômica, como tem sido feito em outras classificações (CARVALHO; ROSSI, 2002).

À medida que os diagnósticos são validados ou novos diagnósticos são propostos, há uma revisão sistemática, para determinar sua consistência com os critérios estabelecidos pela NANDA para um diagnóstico de enfermagem. Todas as submissões são subsequentemente avaliadas segundo as etapas de desenvolvimento preestabelecidas (por ex.: título, definição, características definidoras, entre outros) e de acordo com as evidências que sustentam tanto o nível de desenvolvimento como a sua validação. Depois de várias etapas de revisão, realizadas por um Comitê de Revisão de Diagnósticos, os mesmos serão enviados a um grupo de especialistas e ao Comitê Internacional da NANDA, para comentários e,

posteriormente, os diagnósticos serão discutidos em fóruns durante a próxima conferência bienal, a fim de solicitar contribuições dos membros. As recomendações dos fóruns serão revisadas e os diagnósticos poderão ser, finalmente, encaminhados ao Conselho de Diretores da NANDA, para serem incluídos na próxima edição da classificação (NANDA, 2008).

Os estudos de validação podem contribuir para a construção de uma taxonomia de diagnósticos de enfermagem que seja realmente favorável para a prática profissional, aumentando a confiança no uso das características definidoras e fatores relacionados (GARCIA, 1998). Todavia, no Brasil, o investimento nesse tipo de pesquisa tem sido pequeno e com grande diversidade metodológica, o que dificulta a replicação dessas investigações (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Assim, devido à complexidade desse tipo de trabalho e do tema em estudo, a presente pesquisa fundamentou-se tanto nas propostas metodológicas discutidas por Fehring (1986, 1987 e 1994), como também naquelas desenvolvidas por Hoskins (1989), sendo que o uso conjunto dessas referências tem sido apresentado em estudos de validação de diagnósticos de enfermagem realizados no Brasil (MELO, 2004; MELO; CARVALHO; HAAS, 2008; MELO; CARVALHO; PELÁ, 2007; PILEGGI, 2007).

4.1.1 Modelo de validação de diagnóstico de Fehring

Fehring (1986), preocupado com as evidências empíricas dos diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA, apresentou um modelo de metodologia para a validação dos mesmos. Sua proposta foi baseada nos procedimentos utilizados para validação de instrumentos de pesquisas e no modelo de validação de diagnósticos propostos por Gordon e Sweeney.

Para Fehring (1986), um diagnóstico só é válido quando está fundamentado em

evidências e é capaz de se opor às críticas dos profissionais de enfermagem. Suas características são válidas quando realmente ocorrem e são identificadas em situações clínicas. Se as evidências de que um grupo de características definidoras indicam a existência de um dado diagnóstico, os enfermeiros terão confiança em usá-lo na prática.

Fehring apresentou sua proposta em 1986, revisando-a em 1987 e, posteriormente, em 1994. Para o autor, os métodos de validação de diagnósticos de enfermagem são: validação de conteúdo de diagnóstico (*Diagnostic Content Validity* – DCV) e validação clínica de diagnóstico (*Clinical Diagnostic Validity* – CDV).

O modelo de *Validação de Conteúdo de Diagnóstico* baseia-se na obtenção de opiniões de enfermeiros peritos sobre o grau com que certas características definidoras representam um determinado diagnóstico (FEHRING, 1987). Para o desenvolvimento desse modelo, Fehring (1994) enfatiza a importância de uma revisão de literatura para o suporte teórico, tanto para o diagnóstico, como para as características definidoras. Recomenda, ainda, a construção de definições operacionais para cada característica, uma vez que o esclarecimento do significado das mesmas ajudará a fortalecer e padronizar as evidências produzidas pelos modelos de validação.

Segundo Fehring (1987), após a revisão do diagnóstico e o estabelecimento das definições operacionais de suas características definidoras, deve ser iniciada a avaliação por peritos, em que um grupo de *experts* no diagnóstico em estudo irá indicar o quanto cada característica definidora é pertinente ao mesmo. O autor considera que características fictícias poderão ser adicionadas à lista de características definidoras, para verificar a fidedignidade das respostas e identificar a presença de tendencionismo dos peritos.

Para essa etapa, Fehring (1987) sugere a utilização de uma escala de cinco pontos, em que: 1: a característica não é indicativa do diagnóstico; 2: é muito pouco indicativa; 3: de algum modo indicativa; 4: consideravelmente indicativa e 5: muitíssimo indicativa. Para cada

alternativa é atribuído um peso, sendo respectivamente: 1=0; 2=0,25; 3=0,5; 4=0,75 e 5=1.

A partir dos pesos atribuídos às respostas é calculada a média ponderal de cada característica, classificando-a, conforme seu escore. As características com escore maior ou igual a 0,80 serão classificadas como “maiores” e as menores que 0,80 e maiores que 0,50 serão “menores” (FEHRING, 1987). Tal terminologia, “características maiores” e “características menores”, tem sido substituída por “características principais” e “características secundárias”, uma vez que não são mais expressões utilizadas no sistema de classificação proposto pela NANDA (GALDEANO, 2007).

Por fim, Fehring (1986) propõe o cálculo do escore total do diagnóstico (DCV total), que consiste na somatória das médias ponderadas de todas as características definidoras, com exceção daquelas com escore menor que 0,50, e divisão pelo número total de características. O autor considera adequado que o diagnóstico obtenha valor acima de 0,60.

Uma das dificuldades enfrentadas para a implementação do modelo de *Validação de Conteúdo de Diagnóstico* é a obtenção de enfermeiros peritos no diagnóstico que está sendo testado, por isso Fehring (1994) propõe alguns critérios para identificar quem serão incluídos como enfermeiros especialistas ou peritos, determinando para os mesmos, uma pontuação mínima de cinco pontos, dos quais quatro derivam da titulação de mestre (Quadro 1).

Quadro 1 – Critérios estabelecidos por Fehring (1994) para identificação de peritos

Critérios	Pontuação
Titulação de Mestre em Enfermagem	04
Titulação de Mestre em Enfermagem com dissertação direcionada a conteúdo relevante ao diagnóstico de enfermagem em estudo	01
Publicação de artigo sobre diagnóstico de enfermagem em periódicos de referência	02
Artigo publicado sobre diagnósticos de enfermagem e com conteúdo relevante à área em foco	02
Doutorado versando sobre diagnóstico de enfermagem	02
Experiência clínica de pelo menos 01 ano na área do diagnóstico em estudo	01
Certificado de prática clínica relevante à área do diagnóstico em estudo	02

Fonte: FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROLL-JOHNSON, P. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis:** proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Association. Philadelphia: Lippincott, 1994. p. 59.

Não basta ao perito possuir titulação, é necessário que também tenha conhecimento sobre o diagnóstico em estudo, em área relevante ou relacionada ao mesmo, obtido por meio de experiência clínica, produções científicas, formação acadêmica e participação em organizações relacionadas a diagnósticos. Fehring (1994) considera que quanto maior a pontuação, maior será a força de evidência da avaliação.

O modelo *Validação Clínica de Diagnóstico* baseia-se na obtenção de evidência da existência do diagnóstico de interesse no ambiente clínico real. Para esse modelo, Fehring (1987) propõe duas abordagens possíveis, dependendo da natureza do diagnóstico a ser analisado. Se a natureza do diagnóstico se relaciona a uma resposta fisiológica, é indicada a utilização do modelo original, descrito em 1986, que se refere à observação clínica direta de dois enfermeiros peritos em relação à frequência das características definidoras. Se o diagnóstico envolve uma resposta mais cognitiva ou afetiva, é indicado o modelo modificado, descrito em 1987, que sugere a obtenção das informações clínicas diretamente do sujeito-paciente. Dependendo do tipo de diagnóstico que se pretende validar, pode se usar a combinação de ambas as abordagens.

Na primeira abordagem, inicialmente dois enfermeiros peritos avaliam

diretamente certo número de sujeitos com o diagnóstico preestabelecido (ex.: 50 pacientes), observando, de modo individual, a presença ou a ausência de cada característica definidora. Em seguida é calculado o *coeficiente de fidedignidade* entre as observações e, posteriormente, o cálculo dos escores para cada característica definidora, seguido do cálculo do DCV total, conforme no modelo de *Validação de Conteúdo de Diagnóstico* (FEHRING, 1987).

O *coeficiente de fidedignidade* sugerido por Fehring (1986, p. 188), para cada característica, é determinado pela seguinte fórmula:

$$R = \frac{A}{A+D} \times \frac{\frac{F1}{N} + \frac{F2}{N}}{2}$$

Considera-se:

A = número de concordância,

D = número de discordância,

F1 = frequência de características observadas pelo primeiro observador,

F2 = frequência de características observadas pelo segundo observador,

N = número de sujeitos observados e

R = índice de concordância entre observadores.

Na abordagem direta ao paciente, primeiramente é obtido uma amostra de sujeito com o diagnóstico de interesse, o que também deve ser legitimado por um enfermeiro perito. Posteriormente, por meio de uma escala tipo Likert, de cinco pontos, contendo todas as características definidoras, é solicitado aos pacientes que indiquem o grau com que cada uma das características representa seu sentimento ou comportamento. Em seguida, realiza-se o cálculo dos escores, atribuindo peso a cada resposta, conforme verificado no modelo *Validação de Conteúdo de Diagnóstico* (FEHRING, 1987).

Fehring (1994) recomenda o uso de uma mensuração equivalente, realizada por meio de um instrumento válido, para o estabelecimento da validade interna, assegurando a acurácia do diagnóstico, uma vez que se o diagnóstico não estiver correto ou não estiver presente, a evidência pode não ser acurada ou não existir.

A importância da utilização do referencial proposto por Fehring, para validação de diagnósticos de enfermagem, está no fato de o mesmo ter sido um dos métodos mais

empregados por pesquisadores brasileiros (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008) e também por já ter sido aplicado em outros estudos de validação do diagnóstico *Angústia espiritual*, o que possibilita a comparação e permite o aprimoramento da pesquisa.

4.1.2 Modelo de validação de diagnóstico de Hoskins

Hoskins (1989) descreveu três passos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. São eles:

Análise de Conceito: é a etapa do processo de validação de um diagnóstico utilizada para determinar os atributos característicos de um conceito. A análise de conceito incorpora a revisão da literatura e a construção do conhecimento, que particularmente corresponde à estrutura teórica do processo de pesquisa e que permite o desenvolvimento de um modelo para explicar por que certas características devem estar presentes, quando ocorre um determinado fenômeno. A autora sugere os procedimentos propostos no modelo Walker e Avant para análise de conceito.

Validação por Especialista: após análise de conceito e geração da lista de características definidoras, é necessário obter acordo de peritos sobre a relação das mesmas ao conceito diagnóstico. Portanto, esse modelo de validação visa estabelecer quais características definidoras, geradas na primeira etapa, vão representar o conceito e quais devem ser excluídas; o que corresponde à validação de conteúdo de um instrumento de pesquisa. Portanto, a lista de características é revisada por peritos, que irão atribuir um valor a cada uma, indicando sua pertinência ao diagnóstico. O autor sugere a utilização do cálculo de média ponderal proposto por Fehring (1987) para determinar o grau em que cada característica é indicativa do diagnóstico em estudo.

Validação Clínica: é a investigação, em um ambiente clínico, da presença ou

ausência das características definidoras, desenvolvidas a partir da análise de conceito e da validação por especialistas. É realizada pela observação ou interação direta com o paciente que possivelmente apresente o diagnóstico. Deve ser desenvolvida por, pelo menos, dois enfermeiros peritos em diagnósticos de enfermagem, que vão identificar a presença de cada característica por meio da coleta e análise dos dados. Cada enfermeiro deve obter seus dados e conclusão, independentemente. Em seguida, é avaliada a percentagem de concordância entre os enfermeiros e a frequência de ocorrência das características; posteriormente, calcular-se-á a *taxa de fidedignidade*, conforme proposto por Fehring (1996).

Os estudos dos diagnósticos de enfermagem são extremamente necessários para manutenção e aperfeiçoamento da base de evidências da taxonomia proposta pela NANDA (NANDA, 2008). A validação dos diagnósticos facilitará seu uso na prática, uma vez que os enfermeiros poderão contar com ferramentas apropriadas para avaliar as respostas dos pacientes aos eventos de saúde. No que se refere à espiritualidade, esses estudos fornecerão suporte para rotular a investigação das necessidades espirituais e o estabelecimento do cuidado espiritual.

Portanto, a proposta de revisão do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* contribuirá não apenas para a construção do conhecimento e a avaliação da espiritualidade, mas também para um melhor reconhecimento de fenômenos considerados desafiadores para investigar e descrever, conforme sugere a NANDA (2008).

5 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Para alcance do objetivo proposto, este estudo foi realizado em três etapas inter-relacionadas, as quais, para fins didáticos, serão abordadas separadamente. Cada fase será descrita com sua metodologia, seus resultados e suas conclusões, independentemente.

5.1 ETAPA 1: ANÁLISE CONCEITUAL DE *ANGÚSTIA ESPIRITUAL*

Esta etapa do estudo corresponde à estrutura teórica da pesquisa, em que se busca construir o conhecimento sobre o fenômeno. Os objetivos específicos, norteadores da etapa, foram:

- Identificar as evidências disponíveis na literatura sobre a definição e os indicadores clínicos de *Angústia Espiritual*,
- Analisar o conceito e as características definidoras propostos pela NANDA (2006) ao diagnóstico, comparando-os àqueles evidenciados na literatura.

5.1.1 Procedimentos metodológicos

Hoskins (1989) propõe que a validação diagnóstica se inicie por meio de uma análise de conceito, incorporando uma ampla revisão da literatura e a construção teórica do diagnóstico de interesse. O autor sugere, ainda, a utilização do modelo de Walker e Avant para o desenvolvimento da análise de conceito.

A “análise de conceito” é um método utilizado para especificar o que está compreendido em um conceito existente, por isso, é uma importante ferramenta de investigação, uma vez que irá favorecer o conhecimento em várias disciplinas (RODGERS, 2000). Existem diversas técnicas de abordagem do método, entre elas, a técnica de Walker e

Avant (1995), que propõe a distinção entre atributos definidores e atributos irrelevantes do conceito, compreende oito etapas, que são: seleção do conceito, a identificação dos objetivos da análise, a identificação do uso do conceito, a determinação dos atributos definidores, o desenvolvimento de casos-modelo, o desenvolvimento de outros casos adicionais, a identificação de antecedentes e conseqüentes do conceito e a definição de referências empíricas.

Mota, Cruz e Pimenta (2005), mencionando o estudo de Meleis (1997)², esclarecem que, ao realizar uma análise de conceito, parte-se do pressuposto que o conceito introduzido na literatura foi definido e clarificado, necessitando de maior estudo para seu desenvolvimento. Segundo as autoras, na enfermagem, o método é aplicado quando o conceito tem sua significância estabelecida e sua relação com a disciplina já está explícita.

Especificamente para a espiritualidade, não há consenso acerca do seu conceito e de sua aplicação na prática de enfermagem (O'REILLY, 2004; SAWATZKY; PESUT, 2005; VAN LEEUWEN; CUSVELLER, 2004) e, apesar do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* ter sido aceito pela NANDA em 1980 e revisado em 2002, é pouco utilizado no ambiente clínico (CAVENDISH et al., 2000; HELIKER, 1992; McHOLM, 1991; VILLAGOMEZA, 2005).

Fehring (1994) aponta para a necessidade de identificar e conceituar o diagnóstico que se pretende investigar, realizando uma revisão da literatura, antes de proceder ao estudo de validação. Portanto, devido à natureza e complexidade deste estudo, optou-se por realizar uma *revisão integrativa* da literatura sobre *Angústia espiritual*, pois esse método permitirá reunir e sintetizar todo o conhecimento pré-existente sobre o diagnóstico, visando identificar as dimensões que compreende o fenômeno; o que, segundo Melo (2004), pode ou não levar a uma reconstrução do mesmo.

² MELEIS, A. I. Strategies for concept development. In: _____. **Theoretical nursing: development and progress**. Philadelphia: Lippincott, 1997. p. 203-222.

A revisão integrativa da literatura é um método amplo de pesquisa de revisão, que inclui simultaneamente pesquisas experimentais e não-experimentais, para melhor compreensão do tema em estudo, combinando dados tanto da literatura empírica, quanto teórica (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Refere-se a um importante passo no processo de criação e organização de um corpo de conhecimento (GANONG, 1987). Nesse sentido, o presente estudo irá contribuir para a compreensão das dimensões do conceito de *Angústia espiritual*, colaborando para a edificação do conhecimento sobre o tema.

Ganong (1987) afirma que uma revisão integrativa elaborada criteriosamente inclui uma metodologia que assegura o alcance dos objetivos, realiza a análise dos dados de forma minuciosa, examina as teorias adotadas e estabelece a relação entre os resultados, métodos, sujeitos e variáveis do estudo. Ela também auxilia na identificação do consenso de especialistas sobre o tema, cujo conhecimento científico ainda não está fundamentado (STETLER et al., 1998). Permite avaliar as informações já produzidas e verificar sua aplicabilidade na prática, o que pode ter um impacto direto na qualidade de assistência prestada ao paciente, além de contribuir para o desenvolvimento de teorias sobre o fenômeno (BEYEA; NICOLL, 1998; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Na literatura médica, a revisão integrativa tem sido aplicada desde os anos 70, num esforço de sintetizar as descobertas de estudos primários e aumentar a generabilidade de seus resultados (JACKSON, 1980). Na enfermagem, especificamente no Brasil, o uso dessa metodologia é recente, como apontado por Roman e Friedlander (1998), que há dez anos não haviam encontrado nenhuma pesquisa com a utilização dos conceitos da pesquisa integrativa.

A expansão, nas últimas décadas, do universo de informação científica na área de saúde, bem como do acesso mais rápido e fácil, vem favorecendo o uso dos estudos de revisão de literatura (SEGURA-MUÑOZ et al., 2002); o que também tem gerado dúvidas sobre os diferentes tipos de revisão existentes, tornando importante diferenciá-los, conforme sugere

Pompeo (2007):

- **Revisão narrativa:** é uma ampla apresentação e discussão do tema investigado, restringindo-se a estudos de relevância para o pesquisador, mas que forneçam sustentação para a pesquisa (BEYEA; NICOLL, 1998).
- **Revisão integrativa:** é a investigação que sumariza as pesquisas realizadas sobre determinado assunto, permitindo extrair conclusões a partir dos vários estudos que investigaram o mesmo tema, o que possibilita uma análise sobre o conhecimento pré-existente (BROOME, 2000).
- **Revisão sistemática:** é a síntese rigorosa de todos os estudos relacionados a um determinado assunto, que permite o agrupamento e análise dos resultados procedentes de estudos primários (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).
- **Metanálise:** é a análise estatística secundária de estudos primários, com o objetivo de integrar os resultados, melhorando sua objetividade e validade (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

As revisões narrativas são realizadas por todos os pesquisadores, que procuram levantar informações sobre um determinado tema, para a construção de um corpo de conhecimento; tarefa que é estruturada nos demais tipos de revisão, o que aumenta a confiabilidade e profundidade das conclusões, permite reconhecer os profissionais que mais investigam um assunto, sua área de atuação, suas opiniões e suas contribuições mais relevantes (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998). Quando realizada de forma sistemática, a revisão irá contribuir para a identificação das falhas e pontos fracos nos estudos realizados, de modo a justificar novas investigações (SANTANA, 2004).

Métodos de pesquisa que sintetizam os achados científicos são necessárias para a evolução da ciência e da prática da enfermagem. O enfermeiro poderá, no momento que se faça necessário na sua prática cotidiana, consultar os resultados dos trabalhos científicos de

forma integrada, o que provavelmente irá gerar segurança e competência à assistência de enfermagem (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

Portanto, produzir uma revisão integrativa sobre *Angústia espiritual* é um importante subsídio para estabelecer o conhecimento sobre o fenômeno, fundamentando a teoria e favorecendo a prática do cuidado espiritual, uma vez que, como destaca Galvão (2002), a prática baseada em evidências, geradas por estudo de revisão, implica desenvolvimento e aplicação de resultados de pesquisas na prática profissional.

5.1.1.1 Etapas da revisão integrativa

As etapas metodológicas para a construção da revisão integrativa são delimitadas na literatura de forma semelhante, com poucas divergências; desse modo, para maior abrangência do método, o presente estudo foi fundamentado nos trabalhos de Ganong (1987); Beyea e Nicoll (1998); Broome (2000) e Whittemore e Knafl (2005), que também já foram empregados na enfermagem em outros estudos (CAMPOS, 2005; POMPEO, 2007; SILVEIRA, 2004; URSI, 2005). Essas etapas são:

1) Identificação do tema da pesquisa: consiste na escolha de um tema a ser investigado e na elaboração da questão norteadora da pesquisa, que deve ser de forma clara e específica e que, segundo Ganong (1987), deve se relacionar a um raciocínio clínico e teórico do pesquisador. A questão norteadora irá auxiliar na identificação das palavras chave que conduzirão a busca e a seleção das informações (BROOME, 2000).

2) Processo de busca na literatura: é a busca nas bases de dados para obtenção dos estudos a serem incluídos e analisados. Segundo Beyea e Nicoll (1998), a busca exaustiva é um importante passo da revisão integrativa. O que, para Silveira (2004), é um indicador crítico de confiabilidade, amplitude e poder de generalizações das conclusões da revisão. O processo

utilizado para a busca na literatura deve ser claramente registrado, descrevendo os termos chave utilizados, as bases de dados selecionadas e os critérios de inclusão e exclusão empregados na pesquisa (BROOME, 2000). A documentação adequada favorecerá a replicação do estudo.

3) Categorização dos estudos: consiste em definir as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, por meio de um instrumento previamente elaborado e que reúna as informações chave (BEYEA; NICOLL, 1998). Essa etapa, segundo Ganong (1987), é a essência da revisão integrativa.

4) Avaliação dos estudos incluídos na literatura: é o momento em que os estudos selecionados passam por uma análise detalhada e, portanto, deve-se levar em conta a experiência clínica do pesquisador (SILVEIRA, 2004). Nesta fase, os estudos são analisados quanto aos critérios de autenticidade, qualidade metodológica, importância das informações e representatividade (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

5) Interpretação dos resultados: consiste na comparação dos dados evidenciados nos estudos com o conhecimento já existente (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Nesta etapa é possível aprofundar a discussão de informações já estudadas, levantar lacunas de conhecimento e sugerir caminhos para novos estudos (GANONG, 1987).

6) Síntese do conhecimento dos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa: nesta etapa são sintetizadas as evidências obtidas das pesquisas analisadas e apresentados de forma clara e confiável. É importante o esclarecimento sobre os detalhes explícitos nas pesquisas primárias, para que o leitor possa averiguar a adequação dos procedimentos realizados e identificar as possíveis limitações metodológicas da revisão (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A seguir serão descritos os passos percorridos em cada etapa do presente estudo:

Identificação da questão norteadora e procedimentos para busca e seleção dos artigos

A revisão integrativa foi conduzida pelos seguintes questionamentos: *Qual é a definição de angústia espiritual? Quais são os elementos que indicam a presença desse diagnóstico de enfermagem?*

Para o levantamento dos artigos, inicialmente foi necessário determinar as palavras chave adequadas para busca dos estudos, cuja identificação teve como base a questão norteadora. A investigação dos descritores foi realizada na base de dados das Terminologias MeSH (Medical Subject Headings), que apresenta o vocabulário adequado contido nos artigos indexados, cujo acesso se deu pela biblioteca virtual PUBMED³.

Não sendo o termo *Angústia espiritual* um descritor, foram selecionados os descritores “*spirituality*” e “*nursing diagnosis*”. Entretanto, para que pudesse ser ampliado o campo de busca das publicações, também foi utilizado o termo “*distress spiritual*”; empregando-se a seguinte combinação de palavras chave: “*spirituality*” **and** “*nursing diagnosis*” **or** “*distress spiritual*”. A busca foi realizada *on-line* nas seguintes bases de dados:

- PUBMED, que é um serviço da U.S. National Library of Medicine que possui mais de 16 milhões de citações e inclui tanto a MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), como outras fontes de dados desde 1950.
- LILACS (Latin American and Caribbean Health Science Literature Database) e BDENF (Banco de Dados de Enfermagem), com objetivo principal de investigar a publicação nacional a respeito do tema. O acesso eletrônico a essas bases foi realizado por meio da BIREME⁴ (Biblioteca Regional de Medicina).
- COCHRANE, que também foi acessada pela BIREME. A Cochrane Library é uma das formas mais acessíveis de divulgação de revisões sistemáticas e também é um extenso banco de dados de ensaios clínicos sobre diversos assuntos, atualizados a cada três meses e

³ PUBMED. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.Pubmed>>

⁴ BIREME. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>

disponíveis aos profissionais preocupados em encontrar evidências científicas que sustentem suas condutas (RIERA; ABREU; CICONELLI, 2006).

- CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), que é considerada uma base de dados de grande cobertura na enfermagem (WONG; WILCZYNSKI; HAYNES, 2006) e foi acessada por meio do portal de periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)⁵.

Os critérios estabelecidos para inclusão dos artigos selecionados nesta revisão integrativa foram:

- Artigos publicados em inglês, espanhol e português, independente da data de publicação;
- Artigos indexados nas bases de dados selecionadas para o estudo que possuam resumo para análise;
- Artigos na íntegra que abordem a angústia espiritual como foco de investigação e que respondam à questão norteadora deste estudo.

Em virtude das características específicas para o acesso das bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para localizar os estudos foram adaptadas para cada uma delas, tendo como eixo norteador os critérios de inclusão e o objetivo específico desta etapa do estudo.

A consulta à BIREME resultou em apenas um estudo na base de dados LILACS e nenhum nas demais bases. Na PUBMED e CINAHL foram encontrados 68 e 63 estudos, respectivamente, entre os quais 50 se repetiram. Portanto, o processo de busca *on-line* resultou em 82 estudos; cujo período de busca e seleção dos artigos ocorreu de dezembro de 2006 a junho de 2007.

Também foi realizado um levantamento manual nos “*NANDA Conference Proceedings*”, desde a primeira até a 12ª Conferência, com exceção da sétima, que não foi

⁵ CAPES. Disponível em: <www.periodicos.capes.br>

localizada. Desse levantamento foram selecionados dois estudos.

Após leitura cuidadosa de todos os resumos e análise dos objetivos de cada estudo, foram selecionados aqueles artigos que abordavam a angústia espiritual como foco de estudo, sendo julgados pertinentes 31 estudos. Posteriormente, essas publicações foram localizadas no Acervo da Biblioteca Central do Câmpus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (BCCRP-USP), pelo Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo (SibiNet)⁶ e pelo Serviço de Comutação Bibliográfica (COMUT). Após leitura na íntegra de cada uma das 31 publicações, foram destacadas 18 delas, que respondiam à questão norteadora e, por isso, compuseram a amostra desta revisão (APÊNDICE A).

Categorização e avaliação dos estudos

A terceira e a quarta etapa da revisão integrativa são constituídas pela categorização e avaliação dos artigos, em que são identificadas as informações que serão extraídas dos estudos, que devem ser documentadas de forma concisa (BROOME, 2000).

Para a extração dos dados dos artigos incluídos na revisão foi empregado um instrumento, contendo elementos que possibilitaram investigar as várias dimensões dos estudos (GANONG, 1987). O instrumento foi construído com base nos trabalhos de Campos (2005), Silveira (2004) e Ursi (2005) e contém itens que permitiram explorar: a identificação do autor e do artigo (título da publicação e do periódico, país, idioma, ano de publicação), os objetivos propostos, o referencial teórico utilizado, as características metodológicas (delineamento de pesquisa, amostra, técnica utilizada para coleta e análise dos dados), os resultados e conclusões obtidos; bem como, a identificação da definição de angústia espiritual e seus indicadores clínicos.

Após a elaboração, o instrumento foi submetido a um processo de refinamento,

⁶ SibiNet: <http://www.usp.br/sibi/>

com o objetivo de analisar a clareza e abrangência dos itens, facilidade de compreensão, extensão e forma de apresentação (GALDEANO, 2007). Esse refinamento foi realizado por três juízes (duas docentes e uma doutoranda em Enfermagem), todas com experiência no método de revisão integrativa. Algumas sugestões foram apresentadas pelos juízes e o instrumento foi aprimorado (APÊNDICE B).

Todos os artigos que fizeram parte da amostra foram submetidos a uma leitura minuciosa e as informações colhidas foram sintetizadas em um banco de dados contendo: *nome do autor (es), ano de publicação, objetivos, metodologia empregada, resultados obtidos, conclusão, conceito e indicadores clínicos de angústia espiritual*.

A análise dos dados extraídos dos estudos foi realizada em duas etapas, de acordo com Campos (2005). Na primeira, procedeu-se à síntese dos dados de identificação e à caracterização da amostra, utilizando estatística descritiva (distribuição de frequência). Na etapa seguinte foi realizada a análise do conteúdo dos artigos, que permitiu agrupar as respostas à questão norteadora em duas categorias (*O conceito de Angústia espiritual* e *Os indicadores clínicos de Angústia espiritual*).

Para análise do delineamento de pesquisa das publicações, foi observada as informações fornecidas pelos autores dos estudos, seguindo as orientações de Polit, Beck e Hungler (2004). A identificação da qualidade da evidência extraída do estudo foi realizada de acordo com a proposta de Stetler et al. (1998), que considera a classificação hierárquica das evidências para avaliação de pesquisa (Quadro 2).

Quadro 2- Classificação das forças de evidências para avaliação de pesquisa

Nível	Força de evidência
I	Evidência obtida do resultado da meta análise de estudos clínicos controlados e randomizados.
II	Evidência obtida em um estudo de desenho experimental.
III	Evidência obtida no delineamento de estudos quase-experimental.
IV	Evidências que emergem de estudos não experimentais, descritivo ou com abordagem metodológica qualitativa ou estudo de caso.
V	Evidência que surge de relatórios de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou de dados de avaliação de programas.
VI	Evidências baseadas em opiniões de especialistas, baseadas na experiência clínica ou opinião de comitês especialistas, incluindo interpretações de informações não-baseadas em pesquisas, opiniões regulares ou legais.

Fonte: STETLER, C. D. et al. Evidence-based practice and role of nursing leadership. **Journal Advanced Nursing**, Oxford, v.28, n.7-8, p.45-53, July/Aug. 1998.

A apresentação das publicações analisadas é delineada de forma descritiva e resumida no Apêndice A, construído com base no estudo de Pompeo (2007), que oferecerá ao leitor informações sobre as pesquisas primárias.

5.1.2 Apresentação e discussão dos resultados da revisão integrativa

A seguir serão sintetizadas e apresentadas as evidências obtidas nas pesquisas analisadas, sobre a definição e os indicadores clínicos de *Angústia espiritual*, que, posteriormente, serão comparados àqueles propostos pela NANDA (2006) ao diagnóstico em estudo.

5.1.2.1 Caracterização dos estudos analisados

Embora o interesse da literatura de enfermagem sobre espiritualidade tenha aumentado nos últimos anos (LEMMER, 2005; LUNDMARK, 2006; MINER-WILLIAMS,

2006; POLZER; MILES, 2005; ROSS, 2006; SWINTON, 2006), apenas 18 artigos responderam à questão norteadora do estudo (APENDICE A). Entre eles se destacaram os estudos de revisão narrativa (38,9%) e as pesquisas com delineamento não-experimental (25,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos artigos, segundo o delineamento e a força de evidência estabelecida por Stetler et al. (1998), Ribeirão Preto, 2008

TIPO DE ESTUDO	Nível de Evidência	Frequência	%
Pesquisa descritiva não-experimental	IV	05	27,8
Pesquisa qualitativa	IV	02	11,1
Estudo de caso	V	03	16,7
Relato de experiência	VI	01	5,5
Revisão narrativa	-	07	38,9
Total	-	18	100

As revisões narrativas, apesar de serem importantes por permitir ao leitor atualizar o conhecimento sobre um determinado assunto, têm a desvantagem de não serem reproduzíveis e, em alguns casos, também serem incompletas e inconclusivas (ATALLAH; CASTRO, 1998). Além disso, não apresentam evidência clínica, pois, segundo Pompeo (2007), as revisões de literatura que não descrevem a metodologia utilizada para a seleção de artigos, não estão inseridas na classificação hierárquica das forças de evidências propostas por Stetler et al. (1998).

Dessa forma, a força de evidência dos artigos analisados foi distribuída nos níveis IV, V e VI (Tabela 1), demonstrando que não houve forte evidência clínica, uma vez que as melhores evidências são provenientes de ensaios clínicos, sendo que os demais desenhos de pesquisa, que têm um nível de qualidade menor, apresentam uma força de evidência também inferior (SANTANA, 2004).

Considerando que o nível de evidência de um estudo irá fundamentar a abordagem para o cuidado clínico e para o ensino (GALVÃO, 2002), o resultado deste estudo aponta para a necessidade de melhorar o nível das pesquisas de enfermagem sobre

espiritualidade, o que também foi observado por Ross (2006) em uma revisão integrativa sobre o cuidado espiritual na enfermagem.

Tabela 2 – Distribuição dos artigos, segundo o ano de publicação e o local de origem, Ribeirão Preto, 2008

CARACTERÍSTICA DOS ESTUDOS	Frequência	%
Ano de Publicação		
1980 – 1990	02	11,1
1990 – 2000	08	44,4
2000 – 2006	08	44,4
Local de origem		
Estados Unidos da América	11	61,1
Reino Unido	02	11,1
Austrália	01	5,6
Ásia	01	5,6
Índia	01	5,6
Não Informa	02	11,1

Em relação à formação profissional dos autores dos artigos, 14 estudos (77,8%) foram descritos por enfermeiros, 03 (16,7%) por médicos e 01 (5,5%) por capelão. Também, foi observado que entre a década de 80 e 90 a produção de artigos sobre *Angústia espiritual* era escassa. A partir da década de 90 houve incremento na produção científica, principalmente nos Estados Unidos da América (Tabela 2).

5.1.2.2 Categorias temáticas

Foi agrupada em duas categorias (*O conceito de Angústia espiritual* e *Os indicadores clínicos de Angústia espiritual*) a síntese do conhecimento que responde às questões norteadoras deste estudo: *Qual é a definição de angústia espiritual? Quais são os elementos que indicam a presença desse diagnóstico de enfermagem?*

O conceito de *Angústia espiritual*

A análise do conceito de *Angústia espiritual*, proposto nos artigos incluídos na presente revisão, advém da compreensão de espiritualidade, que por sua vez tem sido descrita como um fenômeno subjetivo, sem uma definição comum e que envolve diferentes construtos, tais como: sistemas de crença e de valores, conexão, significado da vida, harmonia e paz interior, transcendência e energia (VILLAGOMEZA; 2005). Logo, *Angústia espiritual* foi considerada como uma resposta humana individual, complexa, difícil de definir e de articular (HELIKER, 1992; PEHLER, 1997; PRONK, 2005). E, como tal, foi revelada como prejuízo ou ameaça à espiritualidade do indivíduo (BURKHART; SOLARI-TWADELL, 2001; TODRES; CATLIN, THIEL, 2005; VILLAGOMEZA, 2005).

Deste modo, a partir dos conceitos emanados nos artigos analisados, foi possível descrever *Angústia espiritual* com base em três construtos, a saber: distúrbio no significado e propósito da vida; distúrbio na habilidade de conexão e distúrbio na capacidade de transcendência.

Distúrbio no significado e propósito da vida

Alguns estudos incluídos nesta revisão conceituaram *Angústia espiritual* como sendo prejuízo à capacidade de encontrar significado e propósito para a vida, são eles:

“*Angústia espiritual* é a incapacidade de descobrir significado” (PRONK, 2005).

“*Angústia espiritual* é um distúrbio na capacidade pessoal em descobrir significado e propósito na vida” (KIM; McFARLAND; McLANE, 1994⁷ apud GEORGESSEN; DUNGAN, 1996).

“*Angústia espiritual* é o resultado da total incapacidade de investir no significado da vida” (BURNARD, 1987).

⁷ KIM, M. H.; McFARLAND, G. K.; McLANE, A. M. **Pocket guide to nursing diagnosis**. St. Louis: Mosby, 1984.

Outros estudos consideraram a “perda do sentido da vida” como “parte” do conceito de *Angústia espiritual* (BURKHART; SOLARI-TWADELL, 2001; SMUCKER, 1996; VILLAGOMEZA, 2005).

Igualmente, na discussão sobre espiritualidade, artigos de revisão têm considerado que “significado/propósito de vida” é um elemento fundamental para sua compreensão (DELGADO, 2005; McEWAN, 2004; McEWEN, 2005; MINER-WILLIAMS, 2006; OH, KANG, 2005; TANYI, 2002; VILLAGOMEZA, 2006).

No presente estudo, “Sentido e propósito da vida” favoreceu a descrição de *Angústia espiritual* como um construto que está relacionado a outros elementos da espiritualidade humana, assim como os “valores e crenças” que conduzem a vida do indivíduo. Por exemplo, para o paciente que está morrendo, a constatação da crença a respeito da vida após a morte pode representar um sentido para a sua vida e lhe assegurar conforto, aliviando o sofrimento (BROWN; WHITNEY; DUFFY, 2006).

Inferese, portanto, que o conceito de *Angústia espiritual* deva abranger as crenças do indivíduo, porém não deve se limitar a elas, pois a crença, seja ela religiosa ou não, é preconizada como uma subcategoria de espiritualidade (McEWEN, 2005). Algumas pessoas podem não possuir crença, mas serem espiritualizadas. Por outro lado, há também aqueles que percebem a espiritualidade por meio de sua religião (BURKHART; SOLARI-TWADELL, 2001), daí a importância de lidar com a *Angústia espiritual*, confiando uma abordagem mais ampla, que direcione ao significado e propósito da vida (BROWN; WHITNEY; DUFFY, 2006).

De tal modo, diante de situações de crise, como no momento da doença, o paciente pode experimentar conflito na percepção do significado da experiência vivenciada, manifestando sinais como: questionar o significado do sofrimento, da doença, da morte; solicitar assistência espiritual ou ainda questionar seu sistema de crenças (BROWN;

WHITNEY; DUFFY, 2006; BURKHART; SOLARI-TWADELL, 2001; GEORGESSEN; DUNGAN, 1996; PRONK, 2005; SMUCKER, 1996; SUMNER, 1998; VILLAGOMEZA, 2005).

Em um estudo de caso apresentado por Georgesén e Dungan (1996), o qual abordava a dor intratável na presença do câncer terminal, a *Angústia espiritual* foi caracterizada pelo questionamento do significado e o propósito da dor e do sofrimento. Também, no estudo de Hensley (1992), realizado com o objetivo de validar as características definidoras do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, a *Expressão de preocupação com o significado da vida, da morte e das crenças* foi a característica de maior peso, segundo a avaliação de um grupo de 64 enfermeiras da *American Nurses Association* (ANA).

Ainda, indagações sobre valores, questionamento das implicações éticas e morais do tratamento e negação das responsabilidades foram consideradas por Villagomez (2005) indicadores correspondentes a “distúrbios nos sistemas de valores da pessoa” e atributos de *Angústia espiritual*. Contudo, em um estudo realizado por Kopala e Burkhart (2005), é visto que estes referentes clínicos são partes de um novo diagnóstico de enfermagem relacionado a questões éticas e morais (*Angústia moral e Dilema ético*).

Por fim, pode-se concluir que a incapacidade de encontrar “significado e propósito” é um importante elemento na descrição de *Angústia espiritual* e para Frankl (1962), médico psiquiatra que descreve sua experiência no campo de concentração, o homem não é destruído pelo sofrimento e sim pela perda do significado do sofrimento.

Distúrbio na habilidade de conexão

Para parte dos artigos analisados nesta revisão, a *Angústia espiritual* também pode ser descrita como um distúrbio na experiência de integração/relação com os outros, com Deus/Força Maior, com o mundo ao seu redor ou consigo mesmo (BROWN; WHITNEY;

DUFFY, 2006; BURKHART; SOLARI-TWADELL, 2001; SUMNER, 1998; VILLAGOMEZA, 2005). Ou seja, refere-se a conflitos na habilidade de conexão, como pode ser observado a seguir:

“*Angústia espiritual* é um dano resultante de prejuízo ou ameaça no senso de conexão” (TODRES; CATLIN; THIEL, 2005).

“*Angústia espiritual* é a apreensão acerca da relação com a Força Maior, a família e/ou os amigos” (BROWN; WHITNEY; DUFFY, 2006).

Já nos estudos de Burkhart e Solari-Twadell (2001), Sumner (1998) e de Villagomez (2005) a incapacidade de conexão faz “parte” da definição de *Angústia espiritual*.

Portanto, a manifestação de conflitos nos relacionamentos, que anteriormente eram significativos e saudáveis para o paciente, corrobora para a compreensão da *Angústia espiritual*. Loh (2004) apresenta um estudo de caso em que a paciente, com câncer de mama terminal, manifesta *Angústia espiritual* por meio da recusa em interagir com os filhos. Também no estudo de caso apresentado por Gallagher (2002), realizado com uma paciente com câncer de ovário em fase terminal, foi observada a presença do diagnóstico *Angústia espiritual*, principalmente devido à descrição do sentimento de ter sido abandonada por Deus.

Georgesen e Dungan (1996), ao estudarem pacientes com câncer em fase terminal, apresentaram situações em que a *Angústia espiritual*, associada ao avanço da doença e à dor, foi descrita pela preocupação em relação ao abandono de Deus e pelo isolamento. Também Van Dover e Bacon (2001), por meio de um estudo qualitativo, encontraram várias situações em que a *Angústia espiritual* foi narrada pelo rompimento da relação com Deus.

Também nos estudos sobre espiritualidade, mais especificamente na compreensão do seu conceito, termos como conexão ou relacionamentos, têm sido discutidos como elementos importantes (DELGADO, 2005; FRIEDEMANN; MOUCH; RACEY, 2002;

MAHLUNGULU; UYS, 2004; McBRIEN, 2006; MINER-WILLIAMS, 2006; VILLAGOMEZA, 2006). Portanto, a relação que o indivíduo tem com os outros, com uma Força Maior ou Deus, com o mundo ao seu redor e com ele mesmo é percebida como uma necessidade espiritual que, quando está afetada, delinea *Angústia espiritual*.

Distúrbio na capacidade de transcendência

Nesta revisão, a tentativa de descrever a expressão *Angústia espiritual* também incorporou a qualidade de transcendência, observada nos estudos de Pronk (2006), Smucker (1996) e Villagomez (2005). Este construto corrobora para a percepção de que a espiritualidade da pessoa é algo além do físico, do ambiente ou do material (BYOCK, 1996⁸ apud PRONK, 2005).

Em um estudo fenomenológico apresentado por Smucker (1996), com o objetivo de descrever a *Angústia espiritual*, conceituando o diagnóstico de enfermagem e evoluindo suas características definidoras, os participantes relataram uma sensação de “algo além”, referida como um sentimento difícil de ser descrito, uma realidade desconhecida pela consciência racional: um mistério.

Ainda, Villagomez (2005) relata que a *Angústia espiritual* pode representar o sentimento de perda da harmonia, da paz ou da força interior, aspectos que ultrapassam o domínio físico, integrando a espiritualidade ao construto da transcendência.

Também no conceito de espiritualidade, pesquisadores têm considerado a transcendência como um importante construto, que direciona questões fundamentais da vida, as quais vão além da capacidade de compreensão (CHIU, 2000; CHIU et al., 2004; DELGADO, 2005; KILPATRICK et al., 2005; MINER-WILLIAMS, 2006; OH; KANG, 2005; VILLAGOMEZA, 2006). Transcendência é definida como a expansão dos limites

⁸ BYOCK, I. R. The nature of suffering and the nature of opportunity at the end of life. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia, v. 12, n. 2, p. 237-252, May 1996.

pessoais além de uma visão constricta e imediata de si mesmo e do mundo, que resulta no fortalecimento pessoal e na habilidade de enfrentar situações estressantes (BALDACCHINO; DRAPER, 2001; REED, 1996).

Enfim, ao buscar compreender o conceito de *Angústia espiritual* descrito nos estudos investigados, também se observou que alguns artigos utilizaram o conceito proposto pela NANDA até o ano de 2002: “Ruptura no princípio de vida o qual penetra totalmente a pessoa e que integra e transcende a sua natureza biológica e psicossocial” (HELIKER, 1992; HENSLEY, 1992; LOH, 2004; PEHLER, 1997). Entretanto, este conceito foi considerado inadequado e pouco flexível (HELIKER, 1992; REED, 1992).

Os indicadores de *Angústia espiritual*

Os indicadores clínicos que caracterizam *Angústia espiritual* são manifestações que englobam aspectos cognitivos, afetivos, comportamentais e variam de grau e intensidade, de acordo com cada indivíduo (VILLAGOMEZA, 2005). Neste estudo, para facilitar a apresentação dos indicadores encontrados nas publicações analisada, os mesmos foram agrupados dentro de cada construto utilizado para descrever *Angústia espiritual*, como segue:

Distúrbio no significado e propósito da vida:

- Paciente expressa sentir falta de significado e propósito para sua vida (BURKHART; SOLARI-TWADELL, 2001; CRESSEY; WINBOLT-LEWIS, 2000; GEORGESEN; DUNGAN, 1996; HENSLEY, 1992; LOH, 2004; PRONK, 2005; SMUCKER, 1996; SUMNER, 1998; TODRES; CATLIN; THIEL, 2005; TWIBELL et al., 1996; VILLAGOMEZA, 2005).
- Questiona o sofrimento e a doença. “Por que isso foi acontecer comigo?” “Por que eu?” são questionamentos comumente expressados por indivíduos que experimentam *Angústia*

espiritual (HENSLEY, 1992; LOH, 2004; PRONK, 2005; SUMNER, 1998; TODRES; CATLIN; THIEL, 2005; TWIBELL et al., 1996; VILLAGOMEZA, 2005).

- Questiona o significado da morte e/ou expressa sentimento de pesar (CRESSEY; WINBOLT-LEWIS, 2000; GEORGESEN; DUNGAN, 1996; HENSLEY, 1992; PEHLER, 1997; SUMNER, 1998).
- Questiona ou verbaliza preocupação/conflito em relação ao sistema de crenças e valores (CRESSEY; WINBOLT-LEWIS, 2000; HELIKER, 1992; HENSLEY, 1992; GEORGESEN; DUNGAN, 1996; SUMNER, 1998; TWIBELL et al., 1996; VILLAGOMEZA, 2005).
- Paciente verbaliza ter necessidade de assistência espiritual (TWIBELL et al., 1996; VILLAGOMEZA, 2005).

Distúrbio na habilidade de conexão:

- Expressa sentimento de culpa. O paciente sente que a doença é uma punição, por isso são comuns expressões “Deus quer me castigar!” “Eu mereço passar por todo sofrimento” “Eu fiz por merecer” (HELIKER, 1992; LOH, 2004; SMUCKER, 1996; TODRES; CATLIN; THIEL, 2005; VILLAGOMEZA, 2005).
- Paciente manifesta se sentir incapaz de amar e ser amado (CRESSEY; WINBOLT-LEWIS, 2000; VILLAGOMEZA, 2005).
- Expressa ter perdido a coragem para enfrentar a doença ou o tratamento (BROWN; WHITNEY; DUFFY, 2006; BURNARD, 1987; VILLAGOMEZA, 2005).
- Paciente expressa não ter mais esperança (CRESSEY; WINBOLT-LEWIS, 2000; VILLAGOMEZA, 2005).
- Manifesta raiva, que pode ou não ser direcionada à equipe de saúde ou às pessoas significativas (BROWN; WHITNEY; DUFFY, 2006; BURNARD, 1987; LOH, 2004;

TWIBELL et al., 1996; VAN DOVER; BACON, 2001; VILLAGOMEZA, 2005).

- Paciente verbaliza desarmonia interior, expressando estar se sentindo aflito, inquieto ou agitado (PEHLER, 1997; SMUCKER, 1996; VILLAGOMEZA, 2005).
- Manifesta alteração de comportamento por meio de choro/lamentação (BURNARD, 1987; GEORGESEN; DUNGAN, 1996; VAN DOVER; BACON, 2001; VILLAGOMEZA, 2005).
- Verbaliza se sentir abandonado por pessoas significativas e/ou por Deus (GALLAGHER, 2002; HELIKER, 1992; McHOLM, 1991; VAN DOVER; BACON, 2001; VILLAGOMEZA, 2005).
- O paciente direciona sua raiva a Deus, que não lhe protegeu do sofrimento, expressando um sentimento de indignação diante da injustiça de determinada situação, que foi consentida por Ele (GEORGESEN; DUNGAN, 1996; SUMNER, 1998; VILLAGOMEZA, 2005).
- Expressa desespero (BROWN; WHITNEY; DUFFY, 2006; BURNARD, 1987; GEORGESEN; DUNGAN, 1996; VAN DOVER; BACON, 2001; VILLAGOMEZA, 2005).
- Manifesta sentimento de alienação e isolamento (BURNARD, 1987; CRESSEY; WINBOLT-LEWIS, 2000; GEORGESEN; DUNGAN, 1996; LOH, 2004; TWIBELL et al., 1996; VILLAGOMEZA, 2005).
- Recusa integrar-se com pessoas significativas: é comum a pessoa que sofre *Angústia espiritual* evitar ajuda dos outros ou mesmo evitar a aproximação de familiares e amigos (BROWN; WHITNEY; DUFFY, 2006; CRESSEY; WINBOLT-LEWIS, 2000; VILLAGOMEZA, 2005).
- Não se interessa pela natureza (VILLAGOMEZA, 2005).
- É incapaz de experimentar o estado anterior de criatividade (VILLAGOMEZA, 2005).

Distúrbio na capacidade de transcendência:

- Paciente expressa alteração na capacidade de transcendência, (SMUCKER, 1996; VILLAGOMEZA, 2005), demonstra dificuldade de introspecção e reflexão (VILLAGOMEZA, 2005).

Por fim, é importante complementar que os sinais e sintomas de *Angústia espiritual* são específicos e se manifestam como prejuízo na combinação de qualquer um dos construtos citados. No entanto, não podem ser vistos como um fenômeno “tudo ou nada”, ou seja, certo grau de *Angústia espiritual* pode estar presente mesmo que ocorra uma alteração em apenas um desses construtos, por exemplo: quando há alteração no sentimento de conexão (VILLAGOMEZA, 2005).

5.1.3 Análise conceitual do diagnóstico de enfermagem *Angústia Espiritual*

A revisão integrativa da literatura sobre *Angústia espiritual* ofereceu subsídios para a compreensão do diagnóstico de enfermagem que representa o julgamento sobre a resposta do indivíduo a distúrbios na dimensão espiritual (ENGEBRETSON, 1996; MOHR, 2006).

Embora os objetivos desta etapa do estudo estejam voltados para a definição e as características definidoras de *Angústia Espiritual*, seus resultados permitiram a análise e revisão de toda estrutura proposta pela NANDA ao diagnóstico, como é apresentado na discussão a seguir:

O título do diagnóstico

A expressão *Angústia espiritual* é a tradução utilizada para o diagnóstico “*Spiritual distress*” proposto pela NANDA. Dentro do Eixo 1 - Conceito diagnóstico, a

NANDA (2006) recomenda o uso do adjetivo *espiritual* com o substantivo *angústia*; como tal, *angústia* é definida como: estreiteza, limite de espaço ou de tempo, ansiedade ou aflição intensa, ânsia, agonia, sofrimento ou tribulação (FERREIRA, 2004). Já *espiritual* é um adjetivo relacionado ao espírito, imaterial ou sobrenatural (FERREIRA, 2004).

Angústia é uma sensação psíquica desagradável, agonia ou sofrimento (PORTO, 1996). Portanto, etimologicamente, *Angústia espiritual* pode ser entendida como um “sofrimento relacionado ao espírito”.

Entre as publicações investigadas nesta etapa do estudo, apenas Villagomez (2005) analisa o rótulo *Angústia espiritual*. O autor, utilizando os passos de Walker e Avant's para análise de conceito, apresenta um importante direcionamento para a compreensão da expressão *Angústia espiritual* e analisa distintamente os dois termos, com uma abordagem voltada para a enfermagem e outra para a origem das palavras. Restringindo-se à compreensão no contexto da enfermagem, angústia é descrita como um desconforto associado com sintomas desagradáveis de uma doença; um fenômeno clínico que indica ao enfermeiro que o paciente necessita de ajuda. O termo espiritual é compreendido como *princípio de vida*, que no cuidado de enfermagem ostenta o conceito de espiritualidade. Portanto, o autor considera *Angústia espiritual* a manifestação de prejuízo na espiritualidade.

Nesse contexto, cabe ponderar que o título utilizado pela NANDA (2006) atende aos prejuízos ocorridos na dimensão espiritual humana; porém, ao considerar que a proposta taxonômica atual da NANDA está apoiada em um sistema multiaxial, na qual um eixo é definido operacionalmente como uma dimensão da resposta humana (NANDA, 2008), pode-se também concluir que a utilização de *espiritualidade* como um conceito diagnóstico, apoiada pelo uso do descritor *prejudicada*, poderia ampliar a possibilidade diagnóstica com emprego de mais eixos, o que favoreceria a modificação ou construção de novos diagnósticos, como tem sido recomendado na literatura com relação à formulação de um diagnóstico voltado para

o crescimento espiritual (O'BRIEN, 2007; SMUCKER, 1996) e exemplificado nos estudos de Cavendish et al. (2000) e Cavendish et al. (2001), com a sugestão do diagnóstico “Potencial para aumento da espiritualidade”.

Sendo assim, no presente estudo sugere-se a adoção de *Espiritualidade prejudicada* em substituição à *Angústia espiritual*, baseado no reconhecimento de que o novo título irá prover a possibilidade de ampliar o leque de diagnósticos para descrever as respostas do indivíduo às alterações na dimensão espiritual e, ainda, fundamentado na compreensão da espiritualidade como um *contínuo* (CAVENDISH et al., 2000; CAVENDISH et al., 2001). No entanto, para determinar a adequação dessa proposta para a prática clínica, é importante sua revisão por enfermeiros *experts*.

A definição do diagnóstico

A NANDA (2006, p. 107) propõe ao diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* a seguinte definição: “Capacidade prejudicada de experimentar e integrar o significado e objetivo à vida através da conexão consigo mesmo, com os outros, arte, música, literatura, natureza e/ou ser maior”. Essa definição sugere que *Angústia espiritual* refere-se apenas aos prejuízos *no senso de significado e objetivo à vida*, sendo a conexão um meio com que esse prejuízo ocorre. Entretanto, a compreensão da espiritualidade como um fenômeno multidimensional composto por diferentes construtos demonstra que uma alteração na dimensão espiritual humana pode ser causada por prejuízo em qualquer um desses construtos.

Da mesma forma que o enfermeiro deve incorporar uma visão multidimensional de espiritualidade, a *Angústia espiritual* deve ser reconhecida nas diferentes perspectivas, o que para Heliker (1992) é uma questão de adotar a diversidade das características de espiritualidade.

Por conseguinte, os resultados oriundos da revisão integrativa demonstraram que

a descrição de *Angústia espiritual* deve ser realizada por meio de uma abordagem mais ampla, que possa incluir a incapacidade de encontrar significado e propósito na vida, mas também a dificuldade de alcançar a transcendência e de manter uma conexão com aquilo que é importante para o indivíduo. Isso porque considerar *Angústia espiritual* com uma única dimensão e direcioná-la da mesma maneira pode dar uma percepção fragmentada das necessidades espirituais que o paciente apresenta, criando barreira na assistência (HELIKER, 1992).

Ademais, entre as publicações que foram analisadas nesta revisão, cinco estudos tiveram objetivo de realizar a validação do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, porém, apenas o trabalho de Pehler (1997) promoveu a análise da definição do diagnóstico, questionando sua clareza. Também Heliker (1992), em um estudo de revisão, considerou a definição inadequada, por ser pouco abrangente. Entretanto, esses autores examinaram a primeira definição apresentada pela NANDA, conceituada, em tradução brasileira, como: “estado no qual o indivíduo experimenta uma ruptura no princípio de vida, o qual permeia todo o seu ser, integra e transcende sua natureza biológica e psicossocial” (NÓBREGA; GARCIA, 1992).

Após as alterações na estrutura do diagnóstico, ocorridas em 2002, não foi encontrado nenhum outro estudo que questionasse a definição de *Angústia espiritual*, o que torna importante o investimento na fundamentação do seu conceito.

Sendo assim, o presente estudo apóia parcialmente a definição proposta pela NANDA (2006) ao diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, porém o considera similar à espiritualidade prejudicada, tornando necessário que o conceito do fenômeno em estudo retrate não só os aspectos relacionados ao significado e objetivo à vida, mas também os prejuízos que possam ocorrer nas demais dimensões de espiritualidade, independente do título ou rótulo adotado. Propõe-se, portanto, para o diagnóstico de *Angústia espiritual* o

seguinte conceito: *Capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, transcendência e conexão consigo, com Deus/Ser Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor.*

As características definidoras do diagnóstico

As características definidoras constituem indícios/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de bem-estar (NANDA, 2008). Na Taxonomia II da NANDA (2006, p. 107-108), as características descritas ao diagnóstico de enfermagem *Angústia Espiritual*, são:

Ligação consigo mesmo:

- Expressa falta de:
 - Esperança
 - Significado e objetivo na vida
 - Serenidade/paz
 - Aceitação
 - Amor
 - Auto-perdão
 - Coragem

- Sente raiva
- Sente culpa
- Apresenta enfrentamento ineficaz

Ligações com terceiros:

- Recusa integrar-se com líderes espirituais
- Recusa integrar-se com pessoas significativas
- Verbaliza estar separado de seu sistema de apoio

- Expressa alienação

Ligações com arte, música, literatura e natureza:

- É incapaz de expressar criatividade anterior (cantar, ouvir música e escrever)
- Não se interessa pela natureza
- Não se interessa por literatura espiritual

Ligações com um ser maior

- É incapaz de rezar
- É incapaz de participar de atividades religiosas
- Acredita ter sido abandonado por Deus
- Expressa raiva de Deus
- É incapaz de experimentar o transcendente
- Pede para ver o líder religioso
- Apresenta mudanças repentinas nas práticas religiosas
- É incapaz de voltar para dentro de si/introverter-se/ser introspectivo
- Expressa estar sem esperança, sofrendo

Cabe destacar que o termo “indicadores clínicos” tem sido utilizado como sinônimo para características definidoras, bem como sinais e sintomas (CHANG; UMAN; HIRSCH, 1998).

A aplicação de um diagnóstico na assistência de enfermagem requer do profissional habilidade para investigar as manifestações que o apóiam, ou seja, as características definidoras. Por isso é necessário saber se essas características definem, de forma autêntica, as manifestações encontradas na prática clínica (GARCIA, 1998).

No que se refere ao diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, a clareza e a validade de suas características definidoras permitirão servir de guia para orientar a investigação espiritual (TWIBELL et al., 1996).

Neste estudo, ao confrontar os indicadores clínicos de *Angústia espiritual*, emanados dos artigos analisados na revisão, com as características definidoras propostas na Taxonomia II da NANDA (2006) ao diagnóstico, foram observadas algumas divergências, a principal delas no agrupamento dessas características.

A NANDA (2006) tem limitado a organização das características definidoras de *Angústia espiritual* em um único construto, distribuindo-as de acordo com o *sistema de conexão* do indivíduo (Ligação com ele mesmo, com um ser maior, com terceiros, com natureza, arte, literatura e música); tal consideração restringe a descrição do fenômeno, que envolve também alterações na percepção da transcendência e no significado e propósito da vida. Além disso, pode ser questionável a distribuição de algumas características definidoras no construto “conexão”.

Portanto, considerando que a *Angústia espiritual* envolve uma alteração na dimensão espiritual do paciente e que, segundo a literatura, tal mudança pode abranger qualquer um dos diferentes construtos que delineiam sua espiritualidade, entende-se que a proposta de características definidoras para o diagnóstico também deva representar cada um desses construtos.

Deste modo, baseado no conjunto de indicadores clínicos evidenciados na revisão integrativa da literatura e no elenco de características definidoras recomendado pela NANDA (2006), procurou-se reformular a proposta de características definidoras, agrupando-as, para fins didáticos, nos três construtos que descrevem o fenômeno em estudo, conforme descrito a seguir:

Distúrbio no significado e propósito da vida:

A partir dos resultados procedidos da revisão, considera-se que durante a *Angústia espiritual* o indivíduo pode questionar o significado do sofrimento, da doença e da morte, ou

ainda questionar as crenças que atribuem sentido à sua existência, indicando conflito na percepção sobre o significado e propósito de sua vida (BROWN; WHITNEY; DUFFY, 2006; BURKHART; SOLARI-TWADELL, 2001; GEORGESEN; DUNGAN, 1996; PRONK, 2005; SMUCKER, 1996; SUMNER, 1998; VILLAGOMEZA, 2005).

Assim, neste construto foi incluída a característica *Expressa falta de significado e objetivo na vida*, que também está presente na lista de características definidoras da NANDA (2006). A característica *Questiona o sofrimento* foi emanada dos estudos analisados na revisão integrativa e propõe envolver também a característica definidora *Falta de aceitação*, proposta pela NANDA (2006), pois ambas podem ser compreendidas como um mecanismo psicológico de defesa pelo qual uma pessoa se recusa a acreditar que seja verdadeira sua condição de saúde (TIMBY, 2007).

Do mesmo modo, as características definidoras *É incapaz de rezar*, *Incapaz de participar de atividades religiosas* e *Apresenta mudança repentina nas práticas religiosas*, sugeridas pela NANDA (2006), foram englobadas, neste estudo, no indicador clínico *Apresenta distúrbio ou preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus*, por considerá-lo mais abrangente, uma vez que tais características descrevem mais necessidades religiosas do que espirituais e portanto são mais representativas do diagnóstico de enfermagem *Religiosidade prejudicada* do que *Angústia espiritual* (HERMANN, 2001; ROSS, 1997). Nesse sentido, ao adotar a característica *Apresenta distúrbio ou preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus*, propõe-se a inclusão dos conflitos referentes às crenças do indivíduo, independente de estarem ou não relacionadas a doutrinas específicas.

Destaca-se que o termo “crença” apresenta uma conotação filosófica, cercado de imperativos, os quais determinam atitudes e comportamentos e ultrapassam a fé religiosa, prescrita formalmente (HOLLOWAY, 2006).

Todres, Catlin e Thiel (2005) concordam que o sofrimento que acompanha uma

doença tem dimensões tanto religiosas, como espirituais. Contudo, desde 1992, Heliker, havia alertado para a necessidade de diferenciar tais conceitos. Segundo o autor, algumas características definidoras atribuídas pela NANDA ao diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* enfatizam religiosidade e não se dirigem verdadeiramente à dimensão espiritual.

Também Burkhart e Solari-Twadell (2001) consideraram que, apesar de angústia espiritual e alterações religiosas constituírem distúrbios na dimensão espiritual humana, são dois diagnósticos de enfermagem separados, que requerem intervenções distintas. Para esses autores, o diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* pode não ser adequadamente estabelecido, se for conduzido por crenças religiosas particulares.

Além disso, a literatura evidencia que há diferença entre espiritualidade e religiosidade. Enquanto espiritualidade é um fenômeno universal e pessoal, religiosidade é mais estreitamente ligado a uma cultura e um subgrupo da sociedade (ENGEBRETSON, 1996; MERAVIDGLIA, 1999; PEHLER, 1997). Ou seja, religiosidade está mais estritamente relacionado a um determinado sistema de fé ou de dogma e a participação nos rituais e serviços oferecidos por uma fé comunitária (BURKHART; SOLARI-TWADELL, 2001).

Também a característica definidora *Verbaliza estar separado de seu sistema de apoio*, listada pela NANDA (2006) no grupo *Ligações com terceiros*, foi considerada, nesta revisão, como *Apresenta distúrbios ou preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus*, alocada dentro do item *Distúrbio no significado e propósito da vida*. Isso porque tem sido observado que a busca pessoal de significado e propósito na vida abrange também as crenças que dão sentido e apoio à vida do indivíduo (TANYI, 2002).

Ainda neste construto foram adicionadas as características *Expressa sentimento de pesar e Solicita assistência espiritual*, as quais, apesar de não estarem incluídas na lista de características definidoras proposta pela NANDA (2006), foram evidenciadas em vários estudos (CRESSEY; WINBOLT-LEWIS, 2000; GEORGESEN; DUNGAN, 1996; SUMNER,

1998; VILLAGOMEZA, 2005) e também foram validadas para o diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* por Pehler (1997); Hensley (1992) e Twibell et al. (1996).

Cabe ressaltar também que a característica definidora *Solicita assistência espiritual* almeja incluir a característica *Pede para ver o líder religioso*, descrita pela NANDA (2006), uma vez que esta inserção irá favorecer sua investigação em pessoas que não possuem crença religiosa.

Portanto, foram agrupadas neste construto as seguintes características definidoras:

- Expressa falta de significado e propósito da vida,
- Questiona o sofrimento,
- Apresenta distúrbio ou preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus,
- Expressa sentimento de pesar e
- Solicita assistência espiritual.

Distúrbio na habilidade de conexão consigo, com Deus/Ser Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor

Devido à complexidade e subjetividade de cada característica, optou-se por não separar em grupos a conexão que o indivíduo tem consigo mesmo, com Deus, com os outros ou com o mundo ao seu redor, que aqui engloba e amplia a proposta da NANDA de conexão com a natureza, arte, música e literatura. Por conseguinte, neste grupo ficou alocado o maior número de características, sendo que algumas delas, propostas pela NANDA (2006), também foram confirmadas na literatura e mantidas neste estudo, são elas: *Sente raiva; Expressa falta de esperança; Expressa falta de amor; Expressa falta de coragem; Expressa falta de serenidade; Expressa alienação; Não se interessa pela natureza; É incapaz de expressar criatividade anterior e Expressa raiva de Deus.*

Já as características *Expressa falta de auto-perdão* e *Sente culpa*, propostas pela

NANDA (2006), foram incorporadas em *Expressa sentimento de culpa*, que descreve uma condição em que a pessoa demonstra experimentar o sentimento de falhar na vida, sob suas expectativas e/ou dos outros (McSHERRY, 2000).

A característica *Expressa estar sem esperança, sofrendo*, descrita na lista de características definidoras da NANDA (2006), foi identificada na literatura e adotada neste estudo, como *Expressa desespero*, que é compreendida como um estado de aflição em que o paciente expressa pessimismo, desesperança, descrença (VILLAGOMEZA, 2005), ou seja, é a expressão da percepção de que nada mais é possível de ser feito (LABUN, 1988).

A característica definidora *Acredita ter sido abandonado por Deus*, que se encontra, na NANDA (2006), alocada no item *Ligação com um ser maior*, foi contemplada, neste estudo, pela característica *Sente-se abandonado*, que permite incluir não apenas a dificuldade de conexão com Deus, mas também com uma Força Maior, não necessariamente descrita como um Ser.

A característica *Recusa integrar-se com líderes espirituais*, proposta pela NANDA (2006), foi contemplada no indicador *Recusa integrar-se com pessoas significativas*; uma vez que o “líder espiritual” também pode ser considerado uma pessoa significativa ou ainda por ponderar que a mesma pode se referir a líderes religiosos e, neste caso, a característica é mais representativa do diagnóstico *Religiosidade prejudicada* e não de *Angústia espiritual*.

Ainda foi acrescentada no construto *Distúrbio na habilidade de conexão consigo, com Deus/Ser Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor* a característica definidora *Expressa alteração de comportamento: choro*, que foi identificada em vários estudos como uma importante evidência da presença de *Angústia espiritual* no paciente (BURNARD, 1987; GEORGESSEN; DUNGAN, 1996; VAN DOVER; BACON, 2001; VILLAGOMEZA, 2005).

Enfim, foram consideradas neste construto, as seguintes características:

- Expressa falta de esperança,
- Expressa falta de amor,
- Expressa falta de coragem,
- Expressa falta de serenidade,
- Expressa raiva,
- Expressa sentimento de alienação e isolamento,
- Não se interessa pela natureza,
- É incapaz de experimentar o estado anterior de criatividade,
- Expressa raiva de Deus,
- Expressa sentimento de culpa,
- Expressa desespero,
- Sente-se abandonado,
- Recusa integrar-se com pessoas significativas e
- Expressa alteração de comportamento: choro.

Distúrbio na capacidade de transcendência:

As características definidoras *É incapaz de voltar para dentro de si/introverter-se/ser introspectivo* e *É incapaz de experimentar o transcendente*, listadas na NANDA (2006), dentro do item *Ligação com ser maior*, foram contempladas, neste estudo, pelo indicador clínico *Expressa alteração na capacidade de transcendência*, por considerá-lo mais abrangente; uma vez que transcendência é descrita como um nível de consciência pelo qual a pessoa alcança uma perspectiva e/ou experiência que ultrapassa a barreira física (KAYE; ROBINSON, 1994). Portanto, este construto ficou constituído pela característica *Expressa alteração na capacidade de transcendência*.

Ainda, na presente pesquisa, foram omitidas as características definidoras *Não se*

interessa por literatura espiritual e *Apresenta enfrentamento ineficaz*, descritas na NANDA (2006); pois, no estudo apresentado por Van Dover e Bacon (2001), com o objetivo de identificar as necessidades espirituais de pacientes e descrever as formas de abordagem utilizadas por enfermeiros, foi observado que “leitura espiritual” trata-se de uma intervenção voltada para a crença do indivíduo. Também, em um estudo para análise conceitual de *Angústia espiritual*, realizado por Villagomez (2005), *Enfrentamento ineficaz* foi identificado como um fator antecedente, ou seja, uma causa do fenômeno e não uma manifestação ou característica definidora.

Finaliza-se que das 26 características definidoras de *Angústia espiritual* listadas na NANDA (2006), 10 foram mantidas tal como propostas nessa taxonomia, 14 foram modificadas ou agrupadas para melhor representação dos conceitos oriundos da literatura e duas características foram excluídas por não se visualizar relação com o diagnóstico. Foram adicionadas outras duas características, provenientes da literatura. Ao final, ficou reduzido a 20 o número de características definidoras do diagnóstico, o que atende à recomendação da NANDA (2008), de evitar o desenvolvimento de longas listas de características.

Por se tratar de um fenômeno subjetivo e complexo, esta proposta de reformulação das características definidoras de *Angústia espiritual* foi apresentada a três juízes para avaliação, duas pesquisadoras da área de espiritualidade (inclusive com o doutorado em espiritualidade) e uma pesquisadora da área de diagnósticos de enfermagem (APENDICE C). Sugestões foram feitas e discutidas pessoalmente com cada juiz.

É importante ressaltar que, durante a evolução deste estudo, uma nova versão da NANDA (2007-2008) foi editada e, posteriormente, sua tradução publicada. A NANDA (2008) traz o desmembramento da característica definidora *Expressa falta de significado e objetivo na vida* (NANDA, 2006) em *Expressa falta de significado na vida* e *Expressa falta de finalidade na vida*. Também a característica *Expressa estar sem esperança, sofrendo*

(NANDA, 2006), na nova versão foi desmembrada em *Expressa desesperança* e *Expressa sofrimento*. Perante a ausência de modificações significativas, optou-se por manter a análise do rótulo, do conceito e das características definidoras na versão anterior. Entretanto, os demais elementos (domínio e classe), apesar de não terem apresentado mudanças em seus conceitos, incorporaram novos diagnósticos e, portanto, para sequência do estudo, a versão da NANDA (2008) também foi adotada.

Os fatores relacionados

Segundo a NANDA (2006), os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* são:

- Auto-alienação
- Solidão/alienação social
- Ansiedade
- Privação sociocultural
- Morte e morrer em relação a si mesmo ou terceiros
- Dor
- Mudança na vida
- Doença crônica em si mesmo ou terceiros

Na revisão integrativa realizada no presente estudo, foi observado que diferentes fatores têm sido relacionados ao diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, como é descrito a seguir:

Burnard (1987), em um estudo de revisão, observa que as pessoas que requerem assistência espiritual são:

- Adolescentes com problemas de identidade,
- Adultos que sofrem com dificuldade de individualização,

- Pessoas idosas com medo da morte,
- Pessoas que tinham uma crença segura e agora têm dúvidas com relação à mesma,
- Pessoas em face à escolha desafiadora na vida e
- Morte repentina na família.

Smucker (1996), em um estudo fenomenológico, encontrou que a *Angústia espiritual* é desencadeada por eventos que ocorrem de forma súbita e inesperada, que não se enquadram na ordem natural da vida e freqüentemente são trágicos. Uma lista desses eventos foi apresentada pelos participantes do estudo, como por exemplo: morte, doença grave, cirurgia, acidente, divórcio, entre outros.

Georgesén e Dungan (1996) estudaram a dor em pacientes com câncer, identificando-a como algo devastador, que provoca a desintegração corpo-mente-espírito e, por isso, pode conduzir à *Angústia espiritual*. Também Cressey e Winbolt-Lewis (2000), em um estudo de revisão, afirmam que a dor não aliviada pode acarretar a crise espiritual.

Pehler (1997), ao validar o diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, questionou a um grupo de capelães, as razões que os levavam a avaliar a espiritualidade de uma criança. A resposta mais freqüente foi: “em situação de morte” (da criança ou de algum membro da família) e “em situações de doença grave”.

No estudo de Pronk (2005) a *Angústia espiritual* foi reconhecida no momento da morte ou no momento em que a vida esteve seriamente ameaçada. Outros autores também consideraram que uma crise espiritual pode ser desenvolvida durante um diagnóstico de risco de vida ou doença terminal (BURKHART; SOLARI-TWADELL, 2001; SUMNER, 1998).

A relação da *Angústia espiritual* com doenças graves foi encontrada também no estudo de caso descrito por Loh (2004), em que o diagnóstico esteve presente durante a convivência com câncer de mama terminal. Também no estudo de caso apresentado por Gallagher (2002) a *Angústia espiritual* foi relacionada à presença do câncer de ovário.

Twibell et al. (1996) sumariza ainda que indivíduos com doenças graves e/ou que não tiveram suas necessidades espirituais supridas estão em risco de desenvolver *Angústia espiritual*.

Villagomez (2005), em seu estudo, utilizando o método de Análise de Conceito, encontrou como antecedentes à *Angústia espiritual*:

- Fatores estressantes relacionados à doença, como por exemplo: dor física, perda da identidade, complicações do tratamento, presença de co-morbidade, entre outros;
- Fatores estressantes relacionados ao apoio social, como por exemplo: doença na família, perda do trabalho ou de bens materiais e conflitos familiares;
- Percepção pelo paciente de que o fator estressor é o maior problema da vida, como, por exemplo, reconhecimento da existência de um problema e percepção de que a família não está preocupada com sua situação/problema.
- Coping ineficaz.

Por fim, segundo a literatura, além daqueles fatores propostos pela NANDA (2008), outros devem ser considerados e merecem mais estudos, tais como: doença grave, tratamento cirúrgico, complicações do tratamento, presença de co-morbidade, coping ineficaz, fatores sociais estressantes (como conflito familiar), entre outros. Desta forma, é possível perceber que alterações na dimensão espiritual humana podem estar relacionadas a diversos fatores. Por isso é necessária a realização de pesquisas que envolvam diferentes populações, em diferentes momentos e/ou situações de vida do indivíduo, o que possibilitará identificar as evidências disponíveis sobre os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* e legitimar a proposta apresentada pela NANDA.

Inserção do diagnóstico na Taxonomia II da NANDA (2008)

A organização do diagnóstico dentro de um sistema de classificação é um significativo fator de análise, tendo em vista sua importância para a pesquisa, pois, segundo

Hoskins (2002), para estudar um diagnóstico de enfermagem, é necessário ter bem nítida a estrutura hierárquica de sua classificação, com os seus três níveis (domínios, classes e diagnósticos).

Na Taxonomia II da NANDA o fenômeno espiritualidade é abordado por meio do Domínio 10, denominado *Princípios de vida*, definido como: “Princípios nos quais são baseados a conduta, o pensamento e o comportamento quanto a atos, costumes ou instituições, encarados como verdadeiros ou como dotados de valor intrínseco” (NANDA, 2008, p. 303).

O título do domínio, *Princípios de vida*, revela a origem do termo espiritualidade, que do Latin, *spiritualitatem*, refere-se à *essência do ser*; e o termo espírito, *spiritus*, significa *princípio vital* (VILLAGOMEZA, 2005). Sua definição também parece contemplar a proposta de que o domínio espiritual deve refletir uma filosofia de vida, a visão de mundo, como uma pessoa conhece e busca sentido para sua vida (ENGEBRETSON, 1996).

O Domínio 10 está dividido em três classes: **Classe 1:** Valores; **Classe 2:** Crenças e **Classe 3:** Congruência entre Valor/Crença/Ação. O diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* está localizado na Classe 3, conceituada como: “*correspondência ou equilíbrio encontrado entre valores, crenças e ações*” (NANDA, 2008, p. 304). Todavia, esse conceito parece não abranger a amplitude do diagnóstico, uma vez que se limita a valores e crenças e, como foi observado anteriormente, a descrição de *Angústia espiritual* aborda também questões como transcendência, conexão e significado e propósito de vida.

Além disso, também podem ser evidenciados alguns questionamentos sobre a disposição dos conceitos diagnósticos inseridos nas demais classes que compõem este domínio, visto que o diagnóstico de enfermagem *Disposição para bem-estar espiritual aumentado*, definido como: *Capacidade de experimentar e integrar o significado e objetivo à vida por meio de uma conexão com si mesmo, terceiros, arte, música, literatura, natureza ou um poder maior* (NANDA, 2008, p. 132), foi situado na Classe 2 (Crenças). Entretanto, à

semelhança de *Angústia espiritual*, também pode integrar os demais construtos relacionados à espiritualidade. Já o diagnóstico de enfermagem *Disposição para aumento da esperança* está categorizado em duas classes distintas: na Classe 1, relacionada a valores, e na Classe 2, relacionada à crença. No entanto, poderia ser inserido na Classe 3, que representa a congruência entre ambas as classes.

Portanto, apesar do Domínio 10 se apresentar adequado para a classificação do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, as classes que o compõem carecem de refinamento, do ponto de vista conceitual (CHAVES; CARVALHO, 2008). Desse modo, diante da complexidade do fenômeno em estudo, sugere-se que seja verificada, por meio de validação, a possibilidade de ampliação da Classe 3 para Congruência entre valores, crenças, ações, conexão, transcendência e significado/propósito de vida que, assim, permitirá abarcar o diagnóstico em estudo.

5.1.4 Conclusões da Análise Conceitual

Esta etapa do estudo permitiu a análise conceitual do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, proposto pela NANDA, e possibilitou concluir que há necessidade de reconstrução do fenômeno. A proposta do título *Espiritualidade prejudicada* em substituição à *Angústia espiritual* poderá oferecer maior flexibilidade à linguagem que descreve as respostas do indivíduo à espiritualidade, uma vez que irá favorecer a ampliação das possibilidades de novos diagnósticos relacionados ao fenômeno.

A definição emanada deste estudo para o diagnóstico permite retratar os prejuízos que possam ocorrer no senso de significado e objetivo à vida, na habilidade de transcendência e de conexão do indivíduo com ele mesmo, com Deus/Ser Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor. Portanto, possibilitará ampliar o conceito proposto pela NANDA (2006), uma vez que o mesmo não tem contemplado todos os aspectos relacionados à descrição do

diagnóstico.

Em relação às características definidoras, foram observadas algumas divergências entre aquelas encontradas na literatura e aquelas propostas pela NANDA (2006) ao diagnóstico, a principal delas está no agrupamento dessas características e a distinção daquelas que estão associadas à religiosidade.

Finalmente, esta etapa do estudo possibilitou a construção de uma nova proposta para o diagnóstico, com título, definição e suas características definidoras (Quadro 3). No entanto, é necessário determinar a pertinência do novo rótulo ou a permanência do título *Angústia espiritual* e se, independente do rótulo, devido à similaridade, as sugestões de mudanças do conceito e das características serão adequados.

No que diz respeito aos fatores relacionados, a revisão demonstrou que, além daqueles apresentados na Taxonomia II da NANDA (2008), outros podem estar associados à presença do diagnóstico em estudo. Portanto, é importante o desenvolvimento de pesquisas que envolvam diferentes situações de vida do indivíduo e/ou diferentes populações.

Em relação à classificação do diagnóstico na Taxonomia II da NANDA, o Domínio 10 foi considerado adequado; no entanto, as classes que o compõem necessitam de revisão, daí a proposta de ampliação da Classe 3 para Congruência entre valores, crenças, ações, conexão, transcendência e significado/propósito de vida.

Quadro 3 - Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*,
Ribeirão Preto, 2008

<i>Espiritualidade Prejudicada: Capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, transcendência e conexão consigo mesmo, com Deus/Ser Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor.</i>	
Característica definidora	Definição operacional
Expressa alteração de comportamento: raiva	Modificação do comportamento provocado pela percepção à sensação de ser vitimado; ocorre porque não há forma de retaliar o destino (TIMBY, 2007).
Expressa alteração de comportamento: choro	Experiência de liberação emocional expressa por meio de pranto (BURNARD, 1987).
Questiona o sofrimento	Situação em que o indivíduo interroga sua condição de saúde, questionando: “eu mereço?” “Por que o sofrimento?” (DI MEO, 1991; VILLAGOMEZA, 2005).
Expressa falta de coragem	Refere-se à dificuldade de enfrentar dúvidas, mudanças e desafios (FERREIRA, 2004).
Expressa falta de esperança	Estado em que o indivíduo demonstra desinteresse ou ter perdido a capacidade de questionar (HIGHFIELD; CASON, 1983). A desesperança se refere a expectativas negativas sobre o futuro próximo e remoto (CORRÊA, 1997).
Expressa falta de amor	Condição em que o indivíduo manifesta incapacidade de amar ou ser amado, que é originada por meio de crenças negativas sobre as pessoas e torna o indivíduo espiritualmente incompleto (VILLAGOMEZA, 2005; TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).
Expressa falta de significado ou propósito na vida	Condição em que o indivíduo manifesta não ter razão para viver (HIGHFIELD; CASON, 1983). Refere-se ao sentimento relacionado à falta de realização espiritual ou ao sentimento de vazio em relação à realização e ao significado na vida (LABUN, 1988).
Expressa falta de serenidade	Estado em que o indivíduo manifesta perda de harmonia ou paz interior, sentimento de caos (VILLAGOMEZA, 2005). A falta de serenidade é visível quando a pessoa está agitada, aflita, impaciente ou ansiosa (SAMEL, 2005).
Expressa sentimento de culpa	Condição em que a pessoa demonstra experimentar o sentimento de falhar na vida, sob suas expectativas ou dos outros (McSHERRY, 2000). Refere-se à manifestação de responsabilidade por ação ou por omissão considerada prejudicial ou reprovável (FERREIRA, 2004).
Recusa integrar-se com pessoas significativas	Comportamento provocado por prejuízo no senso de conexão com os outros, em que a pessoa rejeita a aproximação de amigos ou familiares (VILLAGOMEZA, 2005). Percebida como uma atitude negativa em relação a receber conforto ou ajuda de outras pessoas (LABUN, 1988).
Expressa alienação ou isolamento	Refere-se à expressão de vazio existencial (MONTEIRO, 2007). O que, para Villagomez (2005), descreve o conflito na conexão do indivíduo com ele mesmo, com os outros, com o ambiente ou com Deus/Ser Supremo e se manifesta pelo sentimento de isolamento.
Sente-se abandonado	É a percepção do sentimento de solidão, não preenchida pelo relacionamento humano, na qual o paciente sente que ninguém o compreende e não há relação com os outros (LABUN, 1988).
Expressa raiva de Deus	Refere-se ao ressentimento acerca da injustiça da situação, um sentimento de afronta a Deus/Ser maior, que permitiu a doença ou o sofrimento (LABUN, 1988). Ou seja, reflete o senso pessoal de frustração contra Deus devido a dor ou ao sofrimento (O'BRIEN, 2007).
Expressa desespero	É um estado de aflição em que o paciente expressa pessimismo e descrença devido à perda de energia e força interior (VILLAGOMEZA, 2005). Compreendido como a expressão do sentimento de que nada mais é possível ser feito (LABUN, 1988).
É incapaz de experimentar transcendência	Condição provocada por prejuízo no senso de auto-transcendência, em que o indivíduo demonstra incapacidade de sentir que há algo além de si mesmo ou da própria existência, de ser introspectivo e reflexivo (SMUCKER, 1996; VILLAGOMEZA, 2005).
É incapaz de expressar criatividade anterior	Estado em que o indivíduo manifesta falta de habilidade para experimentar a condição de criatividade anteriormente reconhecida (VILLAGOMEZA, 2005).
Não se interessa pela natureza	Refere-se à manifestação de desinteresse pela natureza devido a prejuízo no senso de conexão com o ambiente (VILLAGOMEZA, 2005). A pessoa angustiada, devido ao sofrimento, centraliza a sua atenção em si mesmo, o seu conteúdo de vida se encontra limitado pelo seu próprio mundo interno. Tal condição incapacita a pessoa de perceber os valores que existem no mundo externo (HUF, 1999).
Sentimento de pesar	Refere-se à reação emocional à perda; ocorre com a perda causada pela separação, assim como pela morte (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).
Solicita assistência espiritual	Condição em que o paciente verbaliza o desejo de falar com seu conselheiro/guia espiritual (THIEFFREY, 1992; TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).
Apresenta distúrbios ou preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus	Manifestação de sentimentos de perda ou separação da fonte de sustentação espiritual, em que o indivíduo experimenta perturbação na fé, manifestado pela falta de esperança nas crenças ou valores passados (LABUN, 1988).

Considerando que todas as sugestões apresentadas até o momento são oriundas da literatura, conforme recomenda Hoskins (1989), seu conteúdo deve ser submetido à validação por especialistas e validação clínica.

Fehring (1987) considera necessário definir operacionalmente cada característica definidora para a validação de seu conteúdo. Entretanto, aqui se reporta a algumas limitações geradas pela proposta de um grupo de características definidoras, descritas como manifestações subjetivas, que envolvem aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais. Por conseguinte, a dificuldade de atribuir-lhes conceitos mensuráveis resultou na aplicação de definições teóricas ou conceituais (Quadro 3).

A generalização dos dados desta etapa da pesquisa também é limitada, uma vez que foi composta por artigos, cujos resultados não apresentavam forte evidência científica, já que, nesta revisão, não foram encontrados estudos experimentais e quase-experimentais.

É certo que se trata de uma questão abstrata, o que por si só representa um limite para esse tipo de estudo. Sendo assim, acredita-se que as demais etapas da pesquisa possam ajudar a legitimar e aperfeiçoar o diagnóstico de enfermagem em estudo, enquanto fenômeno teórico consistente e adequado à prática clínica de enfermagem.

5.2 ETAPA 2: VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

Com a finalidade de validar o conteúdo do diagnóstico em estudo, o objetivo específico, estabelecido nesta etapa, foi: verificar, junto a peritos, a adequação da proposta de modificação do título e conceito do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, sua disposição na Taxonomia II proposta pela NANDA (2008) e a pertinência das características definidoras encontradas na primeira etapa deste estudo.

5.2.1 Procedimentos metodológicos

A validação de conteúdo de um diagnóstico é a base para seu aperfeiçoamento (NANDA, 2008). Recorrer a opiniões de *experts* no assunto em estudo para identificação do grau em que as características definidoras representam um determinado diagnóstico constitui o modelo de *Validação de Conteúdo Diagnóstico* (DCV) proposto por Fehring (1987), também denominado, por Hoskins (1987), de *Validação por Especialista*.

Nesta etapa, ressaltando os passos propostos por Fehring (1987) e apoiados por Hoskins (1987), foram realizados os seguintes procedimentos: seleção de peritos, identificação pelos peritos da pertinência das características definidoras ao diagnóstico em estudo, bem como do rótulo, definição e inserção do diagnóstico nos domínios e classes propostos pela NANDA (2008), cálculo dos escores para cada característica definidora e cálculo do escore total do diagnóstico.

5.2.1.1 Seleção de peritos

Galdeano (2007) chama atenção para as diferentes denominações utilizadas para os sujeitos desta etapa: especialistas, peritos e *experts* (ou expertos, na língua portuguesa). Para a autora, ao realizar a validação de conteúdo de um diagnóstico, é primordial identificar quem são os enfermeiros *experts*.

Sem dúvida, a seleção de peritos é uma questão que tem gerado controvérsias na literatura, pois não há consenso sobre os critérios que tornam o enfermeiro “um perito” e muitos estudos sobre validação de conteúdo têm utilizado uma variedade de critérios para definir a inclusão da amostra.

Galdeano e Rossi (2006), em uma revisão bibliográfica sobre os critérios

utilizados por estudos de validação de conteúdo para determinar peritos, concluem que esta é uma difícil etapa a ser cumprida, pois além da escassa literatura referente à definição de peritos, há também a barreira relacionada à formação e ao aprimoramento profissional do enfermeiro, muitas vezes deficiente. Contudo, segundo as autoras, essa seleção é de suma importância em estudos de validação de conteúdo diagnóstico, porque caberá a esses peritos a função de julgar o quanto cada característica definidora irá representar a categoria diagnóstica em questão.

A NANDA também não define qualquer critério para seleção de *experts* para esses estudos (LEVIN, 2001). Fehring, em 1986, mencionava um número adequado de peritos em torno de 50 a 100. Contudo, o próprio autor, em 1994, identificou a seleção de peritos como um dos passos mais complexos desse modelo de validação, sugerindo um sistema de pontuação para definir peritos, em que os enfermeiros deveriam ter: titulação de mestre em enfermagem e conhecimento especializado sobre o diagnóstico em estudo, este demonstrado por meio de pesquisas apresentadas e/ou publicadas e especialização sobre o tema, perfazendo uma pontuação mínima de cinco pontos (veja o quadro 1 apresentado no referencial metodológico deste estudo).

Porém, a dificuldade de identificar enfermeiros peritos no diagnóstico que se pretende validar tem sido observada tanto na literatura internacional como nacional, sobretudo em relação aos escores propostos por Fehring. No Brasil, esse problema tem sido acentuado devido ao número reduzido de enfermeiros especialistas em uma determinada área de interesse do diagnóstico a ser validado e também pelo pequeno número de enfermeiros que utilizam o diagnóstico de enfermagem na prática clínica (CARVALHO et al., 2008; CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008; MELO, 2004).

Observando-se controvérsias na literatura, alguns autores adotam o tempo de atuação clínica como um indicador de experiência e conseqüente habilidade em diagnosticar,

além de definirem que quanto mais títulos e mais pesquisas realizadas na temática estudada, mais perito o enfermeiro será (BENNER, 1984; GALDEANO, 2007; SIMMONS et al., 2003). Contudo, outros pesquisadores apontam que a capacidade de identificar os indicadores clínicos de um dado diagnóstico não depende da experiência clínica do perito, e sim da própria especificidade do mesmo e da solidez dos sinais e sintomas do diagnóstico, ou seja, das características definidoras (CARVALHO et al., 2008; MERLUZZI; RUDY; GLASS, 1981).

Galdeano (2007) considera que, em estudos de validação de diagnósticos que possuam definição clara e objetiva, podem ser selecionados como peritos, para validação de conteúdo, não apenas enfermeiros *experts* em diagnósticos de enfermagem, mas também outros profissionais com profundo conhecimento no assunto em questão.

Todavia, em se tratando de espiritualidade, a literatura não alcançou clareza e objetividade quanto a sua definição e, muito menos, sua relação com a enfermagem, o que torna difícil a seleção de profissionais de áreas distintas (LEDGER, 2005; MACLAREN, 2004; POWER, 2006).

Especificamente para a validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* tem sido observada grande divergência na seleção de peritos. Pehler (1997) afirmou que a literatura não tem apresentado as características que tornam uma pessoa *expert* em investigar e prover o cuidado espiritual ou em avaliar a espiritualidade. O autor usa capelães como principais especialistas em identificar a resposta espiritual em criança, o que foi considerado um limite do estudo, uma vez que esses capelães eram predominantemente da fé protestante, podendo sua formação religiosa influenciar sua prática.

No estudo de Hensley (1992), sobre validação do diagnóstico de *Angústia espiritual*, a amostra ficou constituída de enfermeiros certificados pela ANA (*American Nurse Association*), sem que houvesse especificação de critérios para seleção. Também para validar

as características definidoras desse diagnóstico, McHolm (1991) utilizou uma amostra randomicamente selecionada de membros da *Oncology Nursing Society*, considerando que a experiência com oncologia pudesse beneficiar o manuseio da *Angústia espiritual*. Entretanto, ao concluir o trabalho, o autor verificou que a área de atuação não favoreceu a aplicação do diagnóstico.

Idealmente, a população para este estudo deveria ser composta por enfermeiros peritos em diagnóstico de enfermagem e em espiritualidade, mas, diante da complexidade inerente ao diagnóstico *Angústia espiritual* (BURNARD, 1987; CHAVES et al., 2008a) e a dificuldade apresentada pela literatura para a definição de espiritualidade e para estabelecer sua relação com a enfermagem (MINER-WILLIAMS, 2006; VILLAGOMEZA, 2005), optou-se por selecionar como peritos enfermeiros que tivessem experiência pelo menos com diagnósticos de enfermagem, independente da área de atuação.

Frente a tais considerações, para a etapa de *Validação por Especialista*, os critérios estabelecidos para a seleção da amostra foram: enfermeiros que consentissem formalmente em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que possuísem, no mínimo, a titulação acadêmica de mestre, que tivessem experiência prática com diagnósticos de enfermagem e que alcançassem uma pontuação mínima de seis pontos, considerando o sistema de pontuação sugerido no modelo de Fehring (1994), porém fortalecendo o rigor estabelecido pelo autor, que é de cinco pontos.

Para o recrutamento dos peritos, primeiramente foi realizado uma busca em grupos de pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem e sobre espiritualidade e em eventos científicos da área. Posteriormente, foi realizado um levantamento de publicações brasileiras sobre diagnósticos de enfermagem, espiritualidade ou áreas afins. Finalmente, uma pesquisa nos currículos de enfermeiros, disponibilizados pela Plataforma Lattes do portal do *Conselho*

Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)⁹, possibilitou a localização da maioria dos potenciais peritos.

Foi emitido um convite para participação no estudo, pessoalmente ou por e-mail, para cada enfermeiro. No primeiro contato foi realizada a identificação do pesquisador, esclarecidos os objetivos da pesquisa e solicitada a indicação de outros enfermeiros com perfil para perito, o que constituiu numa triagem do tipo “bola de neve”, que consiste na seleção de sujeitos, por meio da indicação ou recomendação de sujeitos anteriores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Ao final, foram convidados 180 enfermeiros, dos quais 110 aceitaram participar da pesquisa. Tratou-se, portanto, de uma amostra de conveniência.

5.2.1.2 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Protocolo: n. 0810/2007).

Os peritos foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e procedimentos e consultados quanto ao aceite em participar do estudo, sendo solicitada a assinatura do TCLE (APENDICE D), de acordo com as recomendações da Resolução 196/96 (BRASIL, 1997).

5.2.1.3 Instrumento de coleta de dados

A primeira etapa deste estudo, a revisão integrativa sobre *Angústia espiritual*, conduziu a uma proposta de reformulação do diagnóstico. Com base nesta proposta e na classificação do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* da Taxonomia II da NANDA

⁹ CNPq. Disponível em: <www.cnpq.br>

(2008) foi construído um instrumento de coleta de dados para validação por peritos das mudanças e complementações propostas. Trata-se de um questionário semi-estruturado, composto de cinco partes:

- 1ª) Apresentação e orientação sobre o estudo, incluindo referências bibliográficas que pudessem esclarecer possíveis dúvidas relacionadas aos conceitos propostos.
- 2ª) Dados de identificação do sujeito com questões referentes à experiência profissional em diagnósticos de enfermagem e em espiritualidade, cujo objetivo foi caracterizar o perito, identificando sua pontuação conforme o referencial proposto por Fehring (1994).
- 3ª) Classificação do diagnóstico na estrutura da Taxonomia II da NANDA (2008), junto com proposta de inclusão de nova classe, para que os peritos apontassem sua adequação ou não ao fenômeno.
- 4ª) Título e definição, segundo a NANDA (2008) e as sugestões de modificação projetadas ao diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, para que os peritos indicassem a proposta que melhor representa o conceito em estudo.
- 5ª) Lista de características definidoras propostas ao diagnóstico, com suas respectivas definições, para que os peritos identificassem a pertinência de cada característica (FEHRING, 1986; HOSKINS, 1989).

Foram acrescentadas na lista de características definidoras algumas características fictícias, com o objetivo de verificar a possível tendência dos peritos em responder o instrumento (FEHRING, 1986). Foram elas: *Distúrbio na imagem corporal*, *Distúrbio de sono* e *Diminuição da habilidade de aprendizagem*, também apresentados com suas respectivas definições.

Cada característica definidora foi pontuada, em uma escala tipo Likert, com cinco opções, da seguinte forma: nada pertinente, muito pouco pertinente, de algum modo pertinente e muitíssimo pertinente. Ao final de cada item do instrumento foi consentido um

espaço para que o perito fizesse o comentário que julgasse adequado e/ou sugestões de novas características, com suas respectivas definições operacionais.

O instrumento foi submetido a um processo de refinamento, com o objetivo de avaliar sua clareza, objetividade e abrangência em relação àquilo que se propõe a identificar (GALDEANO, 2007). Para esse processo, o instrumento foi encaminhado a um grupo de juízes, junto com um questionário contendo questões relacionadas à avaliação do mesmo quanto à forma de apresentação e conteúdo, bem como quanto às sugestões para retirada, acréscimo ou modificações dos itens (APÊNDICE E).

O grupo de juízes foi constituído por cinco enfermeiros: dois docentes em enfermagem com experiência no manuseio de instrumento de pesquisa e em diagnósticos de enfermagem e três doutorandos em enfermagem (um pesquisador da área de diagnóstico de enfermagem, outro na área de espiritualidade e o terceiro com experiência em construção de instrumento). Foram sugeridas modificações quanto aos conceitos de algumas características e também quanto à apresentação do instrumento. As sugestões feitas foram acatadas e as adequações realizadas, compondo a versão final do instrumento (APÊNDICE F).

5.2.1.4 Coleta e tratamento dos dados

Para a coleta de dados, o instrumento de pesquisa foi enviado, via correio eletrônico, aos 110 enfermeiros peritos que aceitaram participar do estudo. Por correio convencional foi enviado o TCLE, emitido junto com um envelope contendo o selo para posterior postagem do mesmo. Para alguns peritos, o material foi entregue pessoalmente. Ficou estabelecido que a devolução do instrumento poderia ser realizada tanto por correio eletrônico, como por correio convencional, junto com o TCLE, ficando a critério do perito.

Foi determinado um período de três meses para a devolução do instrumento. Após

esse período, um novo contato com o perito foi feito, reforçando a devolução em 15 dias. Retornaram 79 instrumentos, alguns imediatamente após emissão e outros após o segundo contato. Foram desconsiderados três instrumentos que retornaram depois de encerradas as coletas.

Todas as informações coletadas foram agrupadas em um banco de dados, utilizando-se o aplicativo Microsoft Office Excel (2006), e analisadas utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 15.0. Foi realizada análise quantitativa quanto à pertinência do diagnóstico à classe e domínio na Taxonomia II da NANDA (2008), bem como a adequação da definição a seu respectivo título, aplicando-se estatística descritiva (distribuição de frequências).

As respostas dos grupos de peritos, considerando sua área de atuação, foram comparadas empregando-se o Teste Qui-quadrado (X^2), para variáveis nominais e o Teste Mann Whitney, para variáveis contínuas. No entanto, deve ser observado que os “valores de p” têm sentido na hipótese de que a casuística (peritos) constitua uma amostra aleatória simples (AAS) de uma população com características similares. A preferência dos enfermeiros às propostas apresentadas ao diagnóstico foi testada pelo Teste Qui-quadrado de Aderência, considerando que “ H_0 ” é a igualdade entre as proporções e “ H_1 ”, a diferença. Foi considerado significativo valor de $p \leq 0,05$.

Para análise dos dados referentes ao grau com que cada característica definidora é indicativa do diagnóstico, foi utilizada a escala de média ponderal dos escores, proposta por Fehring (1986).

As médias ponderadas foram obtidas pela somatória dos pesos assinalados para cada resposta, divididos pelo número total de respostas. Ou seja, após calcular a frequência de resposta assinalada em cada item da escala, essas foram multiplicadas por seus respectivos pesos: 1 (não pertinente): 0; 2 (muito pouco pertinente): 0,25; 3 (de algum modo pertinente):

0,5; 4 (muito pertinente): 0,75 e 5 (muitíssimo pertinente): 1.

A partir das médias ponderadas, as características definidoras foram classificadas conforme seu escore (FEHRING, 1986, 1987). Na literatura, há controvérsias na interpretação dos escores utilizados. No estudo de Fehring (1986), é recomendado que as características definidoras com escore menor ou igual a 0,50 sejam descartadas e as com escores maiores que 0,75, consideradas críticas.

Sparks e Lien-Gieschen (1994) propuseram alterações nesta interpretação de escore, considerando que são validadas apenas as características definidoras que obtiverem escore menor ou igual a 0,60; aquelas que obtiverem escores entre 0,80 e 1,0 são classificadas como “características principais” e aquelas que obtiverem escores entre 0,60 e 0,79 são “secundárias”. No entanto, pesquisas recentes realizadas no Brasil, que se dedicaram à validação de diagnósticos de enfermagem, optaram, conforme a sugestão de Fehring (1986), pela exclusão das características definidoras com escores menores que 0,50, por considerarem que necessitam de mais estudos (GALDEANO, 2007; MELO, 2004; OLIVEIRA, 2001; PILEGGI, 2007).

Diante dessas considerações, no presente estudo, após o cálculo das médias ponderadas, adotou-se que as características com peso maior ou igual a 0,80 são as evidências principais do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*; aquelas com peso entre 0,50 e 0,79 são evidências secundárias e aquelas cujo valor for menor ou igual a 0,50 não apresentam relevância ao diagnóstico. Desse modo, aquelas características definidoras que apresentam um escore maior ou igual a 0,80 obtiveram a concordância, entre peritos, que são muito indicativas da presença do diagnóstico (FEHRING, 1987). Já as características secundárias são aquelas que não garantem a existência do diagnóstico (CARPENITO-MOYET, 2007).

Por fim, foi investigado o escore total do diagnóstico, conforme recomenda

Fehring (1986), o que se consistiu na somatória dos escores individuais divididos pelo número total das características definidoras, porém, sem considerar aquelas características que obtiveram escores menores ou iguais a 0,50. Para Fehring (1986) é adequado que o diagnóstico receba um escore acima de 0,60.

5.2.2 Apresentação e discussão dos resultados obtidos na Validação por Especialistas

Dos 79 peritos que responderam e retornaram o instrumento de coleta de dados, cinco não atenderam os critérios de inclusão, não atingindo a pontuação mínima necessária (seis pontos), um perito devolveu o instrumento com várias questões em branco e outro não apresentou o TCLE. Portanto, esta etapa do estudo contou com a participação de 72 enfermeiros.

5.2.2.1 Caracterização dos peritos

Entre os 72 peritos participantes, 39 (54,2%) afirmaram ter experiência com diagnósticos de enfermagem e espiritualidade e 33 (45,8%), somente com os diagnósticos de enfermagem. No entanto, entre os peritos que não tinham experiência com espiritualidade, 18 deles (55%) afirmaram identificar o diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* em sua prática clínica.

Em um estudo realizado por McHolm (1991), com o objetivo de validar as características definidoras do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, também foi questionado a um grupo de 97 enfermeiras, membros da *Oncology Nursing Society* dos Estados Unidos, se empregavam o diagnóstico em sua prática clínica e somente 28% afirmaram utilizar. Inicialmente o autor acreditava que as questões espirituais fossem mais

compreendidas na oncologia, tornando a amostra mais experiente na identificação da *Angústia espiritual*. Entretanto, reconheceu ter sido pequena a porcentagem de enfermeiros que identificavam o diagnóstico no ambiente clínico. Assim, para o diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* não foi sustentada a recomendação de que sejam consideradas apenas as áreas de atuação e setores de trabalho dos peritos no processo de seleção dos mesmos (WALL; PHILIPS; HOWARD, 1994).

A média de idade dos enfermeiros participantes deste estudo foi de 45 anos, sendo o mínimo de 25 e o máximo de 70 anos, e o desvio padrão de 9,8. O tempo de experiência profissional dos participantes do estudo foi acima de 20 anos para 65,3% dos enfermeiros (Tabela 3), com uma média de experiência de 21 anos e cinco meses, o que é considerado por Oliveira (2001) uma importante característica para identificação do perito.

Tabela 3 – Distribuição dos peritos, segundo o tempo de experiência profissional, Ribeirão Preto, 2008

FAIXA ETÁRIA PROFISSIONAL	Frequência	%
≤5 anos	2	2,8
5 10	9	12,5
10 15	6	8,3
15 20	8	11,1
20 25	17	23,6
25 30	19	26,4
30 35	6	8,3
≥ 35	5	7
Total	72	100,0

Todos os peritos tinham experiência com os diagnósticos de enfermagem da NANDA e 31 deles afirmaram trabalhar ou ter trabalhado com os diagnósticos em mais de um campo de atuação (Tabela 4), o que corroborou com os estudos de Melo (2004) e Pileggi (2007), em que a maioria dos sujeitos também desenvolvia suas atividades profissionais em várias áreas.

É natural, nas pesquisas de validação de conteúdo diagnóstico, encontrar maior

concentração de profissionais do ensino, uma vez que tem sido observado que o diagnóstico de enfermagem é um instrumento eficiente nessa área, já que constitui parte integrante de um corpo de conhecimento em construção (OLIVEIRA, 2001). Por conseguinte, os profissionais do ensino são os que mais pesquisam sobre o tema.

Tabela 4 – Distribuição dos peritos, segundo a área de atuação profissional, Ribeirão Preto, 2008

ÁREA DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL	Frequência	%
Com os diagnósticos de enfermagem da NANDA		
Ensino	12	16,7
Pesquisa	1	1,4
Cuidado	3	4,2
Ensino e Pesquisa	13	18,1
Ensino e Cuidado	6	8,3
Cuidado e Pesquisa	4	5,6
Cuidado, Ensino e Pesquisa	31	43,1
Não informa	2	2,8
Total	72	100,0
Com Espiritualidade		
Ensino	9	12,5
Pesquisa	6	8,3
Cuidado	4	5,6
Ensino e Pesquisa	3	4,2
Ensino e Cuidado	7	9,7
Cuidado e Pesquisa	1	1,4
Cuidado, Ensino e Pesquisa	7	9,7
Não informa	2	5,1
Total	39	56,5

Ainda, entre os 39 peritos que trabalharam/trabalham com os diagnósticos de enfermagem e com espiritualidade, observa-se uma grande diversidade no campo de atuação, com destaque também para os profissionais que atuam no ensino (Tabela 4). Entretanto, acredita-se que seja relevante a atuação do docente de enfermagem na assistência e na pesquisa, tendo em vista que, na maioria das faculdades de Enfermagem brasileiras, o profissional que ministra o conteúdo teórico é o mesmo que irá operacionalizar o cuidado e a pesquisa.

Segundo Galdeano (2007) a experiência nos diferentes campos de atuação, especialmente no cuidado, é uma importante característica do perito para o processo de

validação de conteúdo diagnóstico, pois aumenta a fidedignidade dos resultados. A autora também considera que a titulação acadêmica do perito aumenta a credibilidade dos dados. Neste estudo houve predominância de mestre (37,5%) e doutores (45,8%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos peritos, segundo a titulação acadêmica, a religião e o sexo, Ribeirão Preto, 2008 (N=72)

VARIÁVEL	Frequência	%
Titulação Acadêmica		
Doutorado	33	45,8
Mestrado	27	37,5
Livre Docência	7	9,7
Pós Doutorado	5	6,9
Religião		
Católica	46	64,0
Espírita	11	15,2
Evangélica	3	4,1
Presbiteriana	2	2,8
Sem religião específica	9	12,5
Não informou	1	1,4
Sexo		
Feminino	67	93,1
Masculino	5	6,9

A religião predominante foi católica (Tabela 5), entretanto, ao considerar que os Católicos Apostólicos Romanos simbolizam 73,6% de toda a população brasileira (IBGE, 2003), entende-se que os peritos deste estudo são representativos dessa população. Cabe comentar que, dos nove enfermeiros que foram classificados como não possuindo religião específica, oito disseram ser “espiritualistas” e crerem em Deus e apenas um afirmou não crer em Deus.

Com relação ao sexo, neste estudo, participaram apenas cinco homens (Tabela 5), corroborando com os estudos de Oliveira (2001) que, ao validar a definição e características definidoras do diagnóstico de enfermagem de *Ansiedade*, também encontrou uma população maior de mulheres, esclarecendo que a predominância do sexo feminino deve-se ao fato de a Enfermagem ser uma profissão essencialmente feminina.

A respeito da localidade dos peritos, observa-se que a amostra representa

diferentes regiões do Brasil (Tabela 6), uma vez que os peritos exercem suas atividades profissionais em nove estados e no Distrito Federal; o que colabora para diminuir o possível viés regional e cultural, uma vez que foi observado por Pehler (1997) que a falta de representatividade de todos estados de uma população pode adicionar tendências regionais e culturais, representando uma limitação para o estudo de validação de diagnósticos de enfermagem por peritos.

Já o destaque observado no Estado de São Paulo (Tabela 6) apóia o estudo de Chaves, Carvalho e Rossi (2008), que demonstra que esse é o estado com maior envolvimento em pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem.

Tabela 6 – Distribuição dos peritos, segundo a localidade de trabalho, Ribeirão Preto, 2008

LOCALIDADE	Frequência	%
São Paulo	36	50,0
Paraná	13	18,1
Minas Gerais	9	12,5
Ceará	3	4,2
Mato Grosso Do Sul	2	2,8
Pernambuco	2	2,8
Rio de Janeiro	2	2,8
Rio Grande do Sul	2	2,8
Distrito Federal	1	1,4
Pará	1	1,4
Não informa	1	1,4
Total	72	100,0

Outro critério importante para a pontuação do perito é a produção de trabalhos sobre diagnósticos de enfermagem e sobre conteúdo relevante à área investigada (FEHRING, 1994). Neste estudo, 61 peritos (84,7%) afirmaram ter realizado trabalho científico sobre diagnósticos de enfermagem, 24 (33,3%) sobre espiritualidade e 16 (22,2%) sobre ambos os temas. Entre os tipos de trabalhos realizados, foram citados: publicação de artigo, apresentação de trabalho em eventos científico e orientação de trabalhos de graduação e pós-graduação.

Por fim, em relação à pontuação do perito, observou-se uma variação entre 6 a 12

pontos, sendo que 70,8% dos peritos receberam pontuação entre 7 e 9 pontos (Tabela 7). Embora esse critério não tenha recebido maior destaque, é importante ponderar que o investimento da enfermagem brasileira no estudo da espiritualidade ainda é escasso (CHAVES; CARVALHO, 2007). Portanto, considera-se a amostra adequada para julgar a categoria diagnóstica em estudo.

Tabela 7 – Distribuição dos peritos, segundo a pontuação obtida, conforme a proposta de Fehring (1994), Ribeirão Preto, 2008

PONTUAÇÃO	Peritos					
	Grupo A*		Grupo B**		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
6	9	27,3	-	-	9	12,5
7	14	42,4	9	23,1	23	31,9
8	8	24,2	8	20,5	16	22,2
9	2	6,1	10	25,6	12	16,7
10	-	-	6	15,4	6	8,3
11	-	-	4	10,3	4	5,6
12	-	-	2	5,1	2	2,8
Total	33	100	39	100	72	100

*Perito com experiência apenas em diagnóstico de enfermagem (n=33)

**Perito com experiência em diagnóstico de enfermagem e em espiritualidade (n= 39)

p< 0,001

Fehring (1994) destaca a importância de os peritos possuírem experiência na área do diagnóstico estudado e, nesse sentido, como demonstrado na caracterização dos sujeitos deste estudo, 54,2% da amostra afirmaram ter experiência com espiritualidade e com diagnósticos de enfermagem, além de possuírem formação mínima de mestre, conforme recomenda o autor.

Entretanto, como observa Melo (2004), Fehring não descarta aqueles sujeitos que têm experiência em trabalhar com os diagnósticos de enfermagem de uma maneira generalizada. Dessa forma, optou-se por investigar tanto os sujeitos que trabalham/trabalharam apenas com os diagnósticos de enfermagem, como aqueles que trabalham/trabalharam com os diagnósticos de enfermagem e com espiritualidade, distribuindo-os em dois grupos: GRUPO A (Perito com experiência apenas em diagnóstico de

enfermagem) e GRUPO B (Perito com experiência em diagnóstico de enfermagem e em espiritualidade). Contudo, é importante ressaltar que houve diferença estatisticamente significativa na pontuação recebida pelos dois grupos de peritos, conforme apontado pelo teste Mann Whitney ($p < 0,001$), uma vez que os enfermeiros com experiência em diagnóstico de enfermagem e em espiritualidade obtiveram maior pontuação que os demais.

5.2.2.2 Validação do conteúdo do diagnóstico em estudo

A inclusão de um diagnóstico de enfermagem na Taxonomia II DA NANDA significa que o mesmo foi escolhido para testes e estudos, não que seu conteúdo foi validado (SPARKS; LIEN-GIESCHEN, 1994) e, devido à importância dos diagnósticos tanto para a prática como para o ensino e para pesquisa, é recomendável validar todos os elementos da taxonomia (WHITLEY, 1999). Além do mais, a definição e a redefinição dos itens de uma taxonomia é um processo contínuo (KERR, 1991). Por isso, buscou-se, na presente pesquisa, avaliar não apenas o rótulo, o conceito e as características definidoras do diagnóstico em estudo, mas também sua inserção na Taxonomia II da NANDA (2008).

A classificação do diagnóstico

Foi investigado, junto aos peritos, qual seria a melhor posição do diagnóstico em estudo na classificação proposta pela Taxonomia II da NANDA (2008). Observou-se que 24 enfermeiros do grupo A e 26 enfermeiros do grupo B selecionaram o domínio 10 (Tabela 8); portanto, houve homogeneidade nas respostas dos dois grupos (Teste X^2 , $p = 0,359$). Assim, 50 enfermeiros optaram pelo domínio 10, contra 12 que optaram por algum outro domínio. Pelo teste de aderência (X^2) pode-se dizer que a maioria dos enfermeiros prefere o domínio 10 ($p < 0,001$), o que confirma os resultados da primeira etapa do estudo, em que foi observada a associação do diagnóstico *Angústia espiritual* a este domínio.

Tabela 8 - Distribuição da opinião dos peritos quanto ao melhor domínio para a classificação do diagnóstico de enfermagem em estudo, Ribeirão Preto, 2008

DOMÍNIO	Peritos					
	Grupo A*		Grupo B**		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
1	-	-	1	2,6	1	1,4
5	1	3,0	2	5,1	3	4,2
6	1	3,0	2	5,1	3	4,2
9	1	3,0	1	2,6	2	2,8
10	24	72,7	26	66,7	50	69,4
12	1	3,0	2	5,1	3	4,2
Assinalaram mais de uma opção	-	-	5	12,8	5	6,9
Não souberam informar	5	15,2	-	-	5	6,9
Total	33	100	39	100	72	100

*Perito com experiência apenas em diagnóstico de enfermagem (n=33)

**Perito com experiência em diagnóstico de enfermagem e em espiritualidade (n=39)

No entanto, é importante ressaltar que cinco peritos assinalaram mais de um domínio (inclusive o Domínio 10) e cinco peritos não souberam informar qual domínio era mais adequado, comentando possuir dúvidas entre dois ou mais domínios; ou seja, para 10 peritos (13,8%) a classificação do diagnóstico não está clara (Tabela 8).

A falta de perceptibilidade relacionada à espiritualidade é também demonstrada no estudo de Cavendish et al. (2000), que a atribuem à deficiência de consenso na descrição do fenômeno e à diversidade das dimensões que o compõe.

Com relação à melhor classe para inserção do diagnóstico em estudo, tanto o grupo de peritos com experiência somente em diagnóstico, como os que também possuem experiência em espiritualidade, apontaram a necessidade de ampliação da *Classe 3* do *Domínio 10* da Taxonomia II da NANDA (2008).

Não houve diferença estatisticamente significativa na opinião dos dois grupos de peritos quanto à melhor classe (Teste X^2 , $p=0,685$); 58 enfermeiros optaram pela classe modificada, contra 10 que optaram pelas classes 2 ou 3 (Tabela 9). Portanto, a maioria dos peritos, conforme observado pelo teste de aderência (X^2), julgou pertinente a sugestão de uma nova classe ($p<0,001$), que descreva a congruência entre valores, crenças, ações, conexão,

transcendência e significado/propósito de vida.

Tabela 9 - Distribuição da opinião dos peritos quanto à melhor classe para a inserção do diagnóstico de enfermagem em estudo, Ribeirão Preto, 2008

CLASSE	Peritos					
	Grupo A*		Grupo B**		Total	
	Freqüência	%	Freqüência	%	Freqüência	%
2	1	3,0	-	-	1	1,4
3	4	12,1	5	12,8	9	12,5
Classe Modificada	25	75,8	33	84,6	58	80,5
Assinalaram mais de uma opção	-	-	1	2,6	1	1,4
Não souberam informar	3	9,1	-	-	3	4,2
Total	33	100	39	100	72	100

*Perito com experiência apenas em diagnóstico de enfermagem (n=33)

**Perito com experiência em diagnóstico de enfermagem e em espiritualidade (n=39)

p=0,685

Sobre as justificativas dadas pelos enfermeiros para a escolha da Classe que melhor representa o diagnóstico em estudo, um dos peritos comentou que “*a ampliação da classe expande os conceitos inerentes à mesma... [...] o que possibilita a inclusão de outras possíveis respostas humanas relacionados ao aspecto da espiritualidade*”. Outro comentou ainda sobre a importância de “*pensar além do corpo biológico, considerando que a dimensão espiritual do homem atinge todos os pressupostos destacados na ampliação proposta*”. Os demais comentários narrados pelos peritos refletem o fato de a NANDA não abordar a espiritualidade de forma adequada e a importância de inclusão de uma classe mais abrangente.

O título do diagnóstico

Foi apresentado, aos enfermeiros que participaram da pesquisa, o rótulo oferecido pela NANDA (2006) ao diagnóstico em estudo e a proposta de modificação. Observou-se que 69,4% dos peritos concordam com a mudança na denominação do diagnóstico, não sendo apontado diferença estatisticamente significante entre os dois grupos de sujeitos (Teste X^2 , $p=0,692$) (Tabela 10). Assim, a maioria dos peritos que participaram do estudo, conforme constatado no teste de aderência (X^2), prefere o rótulo *Espiritualidade prejudicada* ($p<0,001$).

Tabela 10 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à mudança no rótulo do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, Ribeirão Preto, 2008

OPINIÃO SOBRE A MUDANÇA NO RÓTULO DO DIAGNÓSTICO	Peritos					
	Grupo A*		Grupo B**		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Concorda	24	72,7	26	66,7	50	69,4
Não concorda	9	27,3	12	30,8	21	29,2
Não informa	-	-	1	2,6	1	1,4
Total	33	100	39	100	72	100

*Perito com experiência apenas em diagnóstico de enfermagem (n=33)

**Perito com experiência em diagnóstico de enfermagem e em espiritualidade (n=39)

p= 0,692

Em relação aos comentários e sugestões sobre o rótulo do diagnóstico, apenas 12 dos 50 enfermeiros favoráveis ao uso de *Espiritualidade prejudicada* descreveram sua opinião, que foram sumarizadas nas seguintes expressões: “é mais específico”; “é mais prático”; “permite diferentes graduações do sentimento”, “é mais adequado” e “angústia é um qualificador de resposta emocional e não espiritual”.

Já, entre os 21 peritos que apreciam melhor o uso de *Angústia espiritual* ao invés de *Espiritualidade prejudicada*, 10 enfermeiros justificaram sua opinião, sendo seus comentários agrupados nas declarações a seguir: “angústia descreve melhor o estado de aflição do paciente”, “angústia remete a uma situação mais definida” e “o termo angústia é mais adequado”.

Cavendish et al. (2000) e Cavendish et al. (2001) apontam a necessidade de desenvolvimento do vocabulário de enfermagem para as respostas dos pacientes à dimensão espiritual, justificando a importância de conceituar a espiritualidade como um *contínuo*. Os autores também argumentam sobre o fato de alguns diagnósticos de enfermagem serem pouco aplicáveis na prática clínica, da maneira que são apresentados na NANDA. Por conseguinte, o novo rótulo, *Espiritualidade prejudicada*, poderá ampliar as possibilidades diagnósticas para a dimensão espiritualidade, fundamentado na compreensão do fenômeno como um *contínuo*.

A definição do diagnóstico

Após descrever a definição apresentada pela NANDA (2006) ao diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* e a sugestão de modificação emanada da primeira etapa deste estudo, foi solicitado aos enfermeiros que julgassem qual proposta melhor representa o diagnóstico em estudo. Os resultados demonstraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos dois grupos de enfermeiros (Teste X^2 , $p=0,757$), sendo que 54 peritos concordam com a mudança na definição (Tabela 11).

Como foi possível constatar no teste de aderência (X^2), a maioria dos sujeitos participantes da pesquisa prefere o conceito proposto neste estudo ($p<0,001$); confirmando os resultados encontrados na primeira etapa deste estudo, em que foi observada a necessidade de o diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* possuir uma abordagem mais ampla do que aquela sugerida pela NANDA, retratando os prejuízos que possam acometer as diferentes dimensões que envolvem a espiritualidade.

Tabela 11 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à mudança na definição do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, Ribeirão Preto, 2008

OPINIÃO SOBRE A MUDANÇA NA DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	Peritos					
	Grupo A*		Grupo B**		Total	
	Freqüência	%	Freqüência	%	Freqüência	%
Concorda	26	78,8	28	71,8	54	75,0
Não concorda	7	21,2	9	23,0	16	22,2
Não informa	-	-	2	5,1	2	2,8
Total	33	100	39	100	72	100

*Perito com experiência apenas em diagnóstico de enfermagem (n=33)

**Perito com experiência em diagnóstico de enfermagem e em espiritualidade (n=39)
p=0,757

Entre os 54 peritos que apoiaram a nova proposta, 16 deles comentaram sua opinião, concluindo que a nova definição “amplia a possibilidade diagnóstica” e “é mais consistente”. Dos 16 peritos que não concordaram com a mudança na definição do diagnóstico, oito deles não comentaram sua opção, cinco teceram comentários que

conjecturam questões sobre o termo transcendência e seu significado, sendo que um deles o considerou complexo demais para ser incluído na definição do diagnóstico e outros quatro consideraram que *transcendência* é o mesmo que *conexão com Deus*. Entretanto, relacionar transcendência apenas a Deus pode conferir ao termo uma conotação religiosa ou de crença somente e, como observa Boff (2000), transcendência nada tem a ver com religião e sim com a capacidade de romper-se, ir para além daquilo que é dado.

Para Engebretson (1996), transcendência se relaciona à experiência não-material e o termo transcender significa passar além, ser superior a, ultrapassar, elevar-se acima de (FERREIRA, 2004). Portanto, considera-se adequado o uso do termo na definição do diagnóstico em estudo, uma vez que, conforme observado anteriormente, este tem sido considerado um importante construto na descrição de *Angústia espiritual*, assim como de espiritualidade (CHIU, 2000; CHIU et al., 2004; DELGADO, 2005; MINER-WILLIAMS, 2006; OH; KANG, 2005; PRONK, 2005; SMUCKER, 1996; VILLAGOMEZA, 2005; VILLAGOMEZA, 2006).

Três peritos discordaram parcialmente da proposta de modificação na definição de *Angústia espiritual*, dois deles por considerarem que o uso da palavra *Deus* exclui indivíduos ateus, sugerindo que este fosse substituído por Força Maior. Entretanto, como neste estudo não foi prevista a possibilidade de uma concordância parcial, esses peritos optaram por discordar da proposta apresentada.

Um perito comentou que, com a nova definição e o novo rótulo, seria mais adequado propor um novo diagnóstico. Entretanto, é importante ressaltar que nesse caso, os dois diagnósticos tratariam de manifestações muito semelhantes e, para acatar tal sugestão, seria necessário primeiro fazer uma validação de diagnóstico diferencial para determinar a diferença entre ambos (FEHRING, 1986).

Por fim, observa-se que a nova proposta de rótulo e definição foi considerada

pertinente ao fenômeno em estudo, ou seja, segundo a maioria dos enfermeiros participantes do estudo, o diagnóstico deve ser denominado *Espiritualidade prejudicada* e sua definição deve ser: *Capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, transcendência e conexão consigo mesmo, com Deus/Ser Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor.*

Validação das características definidoras propostas ao diagnóstico em estudo

A partir da lista de características definidoras geradas na etapa de Análise Conceitual e de suas respectivas definições, foi solicitado aos 72 enfermeiros peritos que julgassem o quanto cada característica é pertinente ao diagnóstico de enfermagem em estudo.

Convém lembrar que, de acordo com o escore médio obtido, as características definidoras foram classificadas como “características principais”, para aquelas com escore maior ou igual a 0,80 e “características secundárias”, para aquelas com escores entre 0,51 e 0,79. As características com escore menor ou igual a 0,50 foram consideradas pouco relevantes ao diagnóstico e deverão ser submetidas a novos estudos. As características fictícias, incluídas no instrumento de coleta de dados, obtiveram escore abaixo de 0,2 e não foram consideradas na análise.

Conforme a média geral obtida, sete características definidoras foram classificadas como “principais” indicadores do diagnóstico em estudo, são elas: *Apresenta distúrbios ou preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus, Expressa raiva de Deus, Expressa falta de significado ou propósito na vida, É incapaz de experimentar transcendência, Expressa alienação ou isolamento; Questiona o sofrimento e Expressa falta de serenidade* (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem em estudo, conforme os escores atribuídos pelos peritos, Ribeirão Preto, 2008

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Média ponderada		Média Geral	p***
	GRUPO A*	GRUPO B**		
Apresenta distúrbio ou preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus	0,90	0,87	0,89	0,86
Expressa raiva de Deus	0,87	0,88	0,88	0,935
Expressa falta de significado/propósito na vida	0,88	0,86	0,87	0,775
É incapaz de experimentar transcendência	0,80	0,83	0,82	0,570
Expressa alienação ou isolamento	0,77	0,86	0,82	0,024
Questiona sofrimento	0,76	0,85	0,81	0,137
Expressa falta de serenidade	0,76	0,83	0,80	0,072
Expressa desespero	0,76	0,78	0,77	0,583
Solicita assistência espiritual	0,81	0,72	0,76	0,351
Expressa falta de esperança	0,67	0,77	0,73	0,092
Expressa falta de amor	0,63	0,73	0,69	0,095
Sente-se abandonado	0,65	0,72	0,69	0,129
Expressa sentimento de culpa	0,61	0,67	0,64	0,376
Recusa integrar-se com pessoas significativas	0,54	0,72	0,64	0,007
Expressa alteração de comportamento: choro	0,58	0,60	0,60	0,948
Expressa falta de coragem	0,53	0,62	0,58	0,177
É incapaz de expressar criatividade	0,53	0,63	0,59	0,146
Sentimento de pesar	0,56	0,60	0,58	0,617
Expressa alteração de comportamento: raiva	0,50	0,57	0,53	0,203
Não se interessa pela natureza	0,43	0,48	0,46	0,420

*Peritos com experiência apenas em diagnóstico de enfermagem (n=33)

**Peritos com experiência em diagnóstico de enfermagem e em espiritualidade (n=39)

***Mann Whitney

Doze características foram identificadas como “secundárias”, de acordo com a média global, são elas: *Expressa desespero*, *Solicita assistência espiritual*, *Expressa falta de esperança*, *Expressa falta de amor*, *Sente-se abandonado*, *Expressa sentimento de culpa*, *Recusa integrar-se com pessoas significativas*, *Expressa alteração de comportamento: choro*, *Expressa falta de coragem*, *É incapaz de expressar criatividade*, *Sentimento de pesar* e *Expressa alteração de comportamento: raiva* (Tabela 12).

Apenas a característica *Não se interessa pela natureza*, que obteve escore menor que 0,50, não apresentou relevância ao diagnóstico (Tabela 12). Trata-se de um indicador clínico presente na lista de características definidoras propostas pela NANDA (2006), embora ainda não tenha sido validado em outro estudo de validação de conteúdo do diagnóstico em questão. Villagomez (2005), ao realizar uma análise de conceito sobre *Angústia espiritual*,

verificou que a referida característica é uma manifestação clínica presente em pacientes que sofrem prejuízos no senso de conexão com o ambiente. Portanto, novos estudos são importantes para indicar a pertinência da referida característica ao diagnóstico.

As características *Apresenta distúrbios ou preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus, Expressa raiva de Deus e Expressa falta de significado ou propósito na vida*, que receberam os escores mais elevados, também foram apoiadas nos estudos de validação de conteúdo do diagnóstico *Angústia espiritual* realizados por McHolm (1991), Hensley (1992) e Twibell et al. (1991). Entre elas, a característica *Apresenta distúrbios ou preocupação com relação ao sistema de crenças ou com Deus* foi emanada da literatura e, por sugestão deste estudo, contempla as características definidoras *É incapaz de rezar, Incapaz de participar de atividades religiosas, Apresenta mudança repentina nas práticas religiosa e Verbaliza estar separado do seu sistema de apoio*, propostas pela NANDA (2006).

A característica definidora *É incapaz de experimentar transcendência*, sugerida neste estudo, em substituição às características *É incapaz de voltar para dentro de si/ introverter-se/ ser introspectivo* e *É incapaz de experimentar o transcendente*, listadas na NANDA (2006), também foi considerada pelos peritos como um dos principais indicadores do diagnóstico. Essa característica também foi validada por Smucker (1996) em um estudo qualitativo.

As características *Expressa alienação ou isolamento, Questiona o sofrimento e Expressa falta de serenidade*, embora tenham sido classificadas como “secundárias” pelos peritos do grupo A (enfermeiros com experiência em diagnósticos de enfermagem), foram identificadas como “principais” pelos peritos do Grupo B (enfermeiros com experiência em diagnósticos de enfermagem e em espiritualidade), alcançando, portanto, média geral $\geq 0,80$ (Tabela 12). Dentre elas, a característica *Expressa alienação ou isolamento* também foi validada como “característica maior” de *Angústia espiritual* por Twibell et al. (1991),

diferentemente de Carpenito-Moyet (2007), que a classifica como “característica menor”.

A característica *Solicita assistência espiritual* foi classificada como “característica principal” apenas pelos enfermeiros do Grupo A, porém, de acordo com a média global obtida (0,76), é apontada como característica secundária do diagnóstico (Tabela 12).

A característica definidora *Expressa alteração de comportamento: raiva*, também presente na lista de característica definidoras da NANDA (2006), foi identificada como pouco relevante ao diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* (escore=0,50) apenas pelo julgamento dos enfermeiros do Grupo A, sendo considerada uma característica pertinente, porém secundária, pelos enfermeiros do Grupo B. Portanto, a média global (0,53) permitiu que fosse considerada característica validada, uma vez que testes estatísticos não apontaram diferença estatisticamente significativa entre ambos os grupos de peritos ($p=0,203$).

A característica raiva foi considerada validada também no estudo de McHolm (1991), em que houve validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* por 97 enfermeiras da área de oncologia. Outros estudos de validação de conteúdo deste diagnóstico, utilizando o modelo de Fehring (1986), também apoiaram essa característica definidora (HENSLEY, 1992; PEHLER, 1997).

Apesar de os enfermeiros do Grupo A terem atribuído, a quase todos os indicadores clínicos, pesos inferiores àqueles atribuídos pelos enfermeiros do Grupo B, diferenças estatisticamente significantes foram encontradas apenas para as características definidoras *Recusa integrar-se com pessoas significativas* ($p=0,007$) e *Expressa alienação ou isolamento* ($p=0,024$) (Tabela 12); o que significa que, para os peritos com experiência em diagnósticos de enfermagem e em espiritualidade, essas características são mais representativas do diagnóstico em estudo do que para os demais peritos.

Carvalho et al. (2008) ressaltam a importância da área de atuação do enfermeiro para a validação de conteúdo diagnóstico. Entretanto, na presente pesquisa é possível

constatar que o julgamento sobre a pertinência das características definidoras do diagnóstico em estudo, de um modo geral, foi semelhante entre os enfermeiros, independentemente da área de atuação.

Ao final do instrumento foi destinado um espaço para comentários e sugestão de novas características definidoras; no entanto, apenas doze peritos apresentaram suas opiniões. Seus comentários foram analisados à luz da literatura e da taxonomia existentes, sendo considerados apenas aqueles que apresentassem respaldo.

Por conseguinte, dois peritos sugeriram que a definição conceitual da característica *Expressa falta de esperança* fosse modificada, recomendando a definição proposta pela NANDA (2006, p. 81): “Estado subjetivo no qual um indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou enxerga alternativas limitadas e é incapaz de mobilizar energias a seu favor”. Quatro peritos sugeriram que na característica definidora *Expressa alienação ou isolamento* fosse excluído o termo “isolamento”, justificando que o mesmo retrata melhor a característica *Recusa integrar-se com pessoas significativas*. Tais sugestões foram observadas na etapa de validação clínica do diagnóstico.

Uma nova característica definidora foi sugerida: *Expressa sentimento de temporalidade*, definida como: estado em que o indivíduo confia ter deixado situações mal resolvidas e não ter mais tempo para consertá-las, relata que o tempo demora de forma angustiante a passar diante do sofrimento e começa a ser percebido como rápido demais no que se refere à aproximação da morte.

As demais características definidoras sugeridas, como por exemplo: Incapacidade de atribuir significado à existência, Incapacidade de amar, Atitude de apatia, entre outras, não foram consideradas pertinentes, pois são características já contempladas na listagem proposta.

Finalmente, a partir do escore de cada característica definidora, excluindo aquela com escore menor que 0,50, foi calculado o escore total do diagnóstico de enfermagem

Angústia espiritual, que foi de 0,72. Tal escore, segundo Fehring (1986), deve ser superior à 0,60, caso contrário o diagnóstico deve ser mais bem apurado e/ou rejeitado e removido da lista de diagnóstico da NANDA. Portanto, conforme referencial adotado neste estudo, o escore apresentado pelo diagnóstico de enfermagem em estudo é adequado.

5.2.3 Conclusões da Validação por Especialista

Conforme a opinião dos enfermeiros peritos, a nova proposta de rótulo e definição foi considerada pertinente ao fenômeno em estudo, que, a partir desta etapa da pesquisa, passou a ser denominado *Espiritualidade prejudicada* e sua definição: *Capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, transcendência e conexão consigo mesmo, com Deus/Ser Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor.*

O melhor domínio para classificação do diagnóstico em estudo, segundo os enfermeiros peritos, é o Domínio 10 - *Princípios de Vida*, proposto pela Taxonomia II da NANDA (2008). Entretanto, é necessária a ampliação da Classe 3 ou criação de uma nova classe que represente a congruência entre valores, crenças, ações, conexão, transcendência e significado/propósito de vida.

As características definidoras consideradas “principais” indicadores clínicos do diagnóstico pelos peritos foram: *Apresenta distúrbio ou preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus, Expressa raiva de Deus, Expressa falta de significado/propósito na vida, É incapaz de experimentar transcendência, Expressa alienação ou isolamento, Questiona sofrimento e Expressa falta de serenidade.* As demais características, consideradas “secundárias”, foram: *Expressa desespero; Solicita assistência espiritual; Expressa falta de esperança; Expressa falta de amor; Sente-se abandonado; Expressa sentimento de culpa; Recusa integrar-se com pessoas significativas; Expressa alteração de comportamento: choro; Expressa falta de coragem; É incapaz de expressar criatividade; Sentimento de pesar e*

Expressa alteração de comportamento: raiva. Apenas a característica *Não se interessa pela natureza* foi considerada pouco relevante ao diagnóstico em estudo.

O escore total do diagnóstico de enfermagem investigado foi de 0,72, o que permite considerá-lo validado.

A aplicação do diagnóstico na prática clínica requer do enfermeiro habilidade para investigar suas características definidoras; no entanto, no que se reporta à *Angústia espiritual*, são manifestações extremamente subjetivas e pessoais, o que constitui uma importante limitação deste estudo, já que não foi possível estabelecer suas definições operacionais. Nesse sentido, acredita-se que em uma investigação clínica tais características definidoras poderão emergir com maior clareza.

5.3 ETAPA 3: VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO

A *Validação Clínica* é a etapa que visa a obter as evidências de um determinado diagnóstico, desenvolvidas a partir da Análise de Conceito e da Validação por Especialistas, em um ambiente clínico real (FEHRING, 1986, 1987; HOSKINS, 1989). Os objetivos específicos estabelecidos para esta etapa foram:

- Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* em pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica em tratamento hemodialítico.
- Identificar a frequência de ocorrência das características definidoras principais e secundárias do diagnóstico nos sujeitos estudados.
- Determinar a especificidade, a sensibilidade e o valor preditivo das características definidoras de *Espiritualidade prejudicada*.

5.3.1 Procedimentos Metodológicos

A partir desta fase, o estudo passa a adotar o título *Espiritualidade prejudicada*, ao invés de *Angústia espiritual*, fundamentando-se nos resultados obtidos na Análise Conceitual, posteriormente confirmados na fase de Validação por Especialistas.

Esta etapa se fundamentou na investigação do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* em uma população de pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC) em tratamento de Hemodiálise (HD), em que se buscou verificar a frequência, bem como a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo (positivo e negativo) das características definidoras do diagnóstico.

Conforme já exposto, Fehring (1987) propõe duas abordagens possíveis para a Validação Clínica: a primeira se refere à observação clínica da frequência das características definidoras por dois enfermeiros peritos e a segunda é obtenção das informações clínicas diretamente do sujeito-paciente. A escolha de uma delas depende da natureza do diagnóstico a ser analisado: diagnósticos com respostas mais fisiológicas requerem a primeira abordagem e aqueles que envolvem respostas cognitivas, a segunda.

Tendo em vista que a natureza do diagnóstico em estudo contempla uma resposta cognitiva, voltada para a espiritualidade do indivíduo, optou-se pela obtenção das informações clínicas diretamente do paciente. Contudo, foram realizadas algumas adaptações ao referencial adotado:

- Fehring (1987) sugere a seleção de uma amostra de pacientes com o diagnóstico que está sendo investigado. Entretanto, nesta pesquisa, optou-se por contar com a participação de todos os pacientes que estão em tratamento hemodialítico no local de estudo, pois ao utilizar sujeitos com e sem *Espiritualidade prejudicada* é possível identificar a especificidade, a sensibilidade e o valor preditivo das características definidoras do

diagnóstico estudado.

- Ao invés de utilizar uma escala de cinco pontos, tipo Likert, para indicar o grau com que cada característica definidora está presente, como sugere Fehring (1987) na investigação de diagnósticos que envolvem respostas cognitivas, optou-se pelo uso de um instrumento dicotômico, para que o paciente indicasse apenas a presença ou ausência da característica. Tal opção se justifica na importância de investigar a manifestação das características em toda população, considerando que a evidência clínica nem sempre está condicionada à presença do diagnóstico. Portanto, antes de quantificar uma evidência, é necessário identificá-la.

5.3.1.1 Local e sujeitos da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em uma clínica de terapia renal, regida por um hospital geral filantrópico, de médio porte, situado em determinado Município no Sul de Minas Gerais. A clínica atendia mensalmente, durante o período de coleta de dados, 135 pacientes portadores de IRC, sendo 130 em HD e cinco em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD).

A clínica oferece atendimento a aproximadamente 26 municípios circunvizinhos e possui uma equipe constituída por duas enfermeiras, doze técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, cinco médicos nefrologistas, duas nutricionistas, uma psicóloga e uma secretária.

As sessões de HD ocorrem de segunda a sábado, em três turnos diários. Os pacientes realizam a HD três vezes por semana, com duração de quatro horas por sessão. O serviço oferece refeições e os pacientes são encaminhados à clínica por meio de transporte fornecido pela prefeitura do Município de origem.

Os critérios estabelecidos para a inclusão dos sujeitos foram: ser portador de IRC e realizar HD, ter idade igual ou superior a 18 anos, independente do sexo, estar orientado no tempo, espaço e pessoa, conseguir expressar-se verbalmente e consentir formalmente em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Dos 130 pacientes convidados para participar do estudo, dois foram a óbito após o início da coleta de dados, cinco foram eliminados por não atenderem os critérios de inclusão e três por não concordarem com a participação, resultando em 120 os sujeitos da pesquisa.

5.3.1.2 Aspectos éticos

Atendendo à Resolução 196/96, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1997), o projeto da pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (Protocolo: n. 0810/2007). Também, em cumprimento às exigências éticas, o projeto recebeu da Instituição que administra a clínica de terapia renal, o consentimento formal para realização da pesquisa.

Antes do início da coleta de dados, cada paciente foi esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, procedimentos de coleta de dados e consultados quanto ao aceite em participar do estudo, sendo solicitada a assinatura do TCLE, como mencionado anteriormente (APÊNDICE G).

5.3.1.3 Instrumentos de coleta de dados

Para o desenvolvimento desta etapa do estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. **Instrumento de identificação** (APÊNDICE H): contém questões semi-estruturadas, abordando os aspectos socioeconômicos (sexo, idade, nível de escolaridade, entre outros) e algumas características espirituais e religiosas dos pacientes (tipo de crença e importância da espiritualidade/religiosidade), cuja finalidade foi caracterizar os participantes do estudo.
2. **Roteiro de avaliação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*** (APÊNDICE I): foi construído com base nas características definidoras identificadas e validadas, respectivamente, na primeira e segunda etapas deste estudo. A característica *Expressa sentimento de temporalidade*, sugerida durante a etapa de Validação por Especialista, foi adicionada ao roteiro.

É importante destacar que a característica definidora *Não se interessa pela natureza*, que, na etapa de Validação por Especialista, recebeu escore abaixo de 0,50, também foi incluída no referido instrumento, uma vez que é necessário certificar se, no ambiente clínico, essa característica não apresentará relevância ao diagnóstico.

O objetivo deste instrumento é identificar a presença ou ausência de cada característica definidora do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*. As características definidoras foram apresentadas com suas respectivas definições e, para facilitar o tratamento estatístico, buscou-se elaborar um único questionamento, com respostas dicotômicas (sim/não), para cada característica do diagnóstico, em que a alternativa afirmativa foi interpretada como presença da característica.

3. **Instrumento de avaliação do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*** (APÊNDICE J). Foi construído com a finalidade de identificar a opinião do próprio paciente sobre a presença do diagnóstico. Este instrumento contém o conceito de *Espiritualidade prejudicada*, emanado e validado nas etapas anteriores, e o questionamento: *Você sente que sua espiritualidade está prejudicada?* A resposta positiva foi interpretada como manifestação do referido diagnóstico.

Uma vez que a avaliação da espiritualidade é o primeiro passo para o reconhecimento do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*, optou-se por empregar o “questionamento direto ao paciente”, conforme sugerido na literatura para tal avaliação (McSHERRY; ROSS, 2002; POWER, 2006; VILLAGOMEZA, 2005). Esta forma de investigação fundamenta-se no fato de o diagnóstico abordar uma resposta cognitiva, de natureza abstrata e, portanto, essa pode ser a maneira mais adequada de confirmar a presença da *Espiritualidade prejudicada*, uma vez que tem sido observado que uma abordagem à experiência espiritual que não seja baseada na própria descrição do paciente pode ser profundamente falha (BASH, 2004).

Os instrumentos elaborados para o estudo, cujas versões finais constam nos Apêndice H, Apêndice I e Apêndice J, foram submetidos a um processo de refinamento, com o objetivo de verificar se seus itens representam o universo do conteúdo e se permitem alcançar o objetivo traçado (RICCIO et al., 1995). Para tal, os instrumentos supracitados foram encaminhados à análise de cinco juízes, sendo duas psicólogas com experiência em construção de instrumentos de pesquisas e três enfermeiras: duas doutorandas em enfermagem, cujas teses são voltadas ao tema espiritualidade, e uma docente em enfermagem, responsável pela supervisão do estágio curricular de enfermagem na Instituição, onde foi realizada a coleta de dados.

Para esse processo de refinamento, foi encaminhado, junto com o instrumento em análise, um formulário contendo questões relacionadas à avaliação dos juízes quanto à apresentação e conteúdo do mesmo (APENDICE L). Foram apresentadas sugestões quanto à clareza das questões relacionadas à avaliação das características definidoras e à aparência do instrumento de identificação do sujeito. Todas as sugestões foram acatadas e posteriormente os instrumentos foram submetidos a um pré-teste com cinco pacientes portadores de IRC, que não fizeram parte da amostra por realizarem CAPD e não HD. O objetivo deste teste foi

averiguar o entendimento dos itens pelo paciente, identificando possíveis falhas. Após esse passo, os instrumentos foram considerados adequados ao alcance dos objetivos e aplicados aos sujeitos.

4. Outros instrumentos. Para assegurar a acurácia do diagnóstico, Fehring (1994) recomenda a utilização de um instrumento de mensuração equivalente ao diagnóstico em estudo. Entretanto, tal como foi descrito na etapa de Análise Conceitual, fundamentou-se numa perspectiva teórica de que a *Espiritualidade prejudicada* é uma experiência genuinamente subjetiva e pessoal. Sendo assim, não pode ser diretamente mensurada¹⁰ por instrumentos físicos, como é feito com outros diagnósticos de enfermagem, a exemplo da *Hipertermia*, em que usualmente é mensurada a temperatura corporal. Em outras palavras, é possível apenas avaliar¹¹ *Espiritualidade prejudicada*.

Contudo, não foi encontrado na literatura nenhum instrumento para avaliação de *Espiritualidade prejudicada* ou *Angústia espiritual* que fosse traduzido e validado para a cultura brasileira. Desse modo, buscou-se instrumentos que avaliassem espiritualidade, por considerar o diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* uma resposta do indivíduo a distúrbios na dimensão espiritual humana.

Dois instrumentos foram julgados adequados para essa finalidade: o primeiro foi a *Escala de Bem-estar Espiritual* de Paloutzian e Ellison (1982), adaptado e validado para a cultura brasileira por Marques (2000) e por Volcan (2002). O segundo, a Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (2007), é um instrumento construído em Portugal e submetido à validação para uso no Brasil por Chaves et al. (2008b)¹².

A escolha desses instrumentos fundamentou-se no fato de ambos se basearem na descrição de que espiritualidade envolve duas dimensões, uma vertical, voltada à relação com

¹⁰ Mensurável: que se pode medir; comensurável, dimensível (FERREIRA, 2004).

¹¹ Avaliar: fazer idéia de; supor; estimar (FERREIRA, 2004).

¹² CHAVES, E. C. L. et al. Validação da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro em pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise. (Submetido à avaliação do periódico *Enfermagem Atual*, Rio de Janeiro, julho de 2008b).

Deus/Ser Maior, e a outra horizontal, referente ao aspecto existencial (PALOUTZIAN; ELLISON, 1982; PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007). Isso porque tem sido observado que a maioria dos instrumentos de espiritualidade mensura mais as variáveis religiosas que as espirituais (DAVIS, 2005). Por conseguinte, esses instrumentos permitem discernir as questões religiosas das espirituais. A seguir será apresentado cada um dos instrumentos:

Escala de Bem-estar Espiritual

Ellerhorst-Ryan (1985), em seu estudo sobre a seleção de instrumentos para investigação de *Angústia espiritual*, sugere a utilização da Escala de Bem-estar Espiritual de Paloutzian e Ellison (1982), pois é um instrumento que avalia as necessidades e o bem-estar espiritual, dando ao enfermeiro condições de discernir a *Angústia espiritual*, por exemplo, de problemas emocionais e psicossociais. Dalmida (2006) também considera que bem-estar espiritual é um conceito relacionado à espiritualidade que descreve os níveis individuais de doença espiritual, por meio de um *contínuo*.

A Escala de Bem-estar Espiritual foi desenvolvida por Paloutzian e Ellison (1982) e vem sendo utilizada na literatura internacional (HENDRICKS-FERGUSON, 2006; HENDRICKS-FERGUSON, 2008; MUSGRAVE; McFARLANE, 2004; POPKESS-VAWTER; YODER; GAJEWSKI, 2005; SPURLOCK, 2005) e nacional (GAUSTAUD et al., 2006; HOFFMANN; MULLER; FRASSON, 2006; MARQUES, 2003; VOLCAN et al., 2003). O referido instrumento é constituído por 20 itens, respondidos em uma escala de seis pontos, que varia de “concordo fortemente” a “discordo fortemente”. Dez itens são destinados à avaliação do bem-estar religioso e os demais à investigação do bem-estar existencial (VOLCAN et al., 2003).

Testes de confiabilidade, realizados junto a uma amostra de 100 estudantes universitários, apresentaram os coeficientes de 0,93 para bem-estar espiritual, 0,96 e 0,86 para

bem-estar religioso e existencial, respectivamente, e a correlação entre as duas sub-escalas foi de 0,32 ($p < 0,001$) (PAULOTZIAN; ELLISON, 1982). No Brasil, a consistência interna da escala, apresentada nos estudos de Marques (2000), foi de 0,92, revelando alta fidedignidade da escala.

Os escores das duas sub-escalas são somados para obtenção da medida geral de bem-estar espiritual. Os autores da escala sugerem o estabelecimento de uma pontuação de corte com os intervalos de 20 a 40 para bem-estar espiritual baixo, 41 a 99 para moderado e 100 a 120 para alto. Nas duas sub-escalas, de Bem-estar Religioso e Existencial, os intervalos são 10 a 20, 21 a 49 e 50 a 60 pontos, para baixo, moderado e alto, respectivamente (PAULOTZIAN; ELLISON, 1982).

Na presente pesquisa, tendo como referência outros estudos nacionais que utilizaram a Escala de Bem-estar Espiritual, os resultados foram analisados como: “positivo” para escore alto e “negativo” para escore baixo e moderado (GAUSTAUD et al., 2006; VOLCAN et al., 2003).

Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro

A Escala de Espiritualidade proposta por Pinto e Pais-Ribeiro (2007) é um instrumento de avaliação da espiritualidade para aplicação em contexto de saúde. É considerada uma escala simples e pequena, sem redundâncias e de fácil utilização, o que comporta sua aplicação no ambiente clínico da assistência de enfermagem (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

Esta escala é constituída por cinco itens centrados em duas dimensões. A dimensão vertical está associada à crença: *As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida* e *A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis*. A dimensão horizontal está associada à esperança/otimismo, aspecto que atribui sentido e

significado na vida decorrente da relação consigo mesmo, com os outros e com o meio; contempla as questões: *Vejo o futuro com esperança, Sinto que a minha vida mudou para melhor e Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida.*

É um instrumento auto-aplicável, do tipo Likert, cujas respostas são dadas numa escala de quatro alternativas, entre “não concordo” a “concordo plenamente”. Em relação à determinação dos escores, são obtidos por procedimentos estatísticos elementares, sem inversão ou transformação de valores, assim o ponto médio é de 2,5 para cada item. Valores inferiores correspondem a escores baixos e valores superiores a escores elevados.

A Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro foi aplicada originalmente em Portugal, em 426 pacientes que tiveram câncer e que se encontravam em fase de recuperação da doença. As propriedades psicométricas apresentaram valores de validade e fidedignidade adequados, com uma consistência interna global de 0,74 (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

A validação do instrumento para a população brasileira foi realizada no sul de Minas Gerais, com 52 pacientes portadores de IRC em HD, em que foram observadas propriedades métricas semelhantes às de Pinto e Pais-Ribeiro (2007), com consistência interna global de 0,64 e de, respectivamente, 0,78 e 0,69 para os construtos *Crença* e *Esperança/Otimismo* (CHAVES et al., 2008b)¹³.

Por fim, é importante destacar que, neste estudo, o emprego dessas escalas considerou que escore baixo e moderado (escore negativo) na sub-escala de Bem-estar Existencial (*Escala de Bem-estar Espiritual*) e escores baixos (menor 7,5), na dimensão Esperança/Otimismo da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro, sugerem a presença do diagnóstico; ou seja, indivíduos que apresentam bem-estar espiritual negativo e baixo escore de espiritualidade têm maior chance para apresentar *Espiritualidade prejudicada*.

¹³ CHAVES, E.C.L. et al. Validação da Escala de Espiritualidade de Pinto e Paes-Ribeiro em pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise. (Submetido à avaliação do periódico *Enfermagem Atual*, Rio de Janeiro, julho de 2008b).

5.3.1.4 Coleta dos dados

Segundo Hoskins (1989), para detectar um diagnóstico de enfermagem em um ambiente clínico, é necessária a presença de pelo menos dois enfermeiros peritos, competentes diagnosticadores. Este estudo contou com a participação de dois observadores, considerados peritos, com pontuação de oito e dez pontos, respectivamente, conforme referencial metodológico selecionado (FEHRING, 1994).

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2008, durante as sessões de hemodiálise, após ser constatada a estabilidade clínica dos participantes, para aproveitamento do tempo de sua permanência na unidade. Apesar de os instrumentos de coleta de dados serem auto-aplicáveis, optou-se pela coleta na forma de entrevista, pois se considerou a dificuldade do preenchimento devido à imobilização do braço durante o tratamento e à possibilidade de os sujeitos apresentarem dificuldade visual e/ou baixo nível instrucional. Quando constatado algum grau de dificuldade para o entendimento do significado de alguma questão, essa era lida de forma pausada, evitando dar sinônimos ou explicações às palavras, assim como à escala de respostas.

Para facilitar a compreensão das alternativas de respostas das escalas de Espiritualidade de Pinto e Pais Ribeiro e de Bem-estar Espiritual, que são do tipo Likert, foi feita a representação visual das mesmas de forma ampliada em papel cartolina. Assim, após ser lido cada item, o paciente deveria apontar a alternativa de escolha no esquema visual de resposta.

Inicialmente, ao abordar o paciente, os enfermeiros se apresentavam e explicavam o propósito do estudo, enfatizando os objetivos e o método. Estabelecido o primeiro contato, o paciente era convidado a participar da pesquisa e, após anuência, assinava o TCLE. A seguir era iniciado um diálogo sobre a história da doença e do tratamento, cujos dados foram

registrados de forma livre, com a finalidade de auxiliar no raciocínio diagnóstico. Posteriormente, prosseguia-se o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados.

Para esta etapa, Melo (2004) observa que a coleta de dados, no ambiente clínico, deve ser realizada de forma independente pelos peritos. Entretanto, a autora considera que, dependendo da natureza do diagnóstico em estudo, é necessária a coleta simultânea. No presente estudo, apenas o Roteiro de avaliação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* (APÊNDICE I) foi aplicado simultaneamente pelos enfermeiros, uma vez que o mesmo serviu de subsídio para o julgamento sobre a presença do diagnóstico. Porém, é oportuno esclarecer que o registro dos dados foi realizado de maneira independente pelos peritos, sendo a entrevista conduzida por um dos peritos, o pesquisador responsável pelo estudo. O índice de concordância entre ambos foi verificado após a coleta de dados, sendo prevista a presença de um terceiro perito para os casos de discordância.

Os demais instrumentos foram aplicados de forma independente pelos peritos, com a finalidade de torna a entrevista dinâmica e promover a interação de ambos os peritos com o paciente. Assim, um dos peritos aplicou os instrumentos de identificação do sujeito (APÊNDICE H) e de identificação do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* (APÊNDICE J) e, posteriormente, o outro perito aplicou a Escala de Bem-estar Espiritual e a Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais Ribeiro.

Para coletar a opinião do paciente sobre a presença do diagnóstico (APÊNDICE J), foi realizada a leitura do conceito do diagnóstico, conforme proposto e validado nas etapas anteriores deste estudo e, para se conseguir maior fidelidade, foi registrado na íntegra as declarações dos participantes a respeito da presença ou não do mesmo.

5.3.1.5 Tratamento dos dados

A identificação do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* foi assegurada de diferentes maneiras:

- Escore baixo e moderado na sub-escala de Bem-estar Existencial, ou seja, soma dos escores com valor igual ou abaixo de 49 nos itens pares da Escala de Bem-estar Espiritual;
- Baixo escore de espiritualidade na sub-escala Crença/Otimismo, ou seja, soma dos escores com valor igual ou abaixo de 7,5 nos itens 3, 4 e 5 da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro;
- Concordância entre os peritos sobre a presença do diagnóstico;
- Opinião do paciente sobre a presença do diagnóstico;

O uso de diferentes critérios para a confirmação do diagnóstico ocorreu para aumentar a credibilidade dos dados obtidos, conforme sugere Polit, Beck e Hungler (2004). Os autores propõem o uso de uma técnica de triangulação, em que são empregados vários referenciais para chegar à conclusão do que constitui a verdade, por exemplo: utilizar mais de uma pessoa para a coleta de um conjunto de dados, utilizar múltiplos métodos para abordar um problema, utilizar múltiplas perspectivas para a interpretação de um conjunto de dados e utilizar várias fontes de dados em um estudo, entrevistando diversos informantes.

Na literatura não há referência de “padrão-ouro” para avaliação da espiritualidade, tendo em vista que também não há consenso sobre o conceito atribuído ao fenômeno (MAcLAREN, 2004; LEDGER, 2005; POWER, 2006). Porém, este fenômeno tem sido descrito como uma experiência pessoal (MINER-WILLIAMS, 2006) e, como tal, a opinião do paciente sobre a presença de um dano nessa dimensão tornou-se o critério de “referência” para a identificação do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*. Além disso, o diagnóstico em estudo apresenta indicadores clínicos que descrevem manifestações

subjetivas, cuja natureza se sobrepõe e, por isso, são de difícil análise e, nesse sentido, a melhor referência é a própria confirmação do paciente (VILLAGOMEZA, 2005).

O raciocínio diagnóstico, realizado pelo enfermeiro, não foi considerado o critério de “referência” devido à ausência de recursos definitivos para aferir esta habilidade e também, como já foi observado, por se tratar de um diagnóstico que envolve uma resposta cognitiva, dificultando sua avaliação; uma vez que, segundo Garb (1998), a complexidade cognitiva pode levar os clínicos a fazerem julgamentos diferentes um do outro.

Os dados coletados foram agrupados em um banco de dados, utilizando-se o aplicativo Microsoft Office Excel (2006), e analisados utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 15. A estatística descritiva permitiu descrever e resumir os dados obtidos. Variáveis nominais foram descritas pela análise de frequência e tabela de contingência e as variáveis quantitativas, pelas medidas de tendência central.

Os tempos de tratamento (HD) e de descoberta da IRC entre pacientes com e sem *Espiritualidade prejudicada*, bem como dos dados obtidos nas escalas de espiritualidade, foram comparados por meio do Teste de Mann-Whitney. As proporções dos níveis de importância da religião, estado civil, prática da religião e escolaridade, também quanto à presença do diagnóstico *Espiritualidade prejudicada*, foram comparadas pelo Teste Qui-quadrado (X^2). O nível de significância estatístico adotado foi valores de p menor ou igual a 5% ($p \leq 0,05$).

A Análise de Concordância – Kappa foi empregada para a determinação da confiabilidade da variável de critério estabelecida no estudo (a opinião do paciente sobre a presença do diagnóstico), que foi conferida pela avaliação da concordância com os demais critérios utilizados para a identificação do diagnóstico (escores obtidos na sub-escala de Bem-estar Existencial, escores obtidos na sub-escala de Esperança/Otimismo e opinião do

enfermeiro sobre a presença do diagnóstico).

Por conseguinte, o Kappa mede o grau de concordância além do que seria esperado tão somente pelo acaso (NEWMAN; BROWNER; CUMMINGS, 2003). A interpretação dos valores de concordância medida pelo kappa seguiu a orientação da literatura especializada: kappa abaixo de 0: pobre; de 0 a 0,20: leve; de 0,21 a 0,40: razoável; de 0,41 a 0,60: moderada; 0,61 a 0,80: substancial e de 0,81 a 1,00: concordância perfeita (LANDIS; KOCH, 1977; ROSNER, 2006).

Assim como na segunda etapa deste estudo, foi realizada a análise do grau com que cada característica é indicativa do diagnóstico, observando-se a frequência das características definidoras nos participantes do estudo e classificando-as em: características “principais”, para aquelas com frequência igual e superior a 80%; “secundárias”, para aquelas com frequência entre 79% e 51%; e características “pouco relevantes”, para aquelas com frequência igual ou abaixo de 50%. Também, fazendo um paralelo ao modelo utilizado por Fehring (1987) para validação de conteúdo diagnóstico, foi realizado o cálculo total do diagnóstico, que corresponde à somatória das médias de todas as características definidoras, com exceção daquelas com escore igual ou menor que 0,50, e divisão pelo número total de características.

Foram calculados ainda a especificidade, a sensibilidade e o valor preditivo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*, que foram obtidas por meio de tabelas de contingência, conforme sugere Fletcher, Fletcher e Wagner (1996) (exemplificado na tabela 13). Essas análises permitirão inferir sobre a capacidade da característica definidora de ser própria do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*.

Tabela 13 – Tabela binária para a determinação da sensibilidade, especificidade e valores preditivos das características definidoras de *Espiritualidade prejudicada*

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	<i>Espiritualidade prejudicada</i>	
	Presente	Ausente
Presente	a	b
Ausente	c	d

Em que:

$$\text{Sensibilidade} = \frac{a}{a+c}$$

$$\text{Especificidade} = \frac{d}{b+d}$$

$$\text{Valor preditivo } + = \frac{a}{a+b}$$

$$\text{Valor preditivo } - = \frac{d}{c+d}$$

a: verdadeiro positivo

b: falso positivo

c: falso negativo

d: verdadeiro positivo

Fonte: FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1996. p. 58-59

A sensibilidade é definida como a proporção de indivíduos com determinada doença que são identificados corretamente por determinado teste; indica o quão bom é um teste em identificar a doença em questão. A especificidade é descrita como a proporção de indivíduos sem a doença que são identificados corretamente pelo teste, indica o quão bom é um teste em identificar indivíduo sem a doença em questão (NEWMAN; BROWNER; CUMMINGS, 2003).

Para este estudo, apoiando-se nas considerações de Chang, Uman e Hirsch (1998), adotou-se como sensibilidade de uma característica definidora a porcentagem de pacientes com a referida característica, entre aqueles que, conforme próprio julgamento, apresentavam *Espiritualidade prejudicada*. A especificidade de uma característica definidora foi considerada a porcentagem de pacientes sem a referida característica, entre aqueles que, conforme próprio julgamento, não apresentavam *Espiritualidade prejudicada*.

O Valor Preditivo é a probabilidade de uma doença, dados os resultados de um

teste. Valor Preditivo Positivo (VPP) de um teste é a probabilidade da doença em um paciente com resultado positivo e Valor preditivo negativo (VPN) é a probabilidade de não ter a doença quando o resultado é negativo (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 2003). Assim, o VPP de cada característica foi usado para ajudar a prever qual a probabilidade de o paciente ter o diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* se uma determinada característica definidora estiver presente e o VPN foi usado para ajudar a prever qual a possibilidade de não se ter o diagnóstico se uma determinada característica definidora não estiver presente. No entanto, é importante destacar que a prevalência do diagnóstico em estudo irá exercer influência no cálculo do valor preditivo do teste (LÓPEZ, 2001).

5.3.2 Apresentação e discussão dos resultados obtidos na *Validação Clínica*

Os resultados ora apresentados e discutidos referem-se à identificação do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* nos pacientes portadores de IRC que participaram do estudo e a validação clínica de suas características definidoras.

5.3.2.1 Caracterização dos sujeitos

O estudo contou com a participação de 120 pacientes portadores de IRC submetidos à HD, cuja faixa etária variou de 22 a 84 anos, com média de idade de 53 anos (desvio padrão de 13,17). Outros estudos também verificaram média de idade semelhante em pacientes com IRC em tratamento hemodialítico (MACHADO et al., 2004; TERRA, 2007; YANG et al., 2005).

A prevalência de pessoas mais velhas nesse tipo tratamento pode ser explicada pelo crescimento da população idosa no Brasil e pelo aumento da expectativa de vida,

acompanhado também pelo aumento significativo de doenças crônicas nessa população (VORATO; TRUZZI; PARVARINI, 2004).

A população do presente estudo demonstrou ser homogênea em relação ao sexo e, em relação ao grau de escolaridade, prevaleceu o ensino fundamental incompleto (57,5%), sendo que somente 10% dos participantes completaram o ensino médio e apenas 5,8%, o ensino superior, o que confirma uma baixa escolaridade dos sujeitos (Tabela 14). Este resultado foi semelhante ao de Terra (2007), que avaliou a qualidade de vida de 30 pacientes com IRC em HD, no mesmo Município. O autor verificou que 80% dos participantes de seu estudo apresentavam baixa escolaridade, demonstrando a importância do investimento dos profissionais da saúde na educação desses pacientes para uma melhora no nível de saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

Além disso, uma relação positiva entre escolaridade e aspectos emocionais tem sido observada em portadores de IRC em HD, sugerindo que pacientes com maior escolaridade possuam recursos intelectuais para uma melhor adaptação às dificuldades enfrentadas pela doença e seu tratamento (CASTRO et al., 2003).

No que diz respeito ao estado civil, foi observado o predomínio de pacientes casados, o que corrobora com dados de outras publicações (SAUPE; BROCA, 2004; YANG et al., 2005). Aspecto que também tem sido considerado favorável em estudo visando identificar os modos de enfrentamento de pessoas com IRC, uma vez que foi constatado que a presença de um companheiro na vida dessa população pode contribuir para um melhor suporte social relacionado às complicações decorrentes da doença, do tratamento e de co-morbidades (BERTOLIN, 2007).

Com relação à renda familiar mensal, verificou-se que a metade da população (50%) tinha uma renda mensal igual ou inferior a três salários mínimos, enquanto 23,3% recebiam apenas um salário mínimo, demonstrando uma condição sócio-econômica muito

baixa (Tabela 14). O estudo de Terra (2007), citado anteriormente, também confirmou que pacientes com IRC apresentam uma renda familiar mensal baixa. O autor menciona que este é um importante fator de estresse emocional para a população, já que, além da dificuldade do portador de doença renal crônica desenvolver alguma atividade profissional remunerada, ainda existe aumento de gastos com medicamentos e alimentação especial, entre outras despesas.

Tabela 14 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo sexo, grau de escolaridade, estado civil e renda familiar mensal, Ribeirão Preto, 2008 (N=120)

VARIÁVEIS DE ESTUDO	Frequência	%
Sexo		
Feminino	61	50,8
Masculino	59	49,2
Escolaridade		
Nunca estudou	12	10,0
Fundamental incompleto	69	57,5
Fundamental completo	9	7,5
Ensino médio incompleto	6	5,0
Ensino médio completo	12	10,0
Ensino superior incompleto	4	3,3
Ensino superior completo	7	5,8
Pós - graduação completa	1	0,8
Estado civil		
Casado	63	52,5
Solteira	24	20,0
Divorciado	15	12,5
Viúvo	13	10,8
Outro	5	4,2
Renda familiar mensal		
Um salário mínimo	28	23,3
De 2 a 3 salários mínimos	60	50,0
Até 5 salários mínimos	16	13,3
De 5 a 10 salários mínimos	15	12,5
Acima de 10 salários mínimos	1	0,8

Ao questionar sobre atividade profissional atual, observou-se que 70 pacientes são aposentados; 28 dependem de *auxílio doença*¹⁴, 14 não desenvolvem nenhuma atividade remunerada e dependem da ajuda de familiares e apenas oito pacientes desempenham alguma atividade profissional, entre elas: comércio, direito, agricultura e atividade política. Para

¹⁴ Benefício concedido ao segurado impedido de trabalhar por doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos (BRASIL, s/d).

Borges e Martins (2001), essa diminuição da produtividade, comum ao portador de IRC, provoca um sentimento de inutilidade, como se o paciente estivesse privado de dar contribuições à vida e ao mundo; o que, muitas vezes, influencia na sua qualidade de vida.

Com referência ao Município onde residem os sujeitos estudados, 42 (35%) são da cidade sede do estudo e 78 (65%) moram em cidades circunvizinhas, cuja distância varia entre 30 e 150 Km da clínica de terapia renal substitutiva. Portanto, a maioria dos pacientes depende do transporte, oferecido pela prefeitura do Município de origem, para locomoção até o serviço de HD. Segundo Terra (2007), essa distância entre o serviço médico e a residência é uma das dificuldades enfrentadas para a realização da HD, pois além de aumentar o gasto de tempo com o tratamento, torna o paciente dependente do transporte oferecido pelo serviço público.

Em relação à crença religiosa, a maior parte dos sujeitos (79, 2%) mencionou ser católico, assim como a maioria da população brasileira (IBGE, 2003). A religião foi considerada importante ou muito importante para 75% dos participantes do estudo (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo as variáveis: tipo de crença religiosa e sua importância, Ribeirão Preto, 2008 (N=120)

VARIÁVEIS DE ESTUDO	Frequência	%
Crença religiosa		
Católico	95	79,2
Evangélico	15	12,5
Sem religião específica, mas acredita em Deus	3	2,5
Ateu	2	1,7
Espírita	2	1,7
Outro	3	2,5
Importância da religião na vida		
Muito importante	62	51,7
Importante	28	23,3
Um pouco importante	20	16,7
Não é importante	10	8,3

Ao serem questionados se praticam a crença religiosa, 87 pacientes (72,8%)

responderam que sim, 28 (23,3%) responderam que não participam das atividades religiosas relacionadas à sua crença e cinco pacientes (4,2%) não responderam esta pergunta, por não possuírem crença religiosa. Esses resultados também apóiam o estudo de Terra (2007), em que os 83,3% dos participantes informaram praticar sua religião, enquanto apenas 16,7%, responderam que não. Referido contexto leva a concluir que a religião e a espiritualidade desempenham um papel importante na vida desses pacientes.

No que diz respeito ao tempo de descoberta da doença e de tratamento em HD (Tabela 16), neste estudo foi observado média de sete anos e seis meses de descoberta da doença e de quatro anos e oito meses de tratamento hemodialítico. Alguns pacientes faziam tratamento há 18 anos e apresentavam a doença há 38 anos, outros tinham apenas dois meses de descoberta da doença e um mês de tratamento. Apesar da grande variação no tempo de descoberta da IRC e da HD entre os pacientes, parte deles convive com a doença há muito tempo, assumindo uma árdua rotina imposta pelo tratamento.

Tabela 16 - Distribuição dos participantes do estudo, segundo o tempo de descoberta da doença e tempo de tratamento, gerados em meses, Ribeirão Preto, 2008 (N=120)

VARIÁVEIS DE ESTUDO	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Tempo de tratamento em HD	57,4	45	49,7	1	216
Tempo de descoberta da doença	90,7	66	82,4	2	456

Para Bertolin (2007), quanto maior o tempo de HD, maior o uso de modos de enfrentamento da doença, como: autocontrole, reavaliação positiva e aceitação das responsabilidades, isso porque tem sido percebido que, com o tempo, aumenta o número de estressores, sejam psicossociais ou fisiológicos. Também Batista et al. (2007) verificaram que quanto maior o tempo de HD, menor é a qualidade de vida, em seu componente de saúde física. Esses autores consideraram também que, com o passar do tempo, é observado um maior conformismo do paciente em relação ao tratamento.

Almeida (2003) coloca que o início do tratamento é para o paciente portador de IRC a fase mais difícil. Entretanto, no presente estudo, não foi observada diferença estatisticamente significativa em relação ao tempo de tratamento ($p=0,646$) ou tempo da descoberta da doença ($p=0,379$) e a presença do diagnóstico de *Espiritualidade prejudicada* na população estudada. Também não foi observada significância em qualquer um dos testes estatísticos realizados para: estado civil ($p=0,341$), escolaridade ($p=0,123$), prática da religião ($p=0,067$) e importância da religião ($p=0,078$).

A variável mais próxima da significância foi a prática da religião, em que a proporção dos pacientes com *Espiritualidade prejudicada* que praticam religião (21,8%) é menor do que dos pacientes que não praticam (39,3%). Também, a importância da religião foi próxima à significância, mas a proporção de pacientes com *Espiritualidade prejudicada* não variou com a sua intensidade.

5.3.2.2 Identificação do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* em pacientes portadores de IRC em HD

Na enfermagem, pesquisas nacionais têm chamado atenção para os diversos problemas físicos, sociais e emocionais enfrentados por pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico (BERTOLIN, 2007; BRASIL; SCHWARTZ, 2005; DYNIEWICZ; ZANELLA; KOBUS, 2004; LIMA; CRUZ, 2008; SOUZA; MARTINO; LOPES, 2007; TERRA, 2007). Entretanto, as questões espirituais têm sido pouco abordadas.

Este estudo encontrou que 25,8% a 35,8% dos pacientes investigados, considerando os diferentes critérios adotados, possuem o diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* (Tabela 17). A relevância desses resultados está no fato de esse grupo de pacientes apresentar importante conflito na dimensão espiritual, o que pode comprometer a capacidade de lidar com a doença renal, interferindo nos desfechos positivos

do tratamento, além de agravar também sintomas físicos e emocionais (GRANT et al., 2004; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

Tabela 17 – Distribuição da frequência do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* nos participantes do estudo, segundo os critérios estabelecidos, Ribeirão Preto, 2008 (N=120)

CRITÉRIOS ESTABELECIDOS	Presença <i>Espiritualidade prejudicada</i>			
	Sim		Não	
	Frequência	%	Frequência	%
Opinião do enfermeiro	31	25,8	89	74,2
Opinião do paciente	33	27,5	87	72,5
Sub-escala de Esperança/Otimismo (Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro)	40	33,3	80	66,7
Sub-escala de Bem-estar Existencial (Escala de Bem-estar Espiritual)	43	35,8	77	64,1

A importância dos diagnósticos de enfermagem voltados à dimensão espiritual de pacientes com doença grave foi abordada também por Pimenta e Cruz (1994), que realizaram um estudo com o objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem apresentados por pacientes com câncer em tratamento ambulatorial de dor. Entre os resultados, observaram que 70% dos pacientes apegavam-se às práticas religiosas, como: rezar, ir à missa, participar de grupos religiosos, conversar com Deus, entre outras, como estratégias para enfrentar o sofrimento e a dor. Os autores apontaram para a relevância de estudos sobre os diagnósticos de enfermagem que refletem as necessidades espirituais dos pacientes.

Certamente, a investigação espiritual é o primeiro passo para incorporar a espiritualidade no cuidado sistematizado ao paciente com IRC e identificar os diagnósticos voltados a esta dimensão, o que possibilitará ao enfermeiro estabelecer um plano de cuidados que possa suprir as necessidades espirituais desses pacientes.

Pierce (2004) completa que uma avaliação espiritual adequada permite aos profissionais da saúde identificar, além das necessidades espirituais, os recursos de enfrentamento de um paciente, tornando-se uma ferramenta útil no diagnóstico do sofrimento

e da crise espiritual.

No presente estudo, um olhar sobre os diversos critérios utilizados para a avaliação da *Espiritualidade prejudicada* indica pouca variação entre os dados obtidos (Tabela 17), o que contribui para a credibilidade desses resultados e também aponta para diferentes possibilidades de investigação da espiritualidade na prática clínica.

A seguir serão discutidos os resultados obtidos nos diferentes critérios de avaliação da espiritualidade prejudicada, bem como a concordância entre os mesmos.

Avaliação da *Espiritualidade prejudicada* pelo paciente

De acordo com a opinião do próprio paciente, 33 deles apresentavam *Espiritualidade prejudicada* e, como mencionado anteriormente, este foi o critério de “referência” para a avaliação do diagnóstico. A concordância entre este e os demais critérios, verificada por meio do índice de concordância de Kappa, como será descrito a seguir, fortaleceu tal escolha.

Também Grant et al. (2004), em um estudo sobre as perspectivas espirituais de pacientes com câncer avançado e doença não-maligna, confirmam que o paciente não só tem condições de reconhecer suas necessidades espirituais, como também identificar o sofrimento espiritual.

Todavia, muitos pacientes relutam em falar do seu sentimento em relação à espiritualidade com o profissional de saúde, por medo de serem estigmatizados ou ainda pela falta de interesse da equipe (LOH, 2004). Por isso, torna-se importante o estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro-paciente e o estabelecimento de técnicas de comunicação adequadas.

Neste estudo o enfermeiro apresentou-se aberto para a opinião do paciente sobre sua espiritualidade, valorizando seu julgamento e permitindo-o expressar sua experiência

espiritual da forma como estava sendo compreendida naquele momento. A entrevista foi centrada em uma resposta pessoal à dimensão espiritual, portanto, em várias ocasiões, sentimentos e emoções foram expressos ou descritos pelos pacientes.

Avaliação da *Espiritualidade prejudicada* pelos enfermeiros

A avaliação diagnóstica desenvolvida separadamente pelos dois enfermeiros não apresentou divergência entre ambos e obteve um coeficiente de concordância “perfeito” ($K=0,92$) com a opinião do próprio paciente quanto à presença do diagnóstico, sendo observados 96,7% de concordância. Ou seja, entre os 31 pacientes diagnosticados com *Espiritualidade prejudicada* pelo enfermeiro, 30 deles também concluíram possuir o diagnóstico (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição da frequência do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* nos participantes do estudo, segundo a opinião do paciente e do enfermeiro, Ribeirão Preto, 2008

OPINIÃO DO PACIENTE		Opinião do Enfermeiro		Total
		Presença	Ausência	
Presença	Frequência	30	3	33
	%	96,3	3,4	27,5
Ausência	Frequência	1	86	87
	%	3,2	96,6	72,5
Total	Frequência	31	89	120
	%	100	100	100

Kappa:0,92, $p<0,001$

Portanto, é possível deduzir que a interpretação do enfermeiro quanto à presença do diagnóstico foi apoiada pela avaliação do paciente. Diferentemente destes resultados, Highfield e Cason (1983) realizaram um estudo descritivo, com o objetivo de identificar a percepção de 35 enfermeiros, com especialidade clínica e cirúrgica, sobre a saúde espiritual e os sinais de problemas espirituais de seus pacientes. Os resultados demonstraram que os

enfermeiros tinham uma consciência limitada sobre essas variáveis, uma vez que apenas sinais relacionados às crenças foram identificados.

Outro estudo realizado por Kristeller, Zumbrun e Schilling (1999), com o objetivo de investigar como o cuidado espiritual era provido pelos membros da equipe de oncologia, mostrou que tanto médicos como enfermeiros se sentem responsáveis por este cuidado, contudo, ambos dão pouca atenção ao mesmo, em face de outras prioridades. Os autores concluem que a angústia espiritual experimentada por pacientes com câncer não é direcionada pela equipe devido à incerteza do papel no cuidado espiritual e pela falta de confiança na eficácia desse cuidado.

Seguramente, motivados pelo estudo, os enfermeiros desta pesquisa estavam empenhados em construir seu conhecimento sobre os diagnósticos de enfermagem voltados à dimensão espiritual e, portanto, estavam predispostos a gerenciar as informações sobre a espiritualidade dos pacientes. Porém, Pesut (2008) considera que a espiritualidade é uma área negligenciada pela enfermagem e, por sua vez, os enfermeiros não estão preparados para o cuidado espiritual.

Cavendish et al. (2000) afirmaram que o método tradicional de suporte espiritual consistia em ter um capelão ou religioso disponível, porém hoje o enfermeiro pode oferecer um cuidado espiritual sistematizado, por meio da investigação e avaliação das respostas humanas a essa dimensão. Embora, entre as razões para omissão do cuidado espiritual, esteja a consideração do tema como pouco científico e a falta de formação para assistência espiritual (DAVIS, 2005; KOSLANDER; ARVIDSSON, 2005; LUNDMARK, 2006; MOHR, 2006; VILLAGOMEGA, 2005), deve ser reconhecido que a Taxonomia II da NANDA tem contemplado o fenômeno e que, por sua vez, esse sistema de classificação permite direcionar o foco do processo de enfermagem, facilitando a tomada de decisão sobre o cuidado.

Na prática, o contato constante do enfermeiro com o paciente, durante o período

de HD, coloca-o em uma posição favorável para a investigação, o diagnóstico e o planejamento do cuidado espiritual (TANYI et al., 2006). Por sua vez, o enfermeiro tem o compromisso de estabelecer as necessidades espirituais desses pacientes, oferecendo condições para que possam enfrentar as situações difíceis, provocadas pela doença renal.

Nesta pesquisa, o julgamento clínico dos enfermeiros foi conduzido pelas características definidoras, estabelecidas e validadas nas demais etapas do estudo. Logo, é possível inferir que essas evidências foram favoráveis na identificação do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*. Ademais, considera-se que o direcionamento promovido pelas características investigadas poderá favorecer a avaliação da espiritualidade de portadores de IRC em HD, uma vez que este critério demonstrou coerência com a avaliação do próprio paciente.

Avaliação da *Espiritualidade prejudicada* por meio da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro

A Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro apresentou α Cronbach global de 0,81, sendo 0,71 e 0,68, para os construtos Crença e Esperança/Otimismo, respectivamente. Tais dados demonstram expressiva consistência interna, com valores superiores àqueles obtidos, inclusive, na construção da escala, cujo α Cronbach global foi de 0,74 (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007) e também na validação da escala na população brasileira, realizada por Chaves et al. (2008b)¹⁵, em que o α Cronbach global de 0,64 foi obtido junto a pacientes com IRC, também em HD, similarmente ao do presente estudo.

Os resultados obtidos pelo emprego da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro demonstraram diferenças estatisticamente significantes entre os sujeitos com e sem *Espiritualidade prejudicada*, confirmando baixa espiritualidade nos pacientes com diagnóstico (Tabela 19).

¹⁵ CHAVES, E. C. L. et al. Validação da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro em pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise (Submetido à avaliação ao periódico *Enfermagem Atual*, Rio de Janeiro, julho de 2008b).

Tabela 19 – Distribuição dos sujeitos com e sem *Espiritualidade prejudicada*, segundo os escores obtidos na Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro, Ribeirão Preto, 2008 (N=120)

OPINIÃO DO PACIENTE SOBRE A PRESENÇA DO DIAGNÓSTICO	Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro	
	Sub-escala Esperança/otimismo	Sub-escala de Crença
Presente (n=33)		
Mediana	5	7
Mínimo	3	2
Máximo	10	8
Ausente (n=87)		
Mediana	9	8
Mínimo	5	2
Máximo	12	8
p*	<0,001	<0,001

*Mann-Whitney

Para muitos pacientes, os conflitos na espiritualidade podem estar relacionados não só à presença da doença crônica, mas também aos problemas enfrentados durante seu tratamento. McGrath (2002), ao realizar um estudo qualitativo baseado em uma entrevista com 12 pessoas que sobreviveram ao câncer, observou que as dificuldades e os desafios vivenciados em decorrência de tratamentos invasivos podem exacerbar a dor espiritual. Para os indivíduos com doença crônica e que se submetem a tratamentos agressivos, a espiritualidade pode ser uma importante forma de enfrentamento da doença; contudo, um desequilíbrio nessa dimensão pode resultar no sofrimento espiritual que, por sua vez, cria um vazio que desafia a habilidade individual de buscar o significado dessa experiência. Para Kearney e Mount (2000), as questões espirituais são centrais na crise existencial decorrente da doença grave.

A análise de concordância entre a dimensão horizontal (Esperança/Otimismo) da Escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro e a opinião do paciente sobre a presença do diagnóstico demonstrou um valor de Kappa de 0,71, com 87,5% de concordância; ou seja, uma “concordância substancial”. Assim, por meio da escala foi possível identificar 29 entre os 33 pacientes que afirmaram possuir o diagnóstico em estudo (Tabela 20).

Tabela 20 – Distribuição da frequência do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* nos participantes do estudo, segundo a opinião do paciente e os escores obtidos na sub-escala de Esperança/Otimismo da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro, Ribeirão Preto, 2008

OPINIÃO DO PACIENTE		Sub-escala de Esperança/Otimismo		Total
		Presença	Ausência	
Presença	Frequência	29	4	33
	%	72,5	5,0	27,5
Ausência	Frequência	11	76	87
	%	27,5	95,0	72,5
Total	Frequência	40	80	120
	%	100	100	100

Kappa: 0,71, $p < 0,001$

Portanto, a dimensão Esperança/Otimismo da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro demonstrou ser adequada na avaliação da *Espiritualidade prejudicada*; o que apóia o estudo de Pinto e Pais-Ribeiro (2007), que aponta para a relevância da sub-dimensão Esperança/Otimismo na investigação da espiritualidade em pacientes com doença crônica.

Avaliação da *Espiritualidade prejudicada* por meio da Escala de Bem-estar Espiritual

A Escala de Bem-estar Espiritual apresentou α de Cronbach global de 0,93 e de respectivamente, 0,88 e 0,93 nas sub-escalas de Bem-estar Existencial e Bem-estar Religioso. Tais resultados indicam um alto índice de consistência interna, concordante com índice geral de confiabilidade de 0,92, obtido no estudo brasileiro de Marques (2000) e de 0,89 alcançado por Paloutzian e Ellison (1982) na construção da escala.

Para a escala em consideração, Paulotzian e Ellison (1982) sugerem o estabelecimento de uma pontuação de corte com os intervalos de 20 a 40 para bem-estar espiritual baixo, 41 a 99 para moderado e 100 a 120 para alto. Nas duas sub-escalas, de bem-estar religioso e existencial, os intervalos são 10 a 20, 21 a 49 e 50 a 60 pontos, para baixo, moderado e alto, respectivamente. Os escores altos são considerados como bem-estar

espiritual *positivo* e os escores baixos e moderados como bem-estar espiritual *negativo* (GASTAUD et al., 2006; VOLCAN et al., 2003).

No presente estudo, os escores obtidos na escala de Bem-estar Espiritual para os pacientes com o diagnóstico *Espiritualidade prejudicada* foram inferiores àqueles obtidos pelos indivíduos sem diagnóstico, demonstrando diferença estatisticamente significativa entre ambos os grupos de pacientes e confirmando a existência de bem-estar espiritual e existencial negativo para o primeiro grupo (Tabela 21).

Tabela 21 – Distribuição dos sujeitos com e sem *Espiritualidade prejudicada* segundo os escores obtidos na Escala de Bem-estar Espiritual, Ribeirão Preto, 2008 (N=120)

OPINIÃO DO PACIENTE SOBRE A PRESENÇA DO DIAGNÓSTICO	Escala de Bem-Estar Espiritual	
	Bem-estar Existencial	Bem-estar Religioso
Presente (n=33)		
Mediana	44	58
Mínimo	25	21
Máximo	60	60
Ausente (n=87)		
Mediana	55	59
Mínimo	32	28
Máximo	60	60
p*	<0,001	<0,001

*Mann-Whitney

O bem-estar espiritual significa em que medida ocorre a abertura da pessoa para a dimensão espiritual que permite a integração da espiritualidade com as outras dimensões da vida, maximizando seu potencial de crescimento e auto-realização (MARQUES, 2000). Este estudo revelou que pacientes que apresentavam escores inferiores de bem-estar espiritual também tendiam a apresentar *Espiritualidade prejudicada*.

McClain, Rosenfeld e Breitbart (2003) avaliaram a relação entre bem-estar espiritual, depressão e desespero perante a morte em 160 pacientes em cuidados paliativos. Os resultados do estudo mostraram que o bem-estar espiritual se correlaciona fortemente com desespero perante o fim da vida, com o desejo de morte e com a idéia de suicídio,

contribuindo com o sentimento de desesperança. Segundo os autores, devido aos efeitos psicológicos comuns diante da morte iminente, manter ou desenvolver um senso de bem-estar espiritual pode ser crucial no enfrentamento da doença terminal. Concluíram que a investigação do efeito da espiritualidade é necessária para estabelecer que métodos possam ajudar a gerar um sentimento de paz e de significado diante da doença grave.

Também Tanyi e Werner (2003) utilizaram a Escala de Bem-estar Espiritual em um estudo com o objetivo de avaliar a relação entre bem-estar espiritual, ajustamento e auto-percepção de saúde para 65 mulheres portadoras de IRC em HD. Os autores observaram uma relação positiva e significativa entre bem-estar espiritual e as demais variáveis de estudo.

A análise da concordância entre os escores obtidos na Sub-escala de Bem-estar Existencial e a opinião do paciente com IRC em HD, sobre a presença da *Espiritualidade prejudicada*, evidenciou um valor de Kappa de 0,62, com 83,3% de concordância, ou seja, uma “concordância substancial”. Portanto, por meio dessa escala, foi possível identificar 28 entre os 33 pacientes que concluíram possuir o diagnóstico em estudo (Tabela 22).

Tabela 22 – Distribuição da frequência do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* nos participantes do estudo, segundo a opinião do paciente e os escores obtidos na sub-escala de Bem-estar Existencial da Escala de Bem-estar Espiritual, Ribeirão Preto, 2008 (N=120)

OPINIÃO DO PACIENTE		Sub-escala de Bem-estar Existencial		Total
		Presença	Ausência	
Presença	Frequência	28	5	33
	%	65,1	6,5	27,5
Ausência	Frequência	15	72	87
	%	34,9	93,5	72,5
Total	Frequência	43	77	120
	%	100	100	100

Kappa:0,62, p <0,001

Tais resultados apontam para a pertinência da Sub-escala de Bem-estar Existencial da Escala de Bem-estar Espiritual na avaliação da *Espiritualidade prejudicada*,

apoiando o estudo de Ellerhorst-Ryan (1985), que identifica a escala como apropriada para a investigação do diagnóstico em estudo.

Enfim, conclui-se que a análise de concordância entre os critérios estabelecidos para a identificação do diagnóstico apresentou-se satisfatória, de acordo com o referencial Kappa adotado. E, apesar de não ter sido encontrado na literatura, nenhum instrumento de avaliação de diagnósticos de enfermagem voltado para a dimensão espiritual, os resultados deste estudo revelam a importância da opinião do paciente sobre sua espiritualidade. Também confirmam a necessidade de o enfermeiro contar com um grupo de características definidoras que possa representar, de forma autêntica, as manifestações clínicas do paciente, para a avaliação do diagnóstico. Do mesmo modo, o uso de diferentes técnicas para a avaliação do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*, no ambiente clínico, demonstrou ser favorável ao processo de formulação do diagnóstico.

5.3.2.3 Prevalência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*

As 21 características definidoras propostas para o diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* foram observadas nos sujeitos do estudo. As mais prevalentes foram: *É incapaz de expressar criatividade* (68,3%) e *Solicita assistência espiritual* (50%). As demais ocorreram em menos de 45% dos sujeitos. Contudo, cabe lembrar que a frequência do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* foi de 27,5%, identificada conforme opinião do próprio paciente. Portanto, é necessário considerar a distribuição de tais características dentre os sujeitos com e sem o diagnóstico. Nesse sentido, os participantes do estudo foram divididos em dois grupos: GRUPO A, constituído pelos pacientes que afirmaram possuir o diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* (n=33) e GRUPO B, composto pelos pacientes que asseguraram não apresentar o diagnóstico (n=87).

Assim, com objetivo de discriminar os indicadores clínicos do diagnóstico enfermagem *Espiritualidade prejudicada*, as características definidoras foram investigadas nos dois grupos de pacientes, uma vez que tais evidências nem sempre estão condicionadas à presença de um ou mais diagnósticos de enfermagem.

Frequência das características definidoras no GRUPO A

Como observado na etapa de *Validação por Especialistas*, a atribuição de pesos a uma característica permite sua classificação em: características “principais”, para aquelas com peso igual ou superior a 0,80, “secundárias”, para aquelas com pesos entre 0,51 e 0,79 e características “pouco relevantes” ao diagnóstico, para aquelas com pesos iguais ou abaixo de 0,50. Também nesta etapa, as características definidoras foram identificadas com tal classificação, considerando a frequência com que se apresentaram no grupo de pacientes com o diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*.

Das 21 características definidoras investigadas pelo Roteiro de Avaliação da *Espiritualidade prejudicada*, 15 foram identificadas na maioria dos pacientes que apresentavam o diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* e seis foram percebidas com frequência entre 15,2 a 48,5% (Tabela 23).

Quatro características obtiveram frequência acima de 80% e foram classificadas como indicadores principais do diagnóstico, são elas: *Expressa alteração de comportamento: raiva, É incapaz de expressar criatividade, Questiona sofrimento e Expressa alienação* (Tabela 23).

Tabela 23 – Distribuição da frequência (f) das características definidoras de *Espiritualidade prejudicada* nos pacientes com IRC em HD que apresentaram o diagnóstico, Ribeirão Preto, 2008 (n=33)

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Presente		Ausente	
	f	%	f	%
Expressa alteração de comportamento: raiva	29	87,9	4	12,1
É incapaz de expressar criatividade	29	87,9	4	12,1
Expressa alienação	28	84,8	5	15,2
Questiona sofrimento	27	81,8	6	18,2
Sente-se abandonado	25	75,8	8	24,2
Expressa falta de serenidade	25	75,8	8	24,2
Sentimento de temporalidade	24	72,7	9	27,3
Expressa falta de esperança	22	66,7	11	33,3
Expressa alteração de comportamento: choro	22	66,7	11	33,3
Expressa sentimento de culpa	21	63,6	12	36,4
Recusa integrar-se com pessoas significativas	21	63,6	12	36,4
Expressa falta de significado/propósito na vida	19	57,6	14	42,4
Expressa falta de coragem	19	57,6	14	42,4
Solicita assistência espiritual	18	54,5	15	45,5
Sentimento de pesar	17	51,5	16	48,5
Expressa falta de amor	16	48,5	17	51,5
Expressa desespero	16	48,5	17	51,5
Não se interessa pela natureza	15	45,5	18	54,5
Apresenta distúrbio ou insatisfação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus	9	27,3	24	72,7
Expressa raiva de Deus	7	21,2	26	78,8
É incapaz de experimentar transcendência	5	15,2	28	84,8

A característica *Expressa alteração de comportamento: raiva* foi investigada com o seguinte questionamento: Você sente raiva ou aborrecido por algum motivo? Dos 33 pacientes que apresentavam o diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*, 87,9% afirmaram apresentar este comportamento, o que reforça o entendimento de que se trata de um importante indicador clínico do diagnóstico. Também Murata (2003), em seu estudo sobre a dor e o cuidado espiritual em pacientes com câncer terminal, considera que o sofrimento espiritual pode ser expresso, de forma verbal ou não, pela irritação ou raiva. Todavia, para Carpenito-Moyet (2007) “raiva” é uma característica definidora considerada “menor”, ou seja, que pode estar presente, mas não necessariamente está, quando o indivíduo apresenta o diagnóstico.

A característica *É incapaz de expressar criatividade* também foi muito freqüente entre os indivíduos que apresentavam *Espiritualidade prejudicada*. Trata-se de uma característica proposta pela NANDA ao diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* desde 2002, mas que ainda não havia sido submetida à validação clínica. Aqui, foi questionado ao paciente se ele se sentia menos criativo e por isso se achava incapaz de realizar as atividades que antes eram prazerosas. Como resultado, foi observado que 87,9% dos indivíduos que apresentavam o diagnóstico se achavam incapazes de realizar tais atividades. Segundo Huf (1999) a pessoa angustiada, devido ao sofrimento, centraliza a sua atenção em si mesma e o seu conteúdo de vida se encontra limitado pelo seu mundo interno. Tal condição incapacita a pessoa de perceber os valores que existem no mundo externo.

Por meio da questão “Você tem experimentado um sentimento de vazio ou apatia?” foi investigada a característica definidora *Expressa alienação*, que pode ser compreendida como uma experiência de solidão não preenchida por outro relacionamento humano (LABUN, 1988).

Embora Carpenito-Moyet (2007) descreva a “sensação de vazio espiritual” como uma característica definidora secundária; neste estudo, a característica *Expressa alienação* foi considerada como um dos principais indicadores de *Espiritualidade prejudicada*, já que apresentou freqüência de 84,8% nos sujeitos que possuíam o diagnóstico em estudo. Este resultado corroborou com os achados de Williams (2006), que desenvolveu uma revisão sistemática da literatura, incluindo estudos realizados de 1966 a 2006, sobre a perspectiva espiritual de pacientes adultos com doenças terminais. Com uma amostra de 11 artigos, representando coletivamente os dados de 217 adultos, destacou que o sentimento de alienação é um importante aspecto do sofrimento espiritual.

A característica *Questiona sofrimento* foi identificada em 81,8% dos pacientes com *Espiritualidade prejudicada*, demonstrando ser uma característica importante para o

diagnóstico. Outros estudos têm confirmado que questionamentos do tipo “Por que isto foi acontecer comigo?” “Por que eu?” “Será que eu mereço?” são expressões comumente manifestadas por pacientes que apresentam o diagnóstico de enfermagem em estudo (GEORGESEN; DUNGAN, 1996; SUMNER, 1998). Também Grant et al. (2004), com o objetivo de identificar as necessidades espirituais de indivíduos com câncer, observaram que esses pacientes tinham dificuldade de interpretar o significado da doença, diminuindo sua capacidade de controlar o que estava acontecendo e alimentando o sofrimento.

Para o grupo de pacientes portadores de IRC em HD que possuem o diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*, 11 características definidoras foram consideradas secundárias por apresentar frequência entre 79 e 51% (Tabela 23).

A característica *Sente-se abandonado* esteve presente em 75,8% dos pacientes com *Espiritualidade prejudicada*. McGrath (2002), com objetivo de explorar a linguagem utilizada para descrever “dor espiritual”, realizou uma pesquisa qualitativa com 12 indivíduos sobreviventes de doença hematológica maligna. O autor observou relatos sobre o sentimento de abandono de todos participantes. O que também foi observado em um estudo de caso com paciente portador de câncer em fase terminal (GALLAGHER, 2002).

A característica definidora *Expressa falta de serenidade* esteve presente em 75,8% da amostra de pacientes portadores de IRC com *Espiritualidade prejudicada*. No estudo de validação de conteúdo realizado por McHolm (1991), esse indicador clínico foi identificado como “característica maior” do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*. McEwen (2005) também confirma que agitação é um sinal não-verbal indicativo de que as necessidades espirituais do paciente não foram supridas.

A característica definidora *Sentimento de temporalidade* foi incluída no estudo por sugestão elaborada na etapa de validação por especialista e demonstrou ser um indicador secundário do diagnóstico *Espiritualidade prejudicada*, uma vez que 72,7% da amostra

afirmaram apresentar esta característica. Também no estudo de Hisayuki Murata (2003) o sentimento de temporalidade foi relacionado à dor espiritual de pacientes com câncer terminal, sendo considerado que a proximidade da morte não significava apenas o fim da vida, mas a privação do futuro.

A *Falta de esperança* esteve presente em 66,7% dos pacientes portadores de IRC que apresentavam o diagnóstico em estudo. Segundo Narayanasamy (2004), a pessoa que experimenta a *Angústia espiritual* demonstra falta de esperança porque não enxerga uma saída para seu problema.

Newshan (1998), examinando os aspectos espirituais da dor em pessoas com AIDS e/ou câncer, observou que o sentimento de esperança envolve o domínio espiritual, podendo indicar saúde ou angústia espiritual, uma vez que reside no futuro e nas ações contida nele. Para o autor, reprimir seus próprios sentimentos, deixando de questionar e apostar em resultados positivos, são formas de manifestar a falta de esperança.

A característica *Expressa alteração de comportamento: choro* foi identificada em 66,7% da amostra estudada e também foi manifestada por muitos dos pacientes durante a entrevista. Para Narayanasamy (2004), o choro é um exemplo de manifestação do sofrimento espiritual que também pode ser entendida como um pedido de ajuda. No estudo de Van Dover e Bacon (2001), utilizando-se uma metodologia qualitativa, são apresentadas situações clínicas que envolvem a expressão de choro e lamentação e foram avaliadas por enfermeiros como importantes dicas de *Angústia espiritual*. Também Fulton e Moore (1995), em uma pesquisa sobre cuidado espiritual a crianças com doenças crônicas, demonstraram que o choro é um significativo sinal de *Angústia espiritual*. Contudo, esta característica definidora não foi contemplada pela NANDA (2006).

Expressa sentimento de culpa é uma característica definidora observada em 63,6% dos pacientes portadores de IRC com o diagnóstico de *Espiritualidade prejudicada*.

Narayanasamy (2004) considera que a pessoa que experimenta a *Angústia espiritual* demonstra sentimento de culpa e necessita de uma oportunidade para ser perdoada. A culpa pode ser compreendida como uma manifestação de remorso ou dúvida acerca da forma com que a vida foi vivida, ou seja, a percepção de que falhou em viver o que idealizava (LABUN, 1988). A percepção de “falha” é descrita no estudo de Smucker (1996) como um sentimento de desconexão, que pode representar uma sensação de “destruição”. Também no estudo de Highfield e Cason (1983), a expressão do sentimento de culpa é considerada um sinal de problema espiritual.

A característica *Recusa integrar-se com pessoas significativas* foi identificada por 63,6% dos pacientes portadores de IRC em HD que apresentavam *Espiritualidade prejudicada*. As expressões de atitude negativa em relação ao conforto oferecido por outras pessoas têm sido considerado uma das manifestações mais comuns de alteração na integridade espiritual do indivíduo (GREENSTREET, 1999; HIGHFIELD; CASON, 1983; LABUN, 1988). Loh (2004), em um estudo de caso com paciente portadora de câncer terminal, relaciona a relutância da paciente em receber a visita dos filhos com a manifestação da *Angústia espiritual*.

Não obstante, Cressey e Winbolt-Lewis (2000) consideram que o isolamento e a ausência de relacionamentos importantes podem prejudicar a confiança de uma pessoa, acarretando mais sofrimento espiritual. Daí a importância de o enfermeiro identificar a manifestação deste comportamento, para evitar que haja agravamento na condição espiritual do paciente.

Expressa falta de significado/propósito na vida apresentou uma frequência de 57,6%, demonstrando ser uma característica secundária de *Espiritualidade prejudicada* para o grupo de pacientes com IRC em HD que apresentava o diagnóstico. Entretanto, esta característica tem sido identificada na literatura como um dos principais indicadores clínicos

do diagnóstico de enfermagem em estudo, uma vez que foi classificada como uma característica principal em outras pesquisas destinadas a validação de conteúdo diagnóstico (HENSLEY, 1992; TWIBELL et al., 1996).

A característica definidora *Expressa de falta coragem* também apresentou uma frequência de 57,6% na amostra selecionada. Narayanasamy (2004) considera que a confiança é um elemento essencial para a saúde e o bem-estar espiritual, portanto o paciente com *Espiritualidade prejudicada* necessita buscar coragem e confiança para lidar com o problema. No estudo de Highfield e Cason (1983) a expressão de “medo” é apresentada como sinal de aflição espiritual e pode estar relacionado ao diagnóstico médico, à terapia, à perda do controle e à dependência.

Neste estudo, a característica definidora *Solicita assistência espiritual* apresentou uma frequência de 54,5% nos pacientes portadores de IRC com *Espiritualidade prejudicada*. Thieffrey (1992) relata que a solicitação de assistência espiritual pode ocorrer durante a doença grave como a expressão de necessidade espiritual e pode ser o reconhecimento do sofrimento espiritual. Greenstreet (1999) identifica que reconhecer a necessidade do paciente da assistência de um conselheiro espiritual é uma das importantes habilidades do enfermeiro para lidar com a *Angústia espiritual*.

A característica definidora *Sentimento de pesar* não está incluída na lista de características definidoras proposta pela NANDA (2006) ao diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, apesar de ter sido validada em outros estudos (GEORGESSEN; DUNGAN, 1996; HENSLEY, 1992; PEHLER, 1997; SUMNER, 1998). Nesta pesquisa, 51,5% da amostra afirmou apresentar *sentimento de pesar*.

Cressey e Winbolt-Lewis (2000) relatam que muitos pacientes, quando sofrem a perda da saúde, especialmente no caso de uma doença grave, experimentam um sentimento de pesar, que pode ou não ocorrer no momento em que o diagnóstico médico é identificado ou

durante o convívio da doença. No estudo de caso apresentado por Georgesen e Dungan (1996), o diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* foi confirmado, principalmente, pela presença do sentimento de pesar, identificado em todos os pacientes com dor, moderada ou severa, relacionada ao câncer. Também no estudo de Grant et al. (2004) as necessidades espirituais de pacientes que receberam o diagnóstico de câncer estavam relacionadas à preocupação com a morte.

Fehring (1986) sugere que características definidoras com escore menor ou igual a 0,50 sejam descartadas. No presente estudo, seis características obtiveram frequência abaixo de 50% e foram consideradas pouco relevantes ao diagnóstico *Espiritualidade prejudicada*, a saber: *Expressa falta de amor* (48,5%), *Expressa desespero* (48,5%), *Não se interessa pela natureza* (45,5%), *Apresenta distúrbio ou insatisfação com o sistema de crenças* (27,3%), *Expressa raiva de Deus* (21,2%) e *É incapaz de experimentar transcendência* (15,2%) (Tabela 23).

Entre tais características, *É incapaz de experimentar transcendência* foi validada no estudo de Smucker (1996) que, utilizando o método qualitativo com o objetivo de descrever o fenômeno *Angústia espiritual*, observou que os participantes experimentavam uma sensação de algo além do físico, que descrevia tanto uma fase de sofrimento quanto de crescimento espiritual. Ainda, Marques (2000) sugere que muito do mal-estar psicológico decorre da não-transcendência, do fato de a pessoa estar presa a resultados, performances, regras e limites auto-impostos.

Ainda, a característica *Apresenta distúrbio ou insatisfação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus*, descrito por Carpenito-Moyet (2007) como “distúrbio no sistema de crenças”, é considerado, pela autora, como uma das principais características do diagnóstico em estudo; porém tal relevância não foi observada nesta etapa de validação. Frente a tais aspectos, essa característica definidora merece novos estudos, assim como os demais

indicadores clínicos que foram pouco observados na população investigada.

Cabe ressaltar que, dentre as características definidoras apresentadas pela NANDA (2006) e mantidas, no presente estudo, tal como propostas nessa taxonomia, foram consideradas pouco relevantes à *Espiritualidade prejudicada* apenas: *Expressa raiva de Deus*, *Expressa falta de amor* e *Não se interessa pela natureza*. Já entre as características modificadas ou agrupadas para melhor representação dos conceitos oriundos da literatura, foram consideradas pouco relevantes ao diagnóstico em questão, as seguintes: *Apresenta distúrbio ou insatisfação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus*, *É incapaz de experimentar transcendência* e *Expressa desespero*. Portanto, consideram-se validadas as demais características definidoras propostas pela NANDA (2006) ao diagnóstico estudado e que na presente pesquisa foram mantidas conforme a taxonomia ou modificadas para análise.

Por fim, foi realizado o cálculo do escore total do diagnóstico, tal como proposto por Fehring (1986) no modelo de validação de conteúdo, que consiste na somatória das médias de todas as características definidoras, com exceção daquelas com escore menor que 0,50, e divisão pelo número total de características. Na presente etapa, foi calculado o escore total do diagnóstico a partir das frequências obtidas pelas características definidoras no grupo de pacientes portadores de IRC com *Espiritualidade prejudicada*. O resultado obtido, 0,70, permite considerar o diagnóstico validado.

Frequência das características definidoras no GRUPO B

A tabela 24 apresenta a distribuição das características definidoras na população de portadores de IRC em HD sem o diagnóstico.

Tabela 24 – Distribuição da frequência (f) das características definidoras de *Espiritualidade prejudicada* nos pacientes com IRC em HD sem o diagnóstico, Ribeirão Preto, 2008 (n=87)

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Presente		Ausente	
	f	%	f	%
É incapaz de expressar criatividade	53	60,9	34	39,1
Solicita assistência espiritual	42	48,3	45	51,7
Não se interessa pela natureza	35	40,2	52	59,8
Sentimento de temporalidade	28	32,2	59	67,8
Expressa falta de serenidade	21	24,1	66	75,9
Expressa alteração de comportamento: choro	14	16,1	73	83,9
Expressa sentimento de culpa	13	14,9	74	85,1
Expressa alienação	13	14,9	74	85,1
Expressa alteração de comportamento: raiva	12	13,8	75	86,2
Expressa falta de coragem	12	13,8	75	86,2
Questiona sofrimento	10	11,5	77	88,5
Sentimento de pesar	10	11,5	77	88,5
Expressa falta de esperança	9	10,3	78	89,7
Sente-se abandonado	8	9,2	79	90,8
Expressa desespero	6	6,9	81	93,1
Apresenta distúrbio ou insatisfação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus	5	5,7	82	94,3
Expressa falta de amor	5	5,7	82	94,3
É incapaz de experimentar transcendência	4	4,6	83	95,4
Expressa falta de significado/propósito na vida	4	4,6	83	95,4
Recusa integrar-se com pessoas significativas	4	4,6	83	95,4
Expressa raiva de Deus	2	2,3	85	97,7

Apenas a característica definidora *É incapaz de expressar criatividade* apresentou frequência acima de 50% nos participantes do estudo que afirmaram não apresentar *Espiritualidade prejudicada* (Tabela 24). Contudo, uma maior prevalência dessa característica também é observada no grupo A, de indivíduos com o diagnóstico (Tabela 23); portanto, sua presença parece estar relacionada à condição clínica dos sujeitos investigados; uma vez que os pacientes com IRC, em função do tratamento e da própria debilidade causada pela doença, sofrem inúmeras perdas relacionadas às atividades cotidianas diversas (ALMEIDA, 1994).

Ainda, segundo Dyniewicz, Zanella e Kobus (2004), os pacientes com IRC em HD relatam a presença de limitações físicas, provocadas pelo cansaço e por dores constantes,

como impedimento para a realização de algumas tarefas. Logo, acredita-se que o indicador clínico *É incapaz de expressar criatividade* seja mais uma particularidade da doença do que uma característica definidora do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*.

5.3.2.4 Sensibilidade, especificidade, valor preditivo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*

López (2001) considera que os sinais e sintomas descritos pelos pacientes, durante a anamnese, constituem um teste muito útil para avaliar a presença de algum distúrbio de saúde. Neste sentido, as características definidoras de um diagnóstico de enfermagem podem ser identificadas como valioso teste na identificação diagnóstica e como tal, devem ser submetidas a testes probabilísticos que avaliem sua sensibilidade, especificidade e valor preditivo.

Mensurar a sensibilidade, a especificidade e os valores preditivos das características definidoras permitirá avaliar a importância desses indicadores perante a condição de saúde (doença) do paciente (SILVA et al., 2008). Entretanto, convém observar que o cálculo do valor preditivo de um teste sofre influência da prevalência do diagnóstico na população em estudo, que pode se modificar de um contexto para o outro (LÓPEZ, 2001). Por conseguinte, entre os 120 pacientes portadores de IRC em HD que participaram do estudo, apenas 27,5% apresentaram o diagnóstico *Espiritualidade prejudicada*, considerando como referência a opinião do próprio paciente. Deste modo, é oportuno ponderar que essa frequência influencia a capacidade preditiva das características definidoras em estudo.

É adequado, que em um teste a soma da sensibilidade e especificidades esteja acima de 100%, quanto mais próximo a 200% melhor será o teste (PARANHOS, 1999). Entretanto, na prática, dificilmente serão encontrados valores próximos a 200% (LÓPEZ, 2001).

Neste estudo, as características definidoras que melhor representaram o diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*, foram: *Expressa alteração de comportamento: raiva*, *Questiona sofrimento*, *Expressa alienação* e *Sente-se abandonado*. Tais características apresentaram bons índices de sensibilidade, especificidade e valores preditivos (Tabela 25); portanto, demonstraram ser eficientes na identificação do diagnóstico.

Por outro lado, as características *Não se interessa pela natureza* e *Solicita assistência espiritual* apresentaram baixos valores de sensibilidade e especificidade e valor preditivo positivo (Tabela 25), sugerindo pouca associação ao diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*.

Tabela 25 – Especificidade, sensibilidade e valor preditivo positivo e negativo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* em pacientes portadores de IRC em HD, Ribeirão Preto, 2008 (N=120)

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	VPP (%)	VPN (%)
Expressa alteração de comportamento: raiva	88	86	71	95
Questiona sofrimento	82	89	73	93
Expressa alienação	85	85	68	94
Sente-se abandonado	76	91	76	91
Não se interessa pela natureza	45	60	30	74
Solicita assistência espiritual	55	52	30	75
Expressa falta de serenidade	76	76	54	89
Expressa sentimento de temporalidade	73	68	46	87
Recusa integrar-se com pessoas significativas	64	95	84	87
Expressa falta de significado/propósito na vida	58	95	83	86
Expressa falta de esperança	67	90	71	88
Expressa falta de amor	48	94	76	83
Expressa desespero	48	93	73	83
Sentimento de pesar	52	89	63	83
Expressa alteração de comportamento: choro	67	84	61	87
Expressa sentimento de culpa	64	85	62	86
Expressa falta de coragem	58	86	61	83
É incapaz de experimentar transcendência	15	95	56	75
Expressa raiva de Deus	21	98	78	77
Apresenta distúrbio ou preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus	27	94	64	77
É incapaz de expressar criatividade	88	39	35	89

A característica *Expressa falta de serenidade* apresentou um bom desempenho

preditivo, demonstrando 76% tanto de sensibilidade como de especificidade, sendo o valor preditivo positivo e negativo de 54% e 89%, respectivamente. Já a característica *Expressa sentimento de temporalidade*, incluída neste estudo por sugestão de peritos que participaram da etapa de Validação por Especialista, apresentou-se freqüente no grupo de pacientes com *Espiritualidade prejudicada*, porém pouco específica e com valor preditivo positivo baixo.

As características *Recusa integrar-se com pessoas significativas* e *Expressa falta de significado/propósito na vida*, apesar de obterem índices de sensibilidade pouco expressivos, apresentaram especificidade de 95% cada uma e, conseqüentemente, apresentaram tanto valor preditivo positivo, quanto negativo, acima de 80% (Tabela 25). Embora essas características tenham se apresentado pouco freqüentes no grupo de indivíduos portadores de IRC com *Espiritualidade prejudicada*, também estiveram ausentes em quem não possuía o diagnóstico; portanto, demonstram uma capacidade preditiva bastante relevante.

Outras sete características tiveram bons desempenhos, com especificidade acima de 80%, apesar da sensibilidade se apresentar pouco expressiva, foram elas: *Expressa falta de esperança*, *Expressa falta de amor*, *Expressa desespero*, *Expressa alteração de comportamento: choro*, *Expressa sentimento de culpa*, *Expressa falta de coragem* e *Sentimento de pesar* (Tabela 25). Essas características também parecem ter significativa capacidade de identificar os pacientes em risco e os que não desenvolverão *Espiritualidade prejudicada*.

A característica definidora *É incapaz de experimentar transcendência* apresentou o menor valor de sensibilidade entre as características estudadas (15%), entretanto, apresentou 95% de especificidade, com valor preditivo positivo e negativo de 56% e 75%, respectivamente. Smucker (1996), ao validar o diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, admitiu ser esta característica muito difícil de descrever, o que pode justificar o fato de ter apresentado baixa freqüência na população deste estudo.

Também Baldacchino e Draper (2001) consideram a característica relacionada à transcendência como algo intrapessoal ou interpessoal, ou seja, como uma força interior desenvolvida pela própria contemplação ou introspecção. Neste sentido, sua complexidade pode torná-la difícil de ser reconhecida.

A característica *É incapaz de expressar criatividade* apresentou sensibilidade de 88%, porém especificidade de 39%, por conseguinte, sua capacidade preditiva também foi baixa. Para Silva et al. (2008), o uso de indicadores clínicos com estas propriedades para a identificação de diagnóstico de enfermagem podem indicar um resultado “falso negativo”. Portanto, é possível inferir que aquele não é um bom indicador clínico para o diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade Prejudicada*.

As características *Expressa raiva de Deus e Apresenta distúrbio ou preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus*, apesar de terem demonstrado especificidade acima de 90%, apresentaram baixa sensibilidade (Tabela 25). No entanto, López (2001) considera que a estimativa da sensibilidade e especificidade de um teste varia de acordo com as características dos sujeitos estudados. Sendo assim, é preciso ponderar que tais indicadores clínicos podem estar associadas à crença do indivíduo e, neste estudo, os pacientes investigados consideram que suas crenças religiosas desempenham um papel muito importante em suas vidas (veja Tabela 15). Portanto, mesmo em situações de *Espiritualidade prejudicada*, a confiança em Deus e no sistema de crenças permaneceram inalterados.

É importante lembrar que o paciente portador de IRC é submetido a diversas modificações em sua vida, em decorrência da doença e do tratamento. A própria cronicidade da doença é fonte de estresse, pois, pela ameaça de morte e pela necessidade de controle médico sistemático, modificam-se a rotina e natureza de trabalho, o lazer e o convívio familiar (FREITAS, 1996). É um processo que cada pessoa enfrenta de diferentes maneiras, em que conflitos existenciais podem ocorrer e serem manifestados de formas pouco

semelhantes. Por conseguinte, entende-se que para investigar os sinais e sintomas de *Espiritualidade prejudicada* em uma população com essas peculiaridades, é preciso considerar não somente a sensibilidade e especificidade inerentes ao fenômeno de estudo, mas também as características dessa população.

Em estudos envolvendo outras doenças graves, como, por exemplo, o câncer, também é observado que distúrbios na dimensão espiritual podem ser agravados pelas circunstâncias de vida difíceis ou desafios existenciais confrontados com as exigências de tratamentos invasivos e agressivos (McGRATH, 2002).

A doença renal crônica e seu tratamento são considerados condições favoráveis à ocorrência de diagnósticos de enfermagem voltados para alteração espiritualidade, uma vez que se constituem em importantes estressores para quem os vivencia (TANYI; WERNER, 2003; TANYI; WERNER, 2008). Portanto, tentar compreender o diagnóstico *Espiritualidade prejudicada* e como ele influencia a vida de pacientes em HD é uma etapa importante da assistência de enfermagem, uma vez que, segundo Almeida (2003), uma das principais metas terapêuticas para a maioria dos pacientes com IRC em tratamento hemodialítico não é apenas prolongar a vida, mas sim estabelecer a qualidade de vida.

5.3.3 Conclusões da Validação Clínica

A prevalência do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* nos participantes da etapa de Validação Clínica, pacientes portadores de IRC em HD, variou de 27,5% a 35,8%, considerando os diferentes critérios adotados que, por sua vez, apresentaram concordância satisfatória com a opinião do paciente sobre sua espiritualidade.

A utilização de várias abordagens de avaliação da *Espiritualidade prejudicada*, tal como empregadas neste estudo, amplia o leque de possibilidades para a identificação de

diagnósticos relacionados à dimensão espiritual, assegurando, ao paciente portador de IRC, a assistência de enfermagem numa perspectiva holística.

As características definidoras classificadas, no ambiente clínico, como principais indicadores do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* foram: *Expressa alteração de comportamento: raiva, É incapaz de expressar criatividade, Questiona sofrimento e Expressa alienação*. As características consideradas secundárias foram: *Sente-se abandonado, Expressa falta de serenidade, Sentimento de temporalidade, Expressa falta de esperança, Expressa alteração de comportamento: choro, Expressa sentimento de culpa, Recusa integrar-se com pessoas significativas, Expressa falta de significado/propósito na vida, Expressa falta de coragem, Solicita assistência espiritual e Sentimento de pesar*. As demais características definidoras apresentaram frequência entre 15,2% e 48,5%, portanto, foram consideradas pouco relevantes ao diagnóstico em estudo.

De acordo com o escore total de 0,70, alcançado a partir da somatória de todas as características definidoras com frequência acima de 50%, o diagnóstico foi considerado validado.

As características definidoras que apresentaram bons índices de sensibilidade, especificidade e valores preditivos (positivos e negativos) e, portanto, demonstraram ser eficientes na identificação do diagnóstico *Espiritualidade prejudicada*, foram: *Expressa alteração de comportamento: raiva. Sente-se abandonado, Questiona sofrimento e Expressa alienação*.

Com relação à essas propriedades preditivas das características definidoras, a falta de referência de uma base populacional conhecida pode representar uma limitação do estudo. No entanto, frente à escassez de publicações sobre os diagnósticos de enfermagem voltados à espiritualidade, os resultados obtidos poderão ser utilizados por profissionais que desejem oferecer o cuidado espiritual à população semelhante.

A natureza subjetiva das características definidoras do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* também constitui uma limitação para a validação clínica. Portanto, considera-se necessária a realização de novas pesquisas sobre o diagnóstico em outras populações, com uma amostra extensa e que favoreça a generalização dos resultados, pois o investimento nas pesquisas com evidências clínicas permitirá validar as descobertas na área espiritual e, conseqüentemente, irá ampliar o frágil, mas consistente elo entre saúde e espiritualidade.

5.4 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS E A VALIDAÇÃO CLÍNICA

Com a finalidade de relacionar a distribuição dos escores das características definidoras validadas pelos especialistas e a frequência das mesmas no ambiente clínico, realizou-se uma comparação entre ambos, seguindo os passos elaborados por Melo (2004), em análise semelhante.

Compete esclarecer que, para a análise da distribuição dos escores das características definidoras investigadas na Validação por Especialistas, foi considerada a média geral obtida pelos dois grupos peritos que participaram da etapa e, para a análise da frequência de tais características no ambiente clínico, foi considerada a distribuição das mesmas apenas no grupo de pacientes que afirmaram apresentar *Espiritualidade prejudicada*. Também é importante lembrar que a característica definidora *Expressa sentimento de temporalidade* foi inserida na etapa de validação clínica por ter sido sugerida na fase de Validação por Especialista; portanto, não foi submetida à avaliação pelos peritos.

A comparação dos escores obtidos pelas características definidoras na Validação por Especialista e Validação Clínica resultou na validação, em ambas as etapas, de 14 das 20

características definidoras investigadas (Tabela 26). Dentre elas, duas foram classificadas como características principais do diagnóstico *Espiritualidade prejudicada* (*Expressa alienação* e *Questiona sofrimento*) e em oito foram classificadas como características secundárias (*Expressa alteração de comportamento: choro*, *Expressa falta de coragem*, *Expressa falta de esperança*, *Expressa sentimento de culpa*, *Recusa integrar-se com pessoas significativas*, *Sente-se abandonado*, *Sentimento de pesar* e *Solicita assistência espiritual*).

Tabela 26 - Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem em estudo conforme os escores obtidos na Validação por Especialistas (n=72) e a frequência das características no grupo de pacientes com *Espiritualidade prejudicada* (n=33), Ribeirão Preto, 2008

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Validação por Especialistas (Média Geral)	Validação Clínica GRUPO A (%)
Expressa alienação	0,82	84,8
Questiona sofrimento	0,81	81,8
Expressa falta de esperança	0,73	66,7
Solicita assistência espiritual	0,76	54,5
Sente-se abandonado	0,69	75,8
Expressa sentimento de culpa	0,64	63,6
Recusa integrar-se com pessoas significativas	0,64	63,6
Expressa alteração de comportamento: choro	0,60	66,7
Expressa falta de coragem	0,58	57,6
Sentimento de pesar	0,58	51,5
Expressa falta de serenidade	0,80	75,8
Expressa falta de significado/propósito na vida	0,87	57,6
É incapaz de experimentar transcendência	0,82	15,2
Apresenta distúrbio em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus	0,89	27,3
Expressa raiva de Deus	0,88	21,2
É incapaz de expressar criatividade	0,59	87,9
Expressa alteração de comportamento: raiva	0,53	87,9
Expressa falta de amor	0,69	48,5
Expressa desespero	0,77	48,5
Não se interessa pela natureza	0,46	45,5

Entre as demais características validadas em ambas as etapas do estudo, duas características, *Expressa falta de serenidade* e *Expressa falta de significado/propósito da vida*, foram classificadas como indicadores principais do diagnóstico *Espiritualidade prejudicada* apenas pelos enfermeiros, na etapa de Validação por Especialistas, uma vez que no contexto clínico essas características estiveram, respectivamente, presentes em 75,8% e

57,6% dos pacientes com o diagnóstico, sendo classificadas como características secundárias. Enquanto as outras duas características, *É incapaz de expressar criatividade* e *Expressa alteração no comportamento: Raiva*, classificadas como secundária pelos peritos, foram observadas com frequência acima de 80% nos pacientes portadores de IRC com *Espiritualidade prejudicada*, sendo classificadas como características principais (Tabela 26).

Por outro lado, as características *É incapaz de experimentar transcendência*, *Apresenta distúrbio em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus* e *Expressa raiva de Deus*, embora classificadas como principais pelos enfermeiros da Validação por Especialista, apresentaram baixa frequência na Validação Clínica, sendo consideradas pouco relevantes à *Espiritualidade prejudicada* e, por isso, não foram validadas em tal etapa (Tabela 26).

Também não foram validadas no ambiente clínico as características *Expressa falta de amor* e *Expressa desespero*, que, por apresentar baixa frequência, foram identificadas como pouco relevantes à *Espiritualidade prejudicada*. No entanto, na etapa de Validação por Especialista, as referidas características receberam escores de 0,69 e 0,77, respectivamente, e foram classificadas como secundárias.

Apenas a característica *Não se interessa pela natureza* foi considerada pouco relevante ao diagnóstico *Espiritualidade prejudicada* em ambas as etapas do estudo (Tabela 26). O que também foi observado em uma pesquisa com abordagem qualitativa, realizada junto a 11 pacientes com câncer terminal, em que a expressão do sofrimento, relacionada à espiritualidade foi apresentada de diferentes maneiras, porém nenhuma resposta associada à natureza ou aos eventos ambientais foi manifestada pelos pacientes (KAWA et al., 2003).

Finalmente, a comparação do escore total obtido pelo diagnóstico *Espiritualidade prejudicada* demonstrou valores de 0,72 e 0,70, nas etapas de Validação por Especialista e Validação Clínica, respectivamente, alcançando o escore recomendado por Fehring (1986), que é acima de 0,60.

5.4.1 Conclusões da análise comparativa entre a *Validação por Especialistas* e a *Validação Clínica*

A análise comparativa entre a Validação por Especialistas e a Validação Clínica, demonstrou que 14 das características definidoras estudadas foram consideradas validadas e uma refutada por ambos os métodos. Outras cinco foram consideradas validadas na etapa de Validação por Especialistas, porém foram observadas em menos de 50% dos sujeitos investigados com o diagnóstico *Espiritualidade prejudicada* no ambiente clínico.

Portanto, a partir dos resultados das etapas estudadas, o diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*, ficou configurado em:

Domínio 10 - Princípios de Vida

Classe: Congruência entre valores, crenças, ações, conexão, transcendência e significado/propósito de vida

Título: *Espiritualidade prejudicada*

Definição: *Capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, transcendência e conexão consigo, com Deus/Ser Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor.*

Características definidoras principais:

Expressa alienação

Questiona sofrimento

Características definidoras secundárias:

Expressa alteração de comportamento: raiva

É incapaz de expressar criatividade

Expressa falta de significado/propósito da vida

Expressa falta de serenidade

Expressa alteração de comportamento: choro

Expressa falta de coragem

Expressa falta de esperança

Expressa sentimento de culpa

Recusa integrar-se com pessoas significativas

Sente-se abandonado

Sentimento de pesar

Solicita assistência espiritual

Expressa temporalidade

As características definidoras que não alcançaram escore necessário para validação na investigação clínica foram:

É incapaz de experimentar transcendência

Apresenta distúrbio no sistema de crenças ou relação com Deus

Expressa raiva de Deus

Expressa falta de amor

Expressa desespero

Apenas a característica definidora *Não se interessa pela natureza* foi refutada, uma vez que foi considerada pouco relevante ao diagnóstico tanto na Validação por Especialista, quanto na Validação Clínica. Portanto, deve ser submetida a novos estudos.

No que diz respeito aos fatores relacionados, a revisão realizada na primeira etapa deste estudo demonstrou que, além daqueles apresentados na Taxonomia II da NANDA (2008), outros fatores podem estar associados à presença do diagnóstico investigado, como por exemplo: doença grave, tratamento cirúrgico, complicações do tratamento, presença de co-morbidade, *coping* ineficaz e fatores sociais estressantes (como conflito familiar). Portanto, é importante o desenvolvimento de pesquisas que envolvam diferentes situações de vida do indivíduo e diferentes populações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura de enfermagem tem buscado compreender o papel da espiritualidade no cotidiano de pacientes com IRC em HD, demonstrando ser um recurso valioso no enfrentamento da doença e de seu tratamento (TANYI; WERNER, 2003; TANYI; WERNER, 2008; WALTON, 2002). Logo, é importante que o enfermeiro esteja atento aos sinais de *Angústia espiritual* manifestados por esses pacientes, para que se possam elucidar as informações sobre como percebem a sua situação e os significados embutidos em sua experiência.

Este estudo, pioneiro em pesquisar o comprometimento espiritual vivido por pacientes com doença renal crônica, teve o objetivo de realizar a revisão e validação do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*.

Formular diagnósticos que englobem “espiritualidade” requer do enfermeiro o desafio de interpretar o comportamento espiritual do paciente e julgar qual diagnóstico melhor representará as características definidoras apresentadas. No entanto, além de esses diagnósticos compartilharem algumas características, têm alto grau de abstração e recebem pouco consenso da literatura com relação à definição, o que torna importante o conhecimento teórico-conceitual que os sustentam e a confirmação no ambiente clínico por meio do processo de validação.

Na primeira etapa deste estudo, buscou-se construir uma base teórica que pudesse conduzir o percurso da investigação. Apesar de ter oferecido respostas à questão norteadora da pesquisa, a literatura se manteve fortemente teórica e baseada em artigos de revisão, o que nos mostra que ainda há muito caminho a percorrer e muitas barreiras a ultrapassar, abrindo, por outro lado, inúmeras possibilidades de estudo.

A análise conceitual do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* apontou para sua falta de aplicabilidade, revelando a necessidade de reformulação e aperfeiçoamento da proposta apresentada pela NANDA.

As sugestões de modificação e aprimoramento foram apoiadas pelos enfermeiros que participaram da etapa que propiciou a validação de conteúdo, fortalecendo o aperfeiçoamento da base de evidências do diagnóstico.

Na terceira e última etapa do estudo, foi realizada a investigação sobre o comprometimento da espiritualidade de pacientes com doença renal crônica; o que possibilitou um primeiro passo para a compreensão de um fenômeno que atravessa fronteiras culturais e religiosas, caracterizado pela busca de significado e sentido na vida, pela transcendência e relação com consigo, com Deus/Ser Maior, com as pessoas e/ou com o mundo.

A aplicação do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* na prática clínica pode oferecer caminhos para uma intervenção mais segura e eficaz, que visem à satisfação das necessidades espirituais do paciente. A proposta emanada e validada, na presente pesquisa, ao diagnóstico, possibilitou um olhar mais profundo ao conceito e indicadores clínicos do mesmo. O roteiro de avaliação das características definidoras, ora construído, poderá contribuir para a compreensão da *Espiritualidade prejudicada* e suas manifestações, oferecendo subsídios para a identificação do diagnóstico.

Cabe ainda reforçar que o possível viés na hora de identificar os diagnósticos voltados à espiritualidade pode ser minimizado com o uso de diferentes instrumentos, conforme descrito no presente estudo, inclusive respeitando e desenvolvendo uma abordagem centrada nas respostas pessoais do paciente, por meio do estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro-paciente.

Por conseguinte, espera-se ter contribuído para sua revisão e identificação na realidade brasileira, visto que sua construção foi realizada em outro país, com uma realidade diferente. Todavia, é importante a elaboração de novos estudos com o diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*, fortalecendo sua argumentação teórica e o

conhecimento sobre espiritualidade e, principalmente, valendo-se da avaliação desse fenômeno em outras populações.

É certo que se trata de algo fortemente abstrato, porém sem impropriedades científicas. Conseqüentemente, o estudo da espiritualidade se revelou em um grande desafio. No entanto, pode trazer importantes implicações para a enfermagem, levando a refletir a respeito das inúmeras possibilidades de diálogo sobre espiritualidade na educação, nas pesquisas e na prática profissional.

É importante que a equipe multiprofissional reconheça a influência da espiritualidade no enfrentamento de doenças e assim possa firmá-la enquanto campo de interesse científico e prático; neste sentido, é necessário que a enfermagem também incorpore a dimensão espiritual como parte integrante do cuidado holístico.

Aliás, a enfermagem se destaca por permanecer a maior parte do tempo próximo ao paciente; portanto, parece-nos inerente que seja o profissional responsável pelo reconhecimento de suas necessidades espirituais. No entanto, é preciso mais empenho para enfrentar as resistências próprias de períodos de mudanças de paradigmas, conferindo uma visão holística e humanística da assistência à saúde, na compreensão do paciente como ser inteiro e indivisível.

REFERÊNCIAS¹⁶

¹⁶ Apresentadas de acordo com a ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – NBR 6023 – **Informação e documentação**: referências elaboração. Rio de Janeiro, ago. 2000 e NBR 14724, NBR 10520. ago. 2002.

ALFARO LE-FEVRE, R. **Applying nursing process: promoting collaborative care**. 5. ed. Philadelphia: J. B. Lippincott, 2002. 273 p.

_____. **Applying nursing process: a tool for critical thinking**. 6. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. 309 p.

ALMEIDA, A. C. O. Considerações psicológicas acerca do transplante renal. **Revista de Psicologia Hospitalar do Hospital das Clínicas**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 3-6, jan./jun.1994.

ALMEIDA, A. M. A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 209-214, jan. 2003.

ALMEIDA, J. B. Hipertensão arterial e progressão da lesão renal. Em que podemos intervir? **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.20, n.3, p.327-331, set. 1998.

ANSOLIN, A. L.; COSTA, F.; AULER, S.G. **Saúde: também uma questão espiritual?** 2005. 52 f. Dissertação (Especialização em Formação de Sanitaristas) - Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Porto Alegre, 2005.

ATALLAH, N. A.; CASTRO, A. A. Revisões sistemáticas da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. In: _____. **Medicina baseada em evidências: fundamentos para a pesquisa clínica**. São Paulo: Lemos-Editorial, 1998. Cap. 6, p. 41-47.

BALDACCHINO, D.; DRAPER, P. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 34, n. 6, p. 833-841, June 2001.

BASH, A. Spirituality: the emperor's new clothes? **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 13, n. 1, p.11-16, Jan. 2004.

BATISTA, K. T. et al. Atenção à saúde na insuficiência renal crônica terminal: análise à luz da bioética de proteção. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 279-288, out./dez. 2007.

BENKO, M. A.; SILVA, M. J. P. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 71-85, jan. 1996.

BENNER, P. **From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice**. Menlo Park: Addison-Weley, 1984. 160 p.

BERTOLIN, D. C. **Modos de enfrentamento de pessoas com insuficiência renal crônica terminal em tratamento hemodialítico**. 2007. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

BEYEA, S.; NICOLL, L. H. Writing in integrative review. **AORN Journal**, New York, v. 67, n. 4, p. 877-880, Apr. 1998.

BOFF, L. **Tempo de transcendência: o ser humano como um projeto infinito**. São Paulo: GMT, 2000. 96 p.

BORGES, L. R.; MARTINS, D. G. Clínica de hemodiálise: existe qualidade de vida? **Boletim de Iniciação Científica em Psicologia**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 42-58, jan./dez. 2001.

BRAGA, C. G. **Construção e validação de um instrumento para avaliação do Sentimento de Impotência**. 2004. 241 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2004.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 240-244, mar./abr. 2003.

BRANDÃO, M. L. R. Saúde e fé cristã: um ensaio ético-teológico. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 515-523, nov./dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Benefícios**. s/d Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/pg_secundarias/beneficios_06.asp>. Acesso em: 13 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1997. 24 p.

BRASIL, M. L. S.; SCHWARTZ, E. As atividades lúdicas em unidade de hemodiálise. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 27, n. 1, p. 9-18, 2005.

BRESCIANI, C. Saúde: Abordagem histórico-cultural. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 24, n. 6, p. 437-442, nov./dez. 2000.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia: W.B. Saudanders, 2000. p. 231-250.

BROWN, A.; WHITNEY, S.; DUFFY, J. 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.

BURKHART, L.; SOLARI-TWADELL, A. Spirituality and religiousness: differentiating the diagnoses through a review of the nursing literature. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 12, n. 2, p. 45-50, Apr./June 2001.

BURNARD, P. Spiritual distress and the nursing response: theoretical considerations and counseling skills. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 377-382, May 1987.

CALLISTER, L. C. et al. Threading spirituality throughout nursing education. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v. 18, n. 3, p. 160-166, May/June 2004.

CAMPOS, R. G. **Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica**. 2005. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CARMO W. B. et al. Hipertensão arterial e hipertrofia ventricular esquerda em pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo, v. 25, n. 1, p. 1-9, mar. 2003.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Compreensão do processo de Enfermagem**. Tradução Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed, 2007. 600 p.

CARRICO, A. W. et al. A path model of the effects of spirituality on depressive symptoms and 24-h urinary-free cortisol in HIV-positive persons. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 61, n. 1, p. 51-58, July 2006.

CARVALHO, E. C.; GARCIA, T. R. Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. In: FORUM MINEIRO DE ENFERMAGEM: SISTEMATIZAR O CUIDAR. 3., 2002, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: Rápida Editora, 2002, v. 1, p. 29-40.

CARVALHO, E. C. et al. Análise da produção da pós-graduação brasileira sobre validação de diagnóstico de enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - SINADEN, 8., 2006, João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem. **Anais...** João Pessoa: Editora Universitária, 2006. p. 1-4.

_____. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 235-240, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a22.htm>>. Acesso em: 26 ago. 2008.

CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validation of INCP - Alpha Version in Brazil. In: RANTZ, M. J.; LeMONE, P. (Eds.). **Classification of nursing diagnoses**: proceedings of the fourteenth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Glendale: Cinahl Information Systems, 2002. v. 1, p. 60-66.

CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A.; JESUS, C. A. C. Validação de diagnósticos de enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM - SINADEN, 5, 1998, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem, 1998.

CASTRO, M. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do Instrumento Genérico SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 245-249, jul./set. 2003.

CAVENDISH, R. et al. Opportunities for enhanced spirituality relevant to well adults. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 11, n. 4, p. 151-163, Apr./June 2000.

_____. Recognizing Opportunities for spiritual enhancement in young adults. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 12, n. 3, p. 77-90, July/Sept. 2001.

_____. Patients' perceptions of spirituality and the nurse as a spiritual care provider. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v. 20, n. 1, p. 41-47, Jan./Feb. 2006.

CERQUEIRA FILHO, A. C. **Ciência, espiritualidade, religiosidade e religião**. s/d.

Disponível em:

<http://www.plenitude.com.br/_2007/noticias/news/index_noticias.php?id=99>. Acesso em: 29 maio 2007.

CESARINO, C. B.; CASAGRANDE, L. D. R. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: Atividade educativa do Enfermeiro. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 31-40, out. 1998.

CHANG, B. L.; UMAN, G. C.; HIRSCH, M. Predictive power of clinical indicators for self-care deficit. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 9, n. 2, p.71-82, Apr./June 1998.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C. Espiritualidade e Enfermagem: perfil das pesquisas realizadas no período de 2002 a 2006. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NA SAÚDE MENTAL e JORNADA DO PRONTOPSIQUIATRIA, 1., 2007. Porto Alegre. **Programa e Resumos...** Porto Alegre: Associação Médica do Rio Grande do Sul, 2007. p. 13.

_____. The spiritual dimension and nursing diagnoses. In: **Classification of nursing diagnosis**: proceeding of conference of North American Nursing Diagnoses Association. Miami: NANDA I., 2008. s/p.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p.513-515, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n1a22.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2008.

CHAVES, E. C. L. et al. Angústia espiritual: revisão integrativa da literatura. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, Niterói, v. 7, n. 2, 2008a. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1551/358>> Acesso em: 25 ago. 2008.

CHIU, L. Lived experience of spirituality in Taiwanese women with breast cancer. **Western Journal of Nursing Research**, Beverly Hills, v. 22, n. 1, p. 29-53, Feb. 2000.

CHIU, L. et al. An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. **Western Journal of Nursing Research**, Beverly Hills, v. 26, n. 4, p. 405-428, June 2004.

COLER, M. S. A taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM e SEMINÁRIO PARAIBANO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM UNIFORMIZAÇÃO, 2., 1992. João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: Persona, 1992. p.192.

CONGRESSO BRASILEIRO DE ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NA SAÚDE MENTAL e JORNADA DO PRONTOPSIQUIATRIA, 1º, 2007, Porto Alegre, **Programa e Resumos...** Porto Alegre: Associação Médica do Rio Grande do Sul, 2007.

CORBELLINI, V. L.; COMIOTTO, M. S. Hoje eu me sinto em paz, eu deito agradecendo a Deus, se nós não temos fé, nós não somos ninguém. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 510-514, nov./dez. 2000.

CORRÊA, G. C. **Dor:** validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. 1997. 132 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

COX, T. Theory and exemplars of advanced practice spiritual intervention. **Complementary Therapies in Nursing and Midwifery**, Edinburgh, v. 9, n. 1, p. 30-34, Feb. 2003.

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

CRESSEY, R. W.; WINBOLT-LEWIS, M. The forgotten heart of care: a model of spiritual care in the National Health Service. **Accident and Emergency Nursing**, Edinburgh, v. 8, n. 3, p. 170-177, July 2000.

DALMIDA, S. G. Spirituality, mental health, physical health, and health-related quality of life among women with HIV/AIDS: integrating spirituality into mental health care. **Issues in Mental Health Nursing**, Philadelphia, v. 27, n. 2, p. 185-198, Feb./Mar. 2006.

DAVIS, L. A. A phenomenological study of patient expectations concerning nursing care. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v. 19, n. 3, p. 126-133, May/June 2005.

DAVIS, M. C. The rehabilitation nurse's role in spiritual care. **Rehabilitation Nursing**, Evanston, v. 19, n. 5, p. 298-301, Sept./Oct. 1994.

DELANEY, C. The Spirituality Scale: development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. **Journal Holistic Nursing**, Springfield, v. 23, n. 2, p. 145-167, June 2005.

DELGADO, C. A discussion of the concept of spirituality. **Nursing Science Quarterly**, Thousand Oaks, v. 18, n. 2, p. 157-162, Apr. 2005.

DEZORZI, L. W. **Diálogos sobre espiritualidade no processo de cuidar de si e do outro para a enfermagem em Terapia Intensiva**. 2006. 142 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

DIJOSEPH, J.; CAVENDISH, R. Expanding the dialogue on prayer relevant to holistic care. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v. 19, n. 4, p. 147-154, July/Aug. 2005.

DI MEO, E. Rx for spiritual distress. **RN**, Montvale, v. 54, n. 3, p. 22-24, Mar. 1991.

DOMBECK, M. B. Dream-telling: A means of spiritual awareness. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v. 9, n. 2, p. 37-47, Jan. 1995.

DYNIEWICZ, A. M.; ZANELLA, E.; KOBUS, L. S. G. Narrativa de uma paciente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 25 fev. 2008.

ELERHORST-RYAN, J. M. Instruments to measure spiritual status. In: SPILKER, B. **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials**. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. p. 145-153.

ELIADE, M. **Lo sagrado y lo profano**. Madrid: Ed Guadarrama, 1967. 89 p.

ELKINS, D. N. et al. Toward a Humanistic-Phenomenological Spirituality definition, description, and measurement. **Journal of Humanistic Psychology**, Alameda, v. 28, n. 4, p. 5-18, Fall 1988.

ELLERHORST-RYAN, J. Selecting an instrument to measure spiritual distress. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v. 12, n. 2, p. 93-99, Mar./Apr. 1985.

ENGEBRETSON, J. Considerations in diagnosing in the spiritual domain. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 7, n. 3, p. 100-107, July/Sept. 1996.

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

FAWCETT, T. N.; NOBLE, A. The challenge of spiritual care in a multi-faith society experienced as a Christian nurse. **Journal Clinical Nursing**, Oxford, v. 13, n. 2, p. 136-142, Feb. 2004.

FEHRING, R. J. Validation diagnostic labels: standardized methodology. In: HURLEY, M. E. et al. (Eds). **Classification of nursing diagnosis**: proceeding of the sixth conference of North American Nursing Diagnoses Association. St. Louis: Mosby, 1986. p. 183-190.

_____. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart & Lung: Journal of Critical Care**, St. Louis, v. 16, n. 6, p. 625- 629, Nov. 1987.

_____. The Fehring model. In: CARROLL-JOHNSON, P. (Ed.). **Classification of Nursing Diagnosis**: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Association. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. p. 55-57.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Curitiba: Editora Positivo, 2004. Disponível em: <<http://www.educacional.com.br/dicionarioaurelio/>>. Acesso em: 11 set. 2007.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 446-455, ago. 2003.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1996. 312 p.

FRANKL, V. **Man's search for meaning**. London: Hodder & Stoughton, 1962. 136 p.

FREITAS, N. K. O psicólogo no hospital diante das doenças crônicas graves: enfrentamento, vida e morte. **Revista de Psicologia**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.15-18, 1996.

FRIEDEMANN, M. L.; MOUCH, J.; RACEY, T. Nursing the spirit: the framework of systemic organization. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 39, n. 4, p. 325-332, Aug. 2002.

FULTON, R. A.; MOORE, C. M. Spiritual Care of the school-age child with a chronic condition. **Journal of Pediatric Nursing**, Philadelphia, v. 10, n. 4, p. 224-231, Aug. 1995.

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2007. 147 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

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

GALEK, K. et al. Assessing a patient's spiritual needs: a comprehensive instrument. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v.19, n. 2, p. 62-69, Mar./Apr. 2005.

GALLAGHER, S. Recognizing spiritual distress. **Ostomy Wound Management**, King of Prussia, v. 48, n. 4, p.16-18, Apr. 2002.

GALVÃO, C. M. **A prática baseada em evidências: uma contribuição para melhoria da assistência de enfermagem perioperatoria**. 2002. 114 f. Tese (Livre docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, maio/jun. 2004.

GANONG, L. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 10, n. 1, p. 1-11, Feb. 1987.

GARB, H. N. **Studying the clinician: judgment research and psychological assessment**. Washington: American Psychological Association, 1998. 333 p.

GARCIA, T. R Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 24-31, set./dez. 1998.

GASTAUD, M. B. et al. Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: estudo transversal. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 1, p.12-18, jan./abr. 2006.

GEORGESEN, J.; DUNGAN, J. Managing spiritual distress in patients with advanced cancer pain. **Cancer Nursing**, Hagerstown, v. 19, n. 5, p. 376-383, Oct. 1996.

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

GRAHAM, J. B.; BRUSH, B. L.; ANDREW, R. M. Spiritual-care process and content: lessons learned from the ECHO Project. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, Thorofare, v. 15, n. 10, p. 473-478, Oct. 2003.

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

GRANT, J. S.; KINNEY, M. R. Clinical referents for nursing diagnoses. **Journal of Neuroscience Nursing**, Chicago, v. 24, n. 2, p. 94-98, Apr. 1992.

GREENSTREET, W. From spirituality to coping strategy: making sense of chronic illness. **British Journal of Nursing**, London, v. 15, n. 17, p. 938-942, Sept. 2006.

GREENSTREET, W. M. Teaching spirituality in nursing: a literature review. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 19, n. 8, p. 649-658, Nov. 1999.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, p. 88-94, maio/jun. 2007. Supl. 1.

GUTIÉRREZ, M. G. R. et al. O câncer e seu tratamento: impacto na vida dos pacientes. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 6, n. 0, 2007. Disponível em: < <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/462/107>>. Acesso em: 12 jan. 2008.

HELIKER, D. Reevaluation of a nursing diagnosis: Spiritual Distress. **Nursing Forum**, Philadelphia, v. 27, n. 4, p. 15-20, Oct./Dec. 1992.

HENDRICKS-FERGUSON, V. Relationships of age and gender to hope and spiritual well-being among adolescents with cancer. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, Philadelphia, v. 23, n. 4, p. 189-199, July/Aug. 2006.

_____. Hope and spiritual well-being in adolescents with cancer. **Western Journal of Nursing Research**, Beverly Hills, v. 30, n. 3, p.385-401, Apr. 2008.

HENSLEY, L. D. Spiritual distress: a validation study. In: CARROLL-JOHNSON, R.M.; PAQUETTE, M. (Eds.). **Classification of nursing diagnoses**: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Association. Philadelphia: Lippincott, 1992. p. 200-202.

HERMANN, C. P. Spiritual needs of dying patients: a qualitative study. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v. 28, n. 1, p. 67-72, Jan./Feb. 2001.

HIGHFIELD, M. F.; CASON, C. Spiritual needs of patients: are they recognized? **Cancer Nursing**, Hagerstown, v. 6, n. 3, p.187-192, June 1983.

HISAYUKI MURATA, M. A. Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: construction of conceptual framework by philosophical approach. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, v. 1, n. 1, p. 15-21, Mar. 2003.

HOFFMANN, F. S.; MULLER, M. C.; FRASSON, A. L. Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. **Psicologia: Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 7, n. 2, p. 239-254, 2006.

HOLLOWAY, M. Death the great leveler? Towards a transcultural spirituality of dying and bereavement. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n. 7, p. 833-839, July 2006.

HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses reach. In: CARROL-JOHNSON, R. M. et al. (Ed.). **Classification of nursing diagnoses**: proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1989. v. 19, p. 126-131.

_____. Taxonomy Committee Report. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 13, n. 1, p. 67-68, Jan./Mar. 2002.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: E.P.U. Universidade de São Paulo. 1979. 100 p.

HUF, D. D. **A assistência espiritual em enfermagem na dimensão Noética à luz da análise existencial de Viktor Frankl**. 1999. 259 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

HUFTON, E. Parting gifts: the spiritual needs of children. **Journal of Child Health Care**, London, v. 10, n. 3, p. 240-250, Sept. 2006.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Censo Demográfico 2000**: características da população e dos domicílios: resultados do universo. 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

IRONSON, G.; STUETZLE, R.; FLECTCHER, M. A. An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. **Journal of General Internal Medicine**, Secaucus, v. 21, p. 62-68, 2006. Suppl. 5.

IWAMOTO, H. H. **O paciente renal crônico**: um retrato de uma realidade. 1998. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

JACKSON, G. B. Methods for integrative reviews. **Review of Educational Research**, Washington, v. 50, n. 3, p. 438-460, Fall 1980.

JACKSON, J. The challenge of providing spiritual care. **Professional Nurse**, London, v. 20, n. 3, p. 24-26, Nov. 2004.

JESUS, C. A. C. Evolução histórica do diagnóstico de enfermagem e sua aplicabilidade no planejamento da assistência. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Distrito Federal, v. 6, n. 1-2, p. 37-40, jan/jun. 1995.

JESUS, C. A. C.; CARVALHO, E. C. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes com alterações hematológicas: uso da Taxonomia I da NANDA. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 91-99, out. 1997.

KAWA, M. et al. Distress of inpatients with terminal cancer in Japanese palliative care units: from the viewpoint of spirituality. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 11, n. 7, p. 481-490, July 2003.

KAYE, J.; ROBINSON, K. M. Spirituality among caregivers. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 26, n. 3, p. 218-221, Fall 1994.

KEARNEY, M.; MOUNT, B. Spiritual care of the dying patient. In: CHOCHINOV, H.; BREITBART, W. (Eds.). **Handbook of psychiatry in palliative medicine**. New York: Oxford University Press, 2000. p. 357-373.

KERR, M. Validation of taxonomy. In: CARROLL-JOHNSON, R. M. (Ed.). **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the ninth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. St. Louis: Mosby, 1991. p. 37-63.

KILPATRICK, S. D. et al. A review of spiritual and religious measures in nursing research journals: 1995-1999. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 44, n. 1, p. 55-66, Spring 2005.

KNESTRICK, J.; LOHRI-POSEY, B. Spirituality and health: perceptions of older women in a rural senior high rise. **Journal of Gerontological Nursing**, Thorofare, v. 31, n. 10, p. 44-50, Oct. 2005.

KOCISZEWSKI, C. A phenomenological pilot study of the nurses experience providing spiritual care. **Journal Holistic Nursing**, Springfield, v. 21, n. 2, p. 131-148, June 2003.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. **Southern Medical Journal**, Birmingham, v. 97, n. 12, p. 1194-1200, Dec. 2004.

_____. Concerns about measuring “spirituality” in research. **Journal of Nervous and Mental Disease**, Hagerstown, v. 196, n. 5, p. 349-355, May 2008.

KOENIG, H. G.; LARSON, D. B.; LARSON, S. S. Religion and coping with serious medical illness. **Annals of Pharmacotherapy**, Cincinnati, v. 35, n. 3, p. 352-359, Mar. 2001.

KOHLER, C. The nursing diagnosis of “spiritual distress”, a necessary revalidation. **Recherche en Soins Infirmiers**, Lyon, n. 56, p. 12-72, Mar. 1999.

KOPALA, B.; BURKHART, L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 16, n. 1, p. 3-13, Jan./Mar. 2005.

KOSLANDER, T.; ARVIDSSON, B. How the spiritual dimension is addressed in psychiatric patient-nurse relationships. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 51, n. 6, p. 558-566, Sept. 2005.

KRISTELLER, J. L.; ZUMBRUN, C. S.; SCHILLING, R. F. I would if I could: how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients. **Psycho-oncology**, Chichester, v. 8, n. 5, p. 451-458, Sept./Oct. 1999.

KUHN, G. O.; FORTES, V. L. F.; PORTELLA, M. R. Quando uma máquina conduz a vida: percepção de pacientes em tratamento hemodialítico. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 45, p. 14-17, maio/jun. 2008.

KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações no estado de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 525-532, maio/jun. 2004.

LABUN, E. Spiritual care: an element in nursing care planning. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 13, n. 3, p. 314-320, May. 1988.

LANDIS, B.J. Uncertainty, Spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness. **Issues in Mental Health Nursing**, Philadelphia, v. 17, n. 3, p. 217-231, May/June 1996.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, Washington, v. 33, n. 2, p.159-175, June 1977.

LEÃO, F. C.; LUTUFO NETO, F. Uso de práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, p. 54-59, maio/jun. 2007. Supl. 1.

LEDGER, S. Holistic care: The duty of nurses to meet patients' spiritual and/or religious needs. **British Journal of Nursing**, London, v. 14, n. 4, p. 220-225, Feb./Mar. 2005.

LEMMER, C. M. Recognizing and caring for spiritual needs of clients. **Journal Holistic Nursing**, Springfield, v. 23, n. 3, p. 310-322, Sept. 2005.

LEVIN, J. S. Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal? **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 38, n. 11, p. 1475-1482, June 1994.

LEVIN, R. Who Are the Experts? A commentary on nursing diagnosis validation studies. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 12, n. 1, p. 29-32, Jan./Mar. 2001.

LIMA, A. F. C.; GUALDA, D. M. Reflexão sobre a qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise. **Nursing**, São Paulo, v. 3, n. 30, p. 20-24, nov. 2000.

LIMA, T. C.; CRUZ, I. Cuidados de enfermagem ao paciente em diálise e hemodiálise para a melhoria da qualidade de vida e prevenção ao risco de infecções – prática de enfermagem baseada em evidência. **Journal of Specialized Nursing Care**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2008. Disponível em:
<<http://www.uff.br/objnursing/index.php/jsncare/article/view/j.1983-4152.2008.1655/340>>.
Acesso em: 20 jul. 2008.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001. 330 p.

LOH, K. Y. Spiritual distress in a terminally ill patient with breast cancer. **International Journal of Palliative Nursing**, London, v. 10, n. 3, p. 131-132, Mar. 2004.

LÓPEZ, M. **O processo diagnóstico nas decisões clínicas: ciência, arte e ética**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. 492 p.

LOWRY, L. W.; CONCO, D. Exploring the meaning of spirituality with aging adults in Appalachia. **Journal Holistic Nursing**, Springfield, v. 20, n. 4, p. 388-402, Dec. 2002.

LUNDMARK, M. Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n. 7, p. 863-874, July 2006.

LUNNEY, M. **Pensamento crítico e diagnóstico de enfermagem: estudos de caso e análises**. Tradução Rômulo Marques. Porto Alegre: Artmed, 2004. 384 p.

MACHADO, G. et al. Aplicación de um método de valoración de calidade de vida en un Centro de Hemodiálisis en Mendoza. **Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante**, Buenos Aires, v. 24, n. 1, p. 181-184, mar. 2004.

MACLAREN, J. A. kaleidoscope of understandings: spiritual nursing in a multi-faith society. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 45, n. 5, p. 457-464, Mar. 2004.

MAHLUNGULU, S. N.; UYS, L. R. Spirituality in nursing: an analysis of the concept. **Curationis**, Pretoria, v. 27, n. 2, p. 15-26, May 2004.

MANFREDI, R. S. Hemodiálise: vínculo entre pacientes e equipe de enfermagem. **Nursing**, São Paulo, v. 4, n. 40, p. 6, set. 2001.

MANISSADJIAN, A.; OKAY, Y.; ARAP, S. Patologia do aparelho urinário. In: MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1999. p. 1574-1584.

MARQUES, F. L. **A saúde e o bem-estar espiritual em adultos Porto-alegrenses**. 2000. 179 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

_____. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos Porto-alegrenses. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 56-65, jun. 2003.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Atualização sobre programas de educação e reabilitação para pacientes renais crônicos submetidos a hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 45-50, mar. 2004.

_____. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 670-676, set./out. 2005.

McBRIEN, B. A concept analysis of spirituality. **British Journal of Nursing**, London, v. 15, n. 1, p. 42-45, Jan. 2006.

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. 10, n. 361, p. 1603-1607, May 2003.

McCLUNG, E.; GROSSOEHME, D. H.; JACOBSON, A. F. Collaborating with chaplains to meet spiritual needs. **Medsurg Nursing**, Pitman, v. 15, n. 3, p. 147-156, June 2006.

McEVOY, M. Culture & spirituality as an integrated concept in pediatric care. **American Journal of Maternal Child Nursing**, Hagerstown, v. 28, n. 1, p. 39-43, Jan./Feb. 2003.

McEWAN, W. Spirituality in nursing: what are the issues? **Orthopaedic Nursing**, Pitman, v. 23, n. 5, p. 321-326, Sept./Oct. 2004.

McEWEN, M. Spiritual nursing care: state of the art. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v. 19, n. 4, p. 161-168, July/Aug. 2005.

McGRATH, P. Creating a language for “spiritual pain” through research: a beginning. **Supportive Care in Cancer**, Pitman, v. 10, n. 8, p. 637-646, Nov. 2002.

McHOLM, F. A. A Nursing diagnosis validation study: defining characteristics of spiritual distress. In: CARROLL-JOHNSON, R. M. (Ed.). **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the ninth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincott, 1991. p. 112-119.

McSHERRY, W. **Making sense of spirituality in nursing practice**. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000. 200 p.

_____. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n. 7, p. 905-917, July 2006.

McSHERRY, W.; CASH, K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 41, n. 2, p. 151-161, Feb. 2004.

McSHERRY, W.; ROSS, L. Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 38, n. 5, p. 479-488, June 2002.

MELO, A. S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes**. 2004. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MELO, A. S.; CARVALHO, E. C.; PELÁ, N. T. R. Proposed revisions for the nursing diagnoses sexual dysfunction and ineffective sexuality patterns. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 18, p. 150-155, Oct./Dec. 2007.

MELO, A. S.; CARVALHO, E. C.; HAAS, V. J. Características definidoras validadas por especialistas e as manifestadas por pacientes: estudo dos diagnósticos Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, 2008. (Prelo)

MENDES, C. A.; SHIRATORI, K. As percepções dos pacientes de transplante renal. **Nursing**, São Paulo, v. 5, n. 44, p. 15-22, jan. 2002.

MERAVIGLIA, M. G. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. Prayer and meaning in life. **Journal Holistic Nursing**, Springfield, v. 17, n. 1, p. 18-33, Mar. 1999.

MERLUZZI, T.; RUDY, R.; GLASS, C. The information processing paradigm: Implications for clinical science. In: MERLUZZI, T.; GLASS, C.; GENEST, M. **Cognitive assessment**. New York: Guilford Press, 1981. p. 77-120.

MESQUITA, A. C. **A fé que auxilia a cura**. 2005. Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/opovo/cienciaesaude/446812.html>>. Acesso: 25 maio 2007.

MICHEL, J. L. M. **Adaptação transcultural da taxonomia II de diagnósticos de enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ao contexto brasileiro**. 2003. 156 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

MINER-WILLIAMS, D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n.7, p. 811-821, July 2006.

MOHR, W. K. Spiritual issues in psychiatric care. **Perspectives in Psychiatric Care**. Hillsdale, v. 42, n. 3, p. 174-183, Aug. 2006.

MONTEIRO, D. M. R. Espiritualidade e saúde na sociedade do espetáculo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 202-213, abr./jun. 2007.

MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga: uma análise do conceito. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 285-293, jul./set. 2005.

MURATA, H. Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: construction of a conceptual framework by philosophical approach. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, v. 1, n. 1, p. 15-21, Mar. 2003.

MUSGRAVE, C. F.; McFARLANE, E. A. Intrinsic and extrinsic religiosity, spiritual well-being, and attitudes toward spiritual care: a comparison of Israeli Jewish oncology nurses' scores. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v. 31, n. 6, p. 1179-1183, Nov. 2004.

NARAYANASAMY, A. Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. **British Journal of Nursing**, London, v. 11, n. 22, p. 1461-1470, Dec. 2003.

_____. The puzzle of spirituality for nursing: a guide to practical assessment. **British Journal of Nursing**, London, v. 13, n. 19, p. 1140-1144, Oct./Nov. 2004.

_____. The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n. 7, p. 840-851, July 2006.

NARAYANASAMY, A. et. al. Responses to the spiritual needs of older people. **Journal Advanced Nursing**, Oxford, v. 48, n. 1, p. 6-16, Oct. 2004.

NEWMAN, T. B.; BROWNER, W. S.; CUMMINGS, S. R. Delineando estudos de testes médicos. In: HULLEY, S. B. et al. **Delineamento de pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 203-223.

NEWSHAN, G. Transcending the physical: spiritual aspects of pain in patients with HIV and/or cancer. **Journal Advanced Nursing**, Oxford, v. 28, n. 6, p. 1236-1241, Dec. 1998.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. **Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: sistematização das propostas do II SNDE**. João Pessoa: A União, CNRDE/GIDE, 1992. 138 p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (Org.). **NANDA-Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação 2001-2002**. Porto Alegre: Artmed, 2002. 288 p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (Org.). **NANDA-Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação 2005-2006**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 312 p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (Org.). **NANDA-Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 393 p.

NOWITZ, L. Geriatric care management: spiritual challenges. **Journal of Gerontological Social Work**, Binghamton, v. 45, n. 1-2, p. 185-201, 2005.

NUSSBAUM, G. B. Spirituality in critical care: patient comfort and satisfaction. **Critical Care Nursing Quarterly**, Hagerstown, v. 26, n. 3, p. 214-220, July/Sept. 2003.

O'BRIEN, M. E. **Spirituality in nursing: standing on holy ground**. 3 ed. London: Jones and Bartlett Publishers, 2007. 393 p.

OH, P. J.; KANG, K. A. Spirituality: concept analysis based on hybrid model. **Taehan Kanho Hakhoe Chi**, Seoul, v. 35, n. 4, p. 709-720, June 2005.

OLIVEIRA, N. M. S. **Diagnóstico de enfermagem de Ansiedade**: validação da definição e das características definidoras. 2001. 94 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

O'NEILL, D. P; KENNY, E. K. Spirituality and chronic illness. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 30, n. 3, p. 275-289, Fall 1998.

O'REILLY, M. L. Spirituality and mental health clients. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, Thorofare, v. 42, n. 7, p. 44-53, July 2004.

ORMSBY, A.; HARRINGTON, A. The spiritual dimensions of care in military nursing practice. **International Journal of Nursing Practice**, Carlton, v. 9, n. 5, p. 321-327, Oct. 2003.

PALOUTZIAN, R.; ELLISON, C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: PEPLAU, D.; PERLMAN, D. **Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy**. New York: John Wiley, 1982. p. 224-235.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, p. 105-115, maio/jun. 2007. Supl. 1.

PARGAMENT, K. I. et al. Religion and HIV: a review of the literature and clinical implications. **Southern Medical Journal**, Birmingham, v. 97, n. 12, p. 1201-1209, Dec. 2004.

PARANHOS, W. Y. **Avaliação de risco para úlcera de pressão por meio da escala de Branden**. 1999. 79 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

PEHLER, S. R. Children's spiritual response: validation of the nursing diagnosis spiritual distress. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 8, n. 2, p. 55- 67, Apr./June 1997.

PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, p. 82-87, maio/jun. 2007. Supl. 1.

PESUT, B. Fundamental or foundational obligation? Problematizing the ethical call to spiritual care in nursing. **Advances in Nursing Science**, Hagerstown, v. 29, n. 2, p.125-133, Apr./June 2006.

_____. Spirituality and spiritual care in nursing fundamentals textbooks. **Journal of Nursing Education**, Thorofare, v. 47, n. 4, p.167-173, Apr. 2008.

PIERCE, B. The introduction and evaluation of a spiritual assessment tool in a palliative care unit. **Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy**, Inverness, v. 7, n. 2, p. 39-43, Oct. 2004.

PILEGGI, S. O. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas de crianças e adolescentes submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita**. 2007. 224 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

PIMENTA, C. A. M.; CRUZ, D. A. L. M. Câncer e dor: alterações nos padrões de resposta humana. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 1994.

PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. **Arquivos de Medicina**, Porto, v. 21, n. 2, p. 47-53, mar. 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 485 p.

POLZER, R.; MILES, M. S. Spirituality and self-management of diabetes in African Americans. **Journal Holistic Nursing**, Springfield, v. 23, n. 2, p. 230-250, June 2005.

POMPEO, D. A. **Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes no período pós-operatório imediato: revisão integrativa da literatura**. 2007. 184 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

POPKESS-VAWTER, S.; YODER, E.; GAJEWSKI, B. The role of spirituality in holistic weight management. **Clinical Nursing Research**, Newbury Park, v. 14, n. 2, p. 158-174, May 2005.

PORTO, C. C. **Exame clínico**: bases para a prática médica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 467 p.

POWER, J. Spiritual assessment: developing an assessment tool. **Nursing Older People**, Harrow, v. 18, n. 2, p. 16-18, Mar. 2006.

PRONK, K. Role of the doctor in relieving spiritual distress at the end of life. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, Weston, v. 22, n. 6, p. 419-425, Nov. 2005.

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

_____. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. **Research in Nursing and Health**, New York, v. 15, n. 5, p. 349-357, Oct. 1992.

_____. Transcendence: formulating nursing perspectives. **Nursing Science Quarterly**, Thousand Oaks, v. 9, n. 1, p. 2-4, Spring 1996.

REYNOLDS, D. Examining spirituality among women with breast cancer. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v. 20, n. 3, p. 118-121, May/June 2006.

RIBEIRO, R. C. H. M. **A condição de vida de idosos com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico**. 2000. 206 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

RICCIO, G. M. G. E. et al. Validação de instrumento de levantamento de dados para a 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. Supl. A.

RIERA, R.; ABREU, M. M.; CICONELLI, R. M. Revisões sistemáticas e metanálises na reumatologia systematic review and meta-analyses rheumatology. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 46, p. 8-11, jun. 2006. Supl.1.

RODGERS, B. L. Concept analysis: an evolutionary view. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. (Eds.). **Concept development in nursing**: foundations, techniques, and applications. 2. ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 2000. p. 77-102.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada a enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 109-112, jul./dez. 1998.

ROMÃO JÚNIOR, J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 1-3, ago. 2004. Supl. 1.

ROSCH, P. J. Spirituality and stress reduction. **International Stress Management Association**, v. 2, n. 1, Spring 2000. Disponível em: <<http://www.isma-usa.org/newsletters/0500newsletter.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2008.

ROSNER, B. **Fundamentals of Biostatistics**. 6. ed. Belmont: Thomson Higher Education, 2006.

ROSS, L. A. Elderly patients' perceptions of their spiritual needs and care: a pilot study. **Journal Advanced Nursing**, Oxford, v. 26, n. 4, p. 710-715, Oct. 1997.

ROSS, L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n. 7, p. 852-862, July 2006.

ROWE, M. M.; ALLEN, R. G. Spirituality as means of coping with chronic illness. **American Journal of Health Studies**, Texas, v. 19, n. 6, p. 62-68, 2004.

RYAN, P. L. Spirituality among adult survivors of childhood violence: a literature review. **Journal of Transpersonal Psychology**, Palo Alto, v. 30, n. 2, p. 39-51, 1998.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 107-112, jun. 2001.

SAMANO, E. S. T. et al. Praying correlates with higher quality of life: results from a survey on complementary/alternative medicine use among a group of Brazilian cancer patients. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 122, n. 2, p. 60-63, mar./abr. 2004.

SAMEL, C. **Reflexões sobre os sentimentos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Centro Redentor, 2005. 125 p.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, p. 82-87, maio/jun. 2007. Supl. 1.

SANTANA, R. C. M. C. **Envelhecimento do sistema tegumentar**: revisão sistemática da literatura. 2004. 85 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SAUPE, R.; BROCA, G. S. Indicadores de qualidade de vida como tendência atual de cuidado a pessoas em hemodiálise. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n. 1, p. 100-106, jan./mar. 2004.

SAVIOLI, R. M. **Fronteiras da ciência e da fé**. São Paulo: Gaia, 2006. 175 p.

SAWATZKY, R.; PESUT, B. Attributes of spiritual care in nursing practice. **Journal Holistic Nursing**, Springfield, v. 23, n. 1, p. 19-33, Mar. 2005.

SEGURA-MUÑOZ, S. I. et al. Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, Ribeirão Preto. **Anais eletrônicos...** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002. Disponível em:
<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000005200200200010&lng=pt&nrm=abn>. Acesso em: 18 Mar. 2008.

SESSO, R.; AJZEN, H. Tratamento dialítico do paciente renal crônico. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 3-4, fev. 1995.

SESSO, R. **Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção**. s/d. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/irc_prof.htm>. Acesso em: 15 jul. 2008.

SILVA, V. M. et al. Clinical indicator of ineffective airway clearance in children with congenital heart disease. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, 2008. (Prelo).

SILVEIRA, R. C. C. P. **O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman**: a busca de evidências. 2005. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SIMONI, J. M.; COOPERMAN, N. A. Stressors and strengths among women living with HIV/AIDS in New York City. **AIDS Care**, London, v. 12, n. 3, p. 291-298, June 2000.

SIMMONS, B. et al. Clinical reasoning in experienced nurses. **Western Journal of Nursing Research**, Beverly Hills, v. 25, n. 6, p. 701-719, Oct. 2003.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Brunner e Suddart**: tratamento de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 1813 p.

SMUCKER, C. A phenomenological description of the experience of spiritual distress. **Nursing Diagnosis**. Philadelphia, v. 7, n. 2, p. 81-91, Apr./June 1996.

SOARES, C. M. B. et al. Curso clínico da insuficiência renal crônica em crianças e adolescentes admitidos no programa interdisciplinar do HC-UFG. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.117-125, set. 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Amostragem dos Centros de Diálise do Brasil**: Censo da SBN – Jan/2007. 2007. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Censo/2007/SBN_Censo_Dialise_2007.doc>. Acesso em: 15 de jul. 2008.

SOUZA, E. F.; MARTINO, M. M. F; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 629-635, dez. 2007.

SPARKS, S. M.; LIEN-GIESCHEN, T. Modification of the Diagnostic Content Validity Model. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 5, n. 1, p. 31-35, Jan./Mar. 1994.

SPURLOCK, W. R. Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. **Geriatric Nursing**, London, v. 26, n. 3, p.154-161, May/June 2005.

STERN, J.; JAMES, S. Every person matters: enabling spirituality education for nurses. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n. 7, p. 897-904, July 2006.

STETLER, C. D. et al. Evidence-based Practice and role of nursing leadership. **Journal Advanced Nursing**, Oxford, v. 28, n. 7-8, p. 45-53, July/Aug. 1998.

SUMNER, C. H. Recognizing and responding to spiritual distress. **American Journal of Nursing**, New York, v. 98, n. 1, p. 26-30, Jan. 1998.

SWINTON, J. Spirited approach. Interview by Stephen Wright. **Nursing Standard**, Harrow, v. 20, n. 22, p. 24-25, Feb. 2006.

TANYI, R. A. Towards clarification of the meaning of spirituality. **Journal Advanced Nursing**, Oxford, v. 39, n. 5, p. 500-509, Sept. 2002.

TANYI, R. A. et al. Perceptions of incorporating spirituality into their care: a phenomenological study of female patients on hemodialysis. **Nephrology Nursing Journal**, Pitman, v. 33, n. 5, p. 532-538, Sept./Oct. 2006.

TANYI, R. A.; WERNER, J. S. Adjustment spirituality and health in women on hemodialysis. **Clinical Nursing Research**, Newbury Park, v. 12, n. 3, p. 229-245, Aug. 2003.

_____. Women's experience of spirituality within end-stage renal disease and hemodialysis. **Clinical Nursing Research**, Newbury Park, v. 17, n. 1, p. 32-49, Feb. 2008.

TAYLOR, E. J. Spirituality, culture, and cancer care. **Seminars in Oncology Nursing**, Philadelphia, v. 17, n. 3, p. 197-205, Aug. 2001.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LeMONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592 p.

TERRA, F. S. **Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário**. 2007. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, 2007.

THIEFFREY, J. H. Necesidades espirituales del enfermo terminal. **Labor Hospitalaria**, Barcelona, v. 24, n. 225-226, p. 222-236, dic. 1992.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 912 p.

TODRES, I.; CATLIN, E.; THIEL, M. The intensive in a spiritual care training program adapted for clinicians. **Critical Care Medicine**, Philadelphia, v. 33, n. 12, p. 2733-2736, Dec. 2005.

TWIBELL, R. S. et al. Spiritual and coping needs of critically ill patients: validation of nursing diagnoses. **Dimensions of Critical Care Nursing**, Hagerstown, v. 15, n. 5, p. 245-253, Sept./Oct. 1996.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VAN DOVER, L.; BACON, J. Spiritual care in nursing practice: a close-up view. **Nursing Forum**, Pittsburgh, v. 36, n. 3, p. 18-30, July/Sept. 2001.

VAN LEEUWEN, R.; CUSVELLER B. Nursing competencies for spiritual care. **Journal Advanced Nursing**, Oxford, v. 48, n. 3, p. 234-246, Nov. 2004.

VILLAGOMEZA, L. R. Spiritual distress in adult cancer patients: toward conceptual clarity. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v. 19, n. 6, p. 285-294, Nov./Dec. 2005.

_____. Mending broken hearts: the role of spirituality in cardiac illness: a research synthesis, 1991-2004. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v. 20, n. 4, p. 169-186, July/Aug. 2006.

VOLCAN, S. M. A. **A Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: um estudo transversal em universitário**. 2002. 53 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comportamento) - Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2002.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 440-445, ago. 2003.

VORATO, V. A. G.; TRUZZI, O. M. S.; PARVARINI, S. C. I. Programas para idosos independentes: um estudo sobre seus egressos e a prevalência de doenças crônicas. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 13, n. 1, p. 107-114, jan./mar. 2004.

WALKER, L.; AVANT, K. Strategies for theory construction in nursing. 3. ed. Norwalk: Appleton and Lange, 1995. 222 p.

WALL, B. M.; PHILIPS, J. P.; HOWARD, J. C. Validation of increased intracranial pressure and high risk for increase intracranial pressure. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 5, n. 2, p. 74-81, Apr./June 1994.

WALTON, J. Spirituality of patients' recovery from an acute myocardial infarction: a grounded theory study. **Journal Holistic Nursing**, Springfield, v.17, n.1, p. 34-53, Mar. 1999.

_____. Finding a balance: a grounded theory study of spirituality in hemodialysis patients. **Nephrology Nursing Journal**, Pitman, v.29, n.5, p. 447-457, Oct. 2002.

WARNOCK, D. G. Insuficiência renal crônica. In: BENNET, J. C.; PLUM, F. **Cecil: tratado de medicina interna**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 614-622.

WILDING, C.; MUIR-COCHRANE, E.; MAY, E. Treading lightly: spirituality issues in mental health nursing. **International Journal of Mental Health Nursing**, Carlton, v. 15, n. 2, p.144-152, June 2006.

WILLIAMS, A. L. Perspectives on spirituality at the end of life: A meta-summary. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, v. 4, n. 4, p. 407-417, Dec. 2006.

WHITLEY, G. G. Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 10, n. 1, p. 5-14, Jan./Mar. 1999.

WHITEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, Dec. 2005.

WONG, S. S.; WILCZYNSKI, N. L.; HAYNES, R. B. Optimal Cinahl search strategies for identifying therapy studies and review articles. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 38, n. 2, p. 194-199, May 2006.

WRIGHT, L. M. **Spirituality, suffering, and illness: ideas for Healing**. Philadelphia: F. A. Davis, 2005. 229 p.

YANG, S. C. et al. Quality of life and its determinants of hemodialysis patients in Taiwan measured with WHOQOL-brief (TW). **American Journal of Kidney Diseases**, Philadelphia, v. 46, n. 4, p. 635-641, Oct. 2005.

APÊNDICES

APENDICE A – Descrição dos estudos que compuseram a amostra da *Revisão Integrativa*

Estudo 1:

BROWN, A.; WHITNEY, S.; DUFFY, J. 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.		
Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Explorar o papel do médico na investigação e tratamento da “angústia espiritual” em pacientes terminais.	Revisão da literatura (não há descrição do delineamento metodológico realizado)	<p>O médico pode e deve estar preparado para ajudar no alívio do sofrimento, auxiliando o paciente a alcançar um completo senso de paz e objetivo no fim da vida.</p> <p>O papel dos médicos no cuidado, quando nenhum tratamento curativo está disponível, exige atenção para a jornada espiritual de seus pacientes, que por sua vez não está limitada pela cultura ou religião.</p> <p>O médico pode estar em sintonia com as necessidades espirituais de seus pacientes, estando atento à possibilidade de angústia espiritual e preparado para respondê-la.</p> <p>Embora modelos estruturados estejam sendo desenvolvidos para avaliar e responder à angústia espiritual, muitas vezes os pacientes só estão pedindo à seus médicos para estarem presentes e ouvi-los, durante sua doença em direção à morte.</p>

Estudo 2:

TODRES, I.; CATLIN, E.; THIEL, M. The intensive in a spiritual care training program adapted for clinicians. Critical Care Medicine , Philadelphia, v. 33, n. 12, p. 2733-2736, Dec. 2005.		
Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
<ul style="list-style-type: none"> Relatar sobre os primeiros seis anos do Programa Formação Pastoral Clínica adaptada para profissionais de saúde, Relatar sobre a experiência dos profissionais de saúde na Unidade de Cuidados Intensivos. Descrever o processo didático e reflexivo das competências adquiridas e refinadas para lidar com as principais preocupações dos pacientes e suas famílias. 	<p>Delineamento não experimental</p> <p>Pesquisa descritiva (Relato de Experiência)</p> <p>Apresenta a descrição da análise dos seis primeiros anos de um Programa de Formação Pastoral Clínica (CPE) modificado para cuidados médicos.</p> <p>Foi baseado no relato de experiência de dois médicos intensivistas.</p> <p>Os relatórios dos médicos foram cuidadosamente revistos, depois de obtida autorização escrita; com participação voluntária e anônima.</p> <p>Foi enfatizada a pertinência da experiência de capelania para prática clínica.</p>	<p>Nos últimos seis anos, o programa foi credenciado para a formação de profissionais de saúde, no qual já se formaram 53 médicos. Os graduandos têm incorporado a formação pastoral dentro da prática de clínica médica, na pesquisa e/ou Educação.</p> <p>Os Resultados relatados pelos formandos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prática clínica infundida em uma nova consciência, sensibilidade e linguagem; Os alunos aprenderam a relacionar-se de forma mais significativa com os seus doentes e familiares; A angústia espiritual tornou-se reconhecível tanto nos pacientes, como nos cuidadores e até mesmo nos próprios profissionais. <p>Conclui-se que este é o único programa de formação pastoral clínica que fornece conhecimento, linguagem e compreensão para explorar e apoiar questões espirituais e religiosas, confortando doentes e as suas famílias.</p>

Estudo 3:

PRONK, K. Role of the doctor in relieving spiritual distress at the end of life. American Journal of Hospice and Palliative Medicine , Weston, v. 22, n. 6, p. 419-425, Nov. 2005.		
Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Explorar a forma como o médico pode abordar o alívio do sofrimento espiritual.	Revisão da literatura (não há descrição do delineamento metodológico realizado)	<p>Todo ser humano tem uma espiritualidade ou um desejo, conscientemente reconhecido, de compreender seu lugar no universo e a finalidade da própria existência. Esta conscientização espiritual tem sido amplamente reconhecida como poderoso aliado à pessoas que estão confrontando a morte, ou que receberam um diagnóstico de doença incurável.</p> <p>Cada pessoa experimenta sua própria jornada espiritual, e por isso não pode haver uma fórmula fixa de prestação de assistência espiritual, no entanto, é importante para o médico estar consciente e preparado para dar resposta a necessidades espirituais, como parte integrante do cuidado holístico ao paciente.</p> <p>A “relação médico/paciente”, no cuidado espiritual, deve ser determinada pelo próprio paciente.</p>

Estudo 4:

VILLAGOMEZA, L. R. Spiritual distress in adult cancer patients: toward conceptual clarity. Holistic Nursing Practice , Hagerstown, v. 19, n. 6, p. 285-294, Nov./Dec. 2005.		
Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Esclarecer o que é Angústia espiritual por meio da análise de conceito e fornecer aos enfermeiros dicas para seu reconhecimento em doentes adultos com Câncer.	<p>Delineamento não-experimental (Pesquisa descritiva)</p> <p>Análise de conceito:</p> <p>Foi utilizado o método Walker e Avant, descrito em 8 passos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seleção do conceito 2. Identificação dos objetivos da análise 3. Identificação do uso dos conceitos 4. Determinação dos atributos 5. Construção caso modelo 6. Construção de outros casos 7. Identificação de antecedentes e consequências 8. Definição dos referentes empíricos. 	<p>A angústia espiritual é definida como uma desarmonia em sete construtos de espiritualidade: Conexão, sistema de fé e crença religiosa, sistema de valores, significado e propósito na vida, auto-transcendência, paz interior e harmonia, e força espiritual e energia.</p> <p>O reconhecimento dessas alterações pode ser feito de diferentes formas, contudo o estudo sugere uma lista de referentes empíricos que podem guiar sua investigação.</p> <p>O conhecimento sobre angústia espiritual por meio da análise de conceito pode preencher a lacuna criada pela falta de instrumentos para mensurar o fenômeno.</p>

Estudo 5:

LOH, K. Y. Spiritual distress in a terminally ill patient with breast cancer. International Journal of Palliative Nursing , London, v. 10, n. 3, p. 131-132, Mar. 2004.		
Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Relatar a situação de angústia espiritual apresentada por uma paciente com câncer de mama terminal	Relato de caso O autor relata o caso de uma paciente com câncer de mama terminal, em que ao visitá-la o médico percebe sinais de angústia espiritual.	A relutância da mulher em falar sobre a doença e a recusa em receber a visita dos filhos foram sinais de angústia espiritual. Contudo o médico permitiu que ela falasse de seus sentimentos, ouvindo-a com atenção e incentivando-a a lidar com esse sofrimento.

Estudo 6:

GALLAGHER, S. Recognizing spiritual distress. **Ostomy Wound Management**, King of Prussia, v. 48, n. 4, p.16-18, Apr. 2002.

Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Analisar a relação paciente-profissional no âmbito da angústia espiritual e das virtudes éticas	Relato de caso O autor relata o caso de uma paciente com câncer do ovário em fase terminal.	A paciente atribui sua doença à punição de Deus por seus erros e expressa sentimento de abandono. O médico conversou sobre sua preocupação, providenciando um capelão para discutir a situação. O autor conclui que o médico agiu de uma forma em que a compaixão foi a prioridade na sua intervenção. Ao ajudar com as questões espirituais, o resultado terapêutico também pôde ser melhor. Compaixão nos cuidados de saúde é imperativo, especialmente quando se lida com o processo de decisão de natureza moral.

Estudo 7:

VAN DOVER, L.; BACON, J. Spiritual care in nursing practice: a close-up view. **Nursing Forum**, Pittsburgh, v. 36, n. 3, p. 18-30, July/Sept. 2001.

Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Descrever as experiências dos enfermeiros e pacientes envolvidos nos encontros da assistência espiritual	Estudo qualitativo, utilizando “grounded theory”, em que foi realizada uma entrevista a 20 enfermeiras que realizavam o cuidado espiritual. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas a análise do conteúdo, com constantes comparações e múltiplas revisões	Foram identificadas semelhanças, diferenças e elementos-chave nos resultados do processo de cuidado espiritual. Embora situações clínicas fossem variadas, todos envolveram crises da doença, sofrimento ou Morte. Os enfermeiros estavam prontos e disponíveis para avaliar sinais das necessidades espirituais ou da angústia espiritual e oferecer intervenções espirituais. Eles ofereceram oração e outras formas de apoio espiritual que facilitaram o bem-estar, a saúde ou o processo de morte. Portanto, nesse estudo os enfermeiros estiveram ativamente envolvidos no processo de cuidar espiritual. Esses resultados servem de suporte para o reconhecimento das dimensões de Angústia espiritual e para o cuidado espiritual, demonstrando a importância da habilidade do enfermeiro em favorecer o diálogo com Deus.

Estudo 8:

BURKHART, L.; SOLARI-TWADELL, A. Spirituality and religiousness: differentiating the diagnoses through a review of the nursing literature. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 12, n. 2, p. 45-50, Apr./June 2001.

Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Explorar a diferença entre as definições de espiritualidade e religiosidade.	Revisão de literatura (não há descrição do delineamento metodológico realizado)	Religião e Espiritualidade são dois construtos diferentes, resultando em diagnósticos de enfermagem também diferentes. O autor sugere a construção de diagnósticos de enfermagem voltados para a religiosidade do paciente. Angústia espiritual e Religiosidade prejudicada são diagnósticos de enfermagem diferentes, que podem possuir alguns elementos em comum, porém requerem intervenções distintas.

Estudo 9:

CRESSEY, R. W.; WINBOLT-LEWIS, M. The forgotten heart of care: a model of spiritual care in the National Health Service. Accident and Emergency Nursing , Edinburgh, v. 8, n. 3, p. 170-177, July 2000.		
Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Definir cuidado espiritual, definir e estabelecer como identificar a <i>Angústia espiritual</i> , e sugerir formas de avaliação do cuidado espiritual	Revisão da literatura (não há descrição do delineamento metodológico realizado)	<p>É difícil encontrar uma definição de “cuidado espiritual” que englobe todas as suas facetas; contudo, pode ser definido como “terapia do espírito humano, a arte de dar e receber amor na jornada em direção ao significado, à integridade e à saúde.”</p> <p>Angústia espiritual é definida como: "O mal causado pelo aparecimento e progressão de uma doença que, apesar das práticas médicas e de enfermagem, o paciente ainda tem um sentimento de isolamento, fragmentação ou desespero". Para identificá-la, é preciso conhecer as necessidades dos pacientes de: Ser valorizado; Encontrar significado; Ter esperança; Emoções, Dignidade; Verdade e honestidade; necessidade de comunicação; de lidar com a morte, luto e perdas; de Religião e Cultura.</p> <p>A avaliação do cuidado espiritual deve ser algo contínuo, que inclua a busca de qualidades como: compaixão, ternura, mansidão, alegria, paz, bondade, o respeito, sensibilidade, fé e respeito. Conclui-se que, embora pareça haver um crescente interesse nessa área, há poucos meios concretos de identificar e avaliar as necessidades espirituais do paciente.</p>

Estudo 10:

SUMNER, C. H. Recognizing and responding to spiritual distress. American Journal of Nursing , New York, v. 98, n. 1, p. 26-30, Jan. 1998.		
Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Analisar alguns pontos sobre espiritualidade e cuidado espiritual	Revisão da literatura (não há descrição do delineamento metodológico realizado)	<p>A angústia Espiritual pode ser manifestada por raiva em direção a Deus; preocupações com sentido da vida, da dor, do sofrimento, e da morte. Espiritualidade e religião são construtos diferentes, sendo que a espiritualidade pode ter uma dimensão horizontal (sentido da vida) e outra vertical (ligação a Deus). As justificativas para o enfermeiro não praticar o cuidado espiritual são: falta de conhecimento, desconforto e falta de tempo.</p> <p>O direito de receber cuidados que respeitem valores espirituais individual foi recentemente acrescentado à Comissão JCAHO; tornando essencial que os enfermeiros tenham habilidades para desenvolver os cuidados espirituais.</p>

Estudo 11:

PEHLER, S. R. Children's spiritual response: validation of the nursing diagnosis spiritual distress. Nursing Diagnosis , Philadelphia, v. 8, n. 2, p. 55- 67, Apr./June 1997.		
Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Validar o diagnóstico de enfermagem angústia espiritual em crianças	<p>Pesquisa descritiva (não-experimental)</p> <p>Foi utilizado modelo de Fehring (1987) para validação do conteúdo do diagnóstico.</p> <p>Utilizado um questionário para investigar a opinião sobre o conceito diagnóstico e as características definidoras descritos pela NANDA e as 13 características propostas McHolm (1990), mas não listadas na NANDA, utilizando uma escala tipo Likert.</p> <p>Para os fatores relacionados, o autor questionou a razão com que o respondente era convidado a avaliar a espiritualidade das crianças. O instrumento foi previamente validado em um estudo piloto e posteriormente enviado a 70 capelães, dos quais 26 constituíram a amostra.</p>	<p>Dos 24 capelães, 16 confirmaram o conceito dado pela NANDA ao DE, 6 indicaram que a definição estava inadequada, 4 não responderam esta questão.</p> <p>Das 34 características definidoras validadas, somente duas foram consideradas como “maiores” e apenas no grupo de crianças com idade entre 13 e 18 anos: preocupação com o significado da morte e alteração no comportamento/humor: ansiedade. Entre os fatores relacionados, a morte e a doença grave foram os mais comuns. O autor conclui que há necessidade de que os enfermeiros recebam formação sobre espiritualidade e de que as pesquisas definam o que seja uma resposta espiritual e suas intervenções.</p>

Estudo 12:

GEORGESEN, J.; DUGAN, J. Managing spiritual distress in patients with advanced cancer pain. **Cancer Nursing**, Hagerstown, v. 19, n. 5, p. 376-383, Oct. 1996.

Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Descrever e avaliar uma estratégia de assistência de enfermagem baseada no modelo de dinâmica da integração de Dungan .	Relato de Caso Trata-se da descrição e avaliação de uma abordagem baseada no modelo de dinâmica da integração de Dungan, referentes a um protocolo que incluiu modalidades de enfermagem para lidar com sofrimento espiritual a doentes com dor devido ao câncer grave e recorrente. O autor analisa dois casos de angústia espiritual e compara com mais outros dois.	Em todos os casos apresentados, houve validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual relacionado com dor de câncer avançado ou recorrente. A característica definidora que ajudou a confirmar o diagnóstico foi <i>Pesar, efetivo ou antecipada</i> , que esteve presente em todos os pacientes com dor de moderada a severa. A dor acompanhada do diagnóstico de câncer é devastadora e causava desintegração do corpo, mente e espírito. As Doenças graves levam o indivíduo a direcionar o significado e propósito da vida, a relação com Deus e com os outros e a realidade da morte.

Estudo 13:

SMUCKER, C. A phenomenological description of the experience of spiritual distress. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 7, n. 2, p. 81-91, Apr./June 1996.

Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Descrever o fenômeno da <i>Angústia espiritual</i> , conceituar o diagnóstico e evoluir as características definidoras	Estudo qualitativo, utilizando a fenomenologia e análise hermenêutica. Os participantes foram 10 adultos. Foi realizada uma entrevista, em que foi pedido aos participantes para descrever as experiências que os fizeram sentir preocupados com o sentido da vida, da morte ou com suas crenças. As respostas foram gravadas, transcritas e analisadas, das quais foram extraídos temas (unidade de significado). Os participantes receberam uma cópia da sua transcrição para validação.	Os resultados do presente estudo indicaram que não é necessariamente uma situação de crise que leva uma pessoa a pensar sobre o sentido da vida, pode ocorrer durante eventos agradáveis também. As experiências descritas como espiritualmente estressantes tiveram duas fases, inter-relacionadas e interligadas como partes de um processo de reconstrução da vida. Na primeira fase, as pessoas sentiram que estavam falhando. Eles tentaram dar sentido ao evento e experimentaram uma sensação de algo além de si próprio. Na segunda fase, os indivíduos recuperaram a estabilidade, a experiente mudança e crescimento, sentiram-se conscientes do mistério da vida e continuaram a ter um sentimento de algo além de si próprios. A definição de angústia espiritual reflete as atuais conclusões do estudo "é uma experiência desconfortável de lutas espirituais e /ou existenciais dentro da qual existe um potencial de crescimento". As características que indicam o fenômeno são: verbalizar sentimentos de falha, dor e / ou instabilidade; verbalizar sentimentos de algo mais além; buscar por uma resposta física, emocional, social, ou espiritualmente positiva na crise e aceitar os limites do conhecimento.

Estudo 14:

TWIBELL, R. S. et al. Spiritual and coping needs of critically ill patients: validation of nursing diagnoses. Dimensions of Critical Care Nursing , Hagerstown, v. 15, n. 5, p. 245-253, Sept./Oct. 1996.		
Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Validar as características definidoras dos diagnósticos: <i>Angústia espiritual</i> e coping individual ineficaz	Delineamento não-experimental Pesquisa descritiva Foi realizada a validação de conteúdo, utilizando o modelo de Fehring (1986). A amostra foi constituída por 59 enfermeiras, membros da associação americana de cuidados intensivos de enfermagem, que responderam uma escala (NDVI-SC) contendo as características definidoras identificadas pela NANDA para cada diagnóstico, com possibilidade de ser adicionada nova característica pelo respondente.	Para o diagnóstico de <i>Angústia espiritual</i> , sete características definidoras foram consideradas características maiores (escore variando de 4.0 a 4.2) e duas foram menores. As características “expressa não ter razão pra viver” e “mostra desajuste emocional consigo e com os outros” são mais importantes para o diagnóstico de <i>Coping ineficaz</i> que para <i>Angústia espiritual</i> . A enfermagem para cuidados críticos pode melhorar a condição de saúde do paciente, atendendo suas necessidades espirituais e de coping. Mas, primeiramente, deve tornar-se familiar com as características definidoras de cada diagnóstico e desenvolvendo habilidades para direcionar essas necessidades.

Estudo 15:

HENSLEY, L. D. Spiritual distress: a validation study. In: CARROLL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Eds.). Classification of nursing diagnoses : proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Association. Philadelphia: Lippincott, 1992. p. 200-202.		
Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Explorar a validade das características definidoras do diagnóstico <i>Angústia espiritual</i>	Estudo descritivo não-experimental. Foi realizada a validação de conteúdo, utilizando o modelo de Fehring (1986). A amostra foi constituída por 59 enfermeiras, membros da associação americana de cuidados intensivos de enfermagem. O instrumento utilizado foi uma escala tipo Likert, contendo as 19 características definidoras propostas pela NANDA, com espaço para o respondente acrescentar novas características, que julgasse pertinentes.	Somente foi considerada característica maior: “expressa preocupação com o significado da vida, da morte e do sistema de crença”. Contudo, são necessários maiores estudos para identificar as demais características, inclusive aquelas que não estão listadas na NANDA, o que requer o uso de enfermeiros <i>experts</i> no diagnóstico.

Estudo 16:

HELIKER, D. Reevaluation of a nursing diagnosis: Spiritual Distress. Nursing Forum , Philadelphia, v. 27, n. 4, p. 15-20, Oct./Dec. 1992.		
Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Examinar o diagnóstico <i>Angústia espiritual</i> , de acordo com os critérios: poder de discriminação, generalidade, flexibilidade, utilidade e exclusividade (Critérios de Gordon)	Revisão de literatura (não há descrição do delineamento metodológico realizado)	A espiritualidade e a angústia espiritual são fenômenos difíceis de conceituar, pois sua definição depende da perspectiva do indivíduo. Por isso, a visão de diferentes disciplinas é necessária, pois ilustra a diversidade do fenômeno. Da forma com que a angústia espiritual vem sendo definida, não se consegue descrever o desespero espiritual da pessoa. O enfermeiro não está preparado para lidar com esta resposta, falta a perspectiva de globalidade, flexibilidade e generalidade da espiritualidade humana. É necessário conhecer a diversidade das características de angústia espiritual e, até que esse conhecimento seja alcançado, o diagnóstico se torna prematuro.

Estudo 17:

McHOLM, F. A. A Nursing diagnosis validation study: defining characteristics of spiritual distress. In: CARROLL-JOHNSON, R. M. (Ed.). **Classification of nursing diagnoses**: proceedings of the ninth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1991. p. 112–119.

Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Identificar as características definidoras de <i>Angústia espiritual</i> observadas por enfermeiras em pacientes oncológicos e compará-las à lista de característica proposta pela NANDA ao diagnóstico.	Estudo descritivo não-experimental. Foi realizada a validação de conteúdo, utilizando o modelo de Fehring (1986), utilizando Spiritual Distress Defining Defining Characteristic Tool (Likert), que lista 41 características de angústia espiritual identificadas na literatura (das quais 13 não estavam listadas na NANDA). A amostra foi constituída por 97 enfermeiras, membros da Oncology Nursing Society, de 31 diferentes estados.	As características que obtiveram escores maiores que 0.75 (Fehring, 1986) e identificadas como “críticas” foram: ansiedade, falta de coragem, choro, dicas de necessidades espirituais/religiosas, depressão, medo e desespero. Porém, as três últimas também são categorias diagnósticas. Das 19 características listadas da NANDA, 14 obtiveram escore maior que 0,50, ou seja, mais de 25% das características propostas pela NANDA ao diagnóstico não foram considerados bons indicadores de angústia espiritual. As 13 características não listadas na NANDA foram identificadas no estudo com escore maior que 0,50. As descobertas desse estudo sugerem que existem outros indicadores de angústia espiritual, considerados mais importantes, mas que não são reconhecidos pela NANDA.

Estudo 18:

BURNARD, P. Spiritual distress and the nursing response: theoretical considerations and counseling skills. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 377-382, May 1987.

Objetivo	Metodologia	Resultados e conclusões
Analisar alguns aspectos da utilização da abordagem “não-diretiva” no aconselhamento espiritual das pessoas com angústia espiritual	Revisão de literatura (não há descrição do delineamento metodológico realizado)	A necessidade de encontrar significado naquilo que fazemos é uma necessidade humana básica. O desespero ou a incapacidade de encontrar significado tem sido descrito como um estado de espírito diferente de depressão e identificado como o “questionamento da vida”. Esse sentimento é caracterizado por alguns autores como desespero, angústia e um sentimento de vazio. Pode ser um grande desafio para a enfermagem lidar com as pessoas que sofrem de tais crises, tornando-se necessário o desenvolvimento de habilidades como: ouvir atentamente, fazer questionamentos abertos (que permitam a pessoa expressar seus sentimentos) e demonstrar empatia. O que pode ser também um processo de desenvolvimento pessoal para o enfermeiro. O mais importante não é chegar ao fim de um processo e sim envolver se com ele.

APENDICE B - Instrumento de coleta de dados para revisão integrativa**1. Identificação do artigo:**

- a) Título do artigo:
- b) Autor (es)/Área de Formação:
- c) Título do periódico:
- d) Volume, número, páginas e ano:
- e) País/Idioma do estudo:

2. Referencial teórico/ Metodológico

Conceitos chave:

3. Conceito de *Angústia espiritual*:

Atributos:

Conceitos relacionados:

4. Indicadores para *Angústia espiritual*:**3.Características Metodológicas**

- a) Objetivo (s) do estudo:

- b) Tipo de publicação:

- () Abordagem qualitativa: () Etnografia () Fenomenologia () Teoria Fundamental () Outras
- () Abordagem quantitativa: () Experimental () Quase experimental () Não experimental
- () Estudo de Revisão: () Narrativa () Sistemática () integrativa () Meta-análise
- () Relato de experiência
- () Reflexão teórica
- () Outro. Qual?

- c) População alvo:

Amostra: () Aleatória () Conveniência Tamanho (n) inicial: (n) final:

Características: idade (média): Sexo: F() M() Raça: Cultura: Religião:

Diagnóstico:

Critérios de inclusão: () sim () não quais?

Critérios de exclusão: () sim () não quais?

d) Coleta de dados:

Utiliza Instrumento: () SIM () NÃO TIPO:

Nome/Autor/ano de construção do instrumento:

Foco de análise ou variáveis do estudo:

4. Análise dos dados

() Descritiva

() Inferencial

Descrição:

5. Resultados do estudo:

Descrição:

6. Conclusões do estudo:

Descrição:

7. Implicações para a enfermagem

Descrição:

8. O estudo aponta a presença de viés? ()sim ()não

Quais?

9. Nível de Evidência (Stetler et al., 1998):

I () IV ()

II () V ()

III () VI ()

Observações Necessárias:

APENDICE C - Avaliação da proposta de modificação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*

Prezado Colega:

Estou realizando um estudo denominado “Revisão do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*” e gostaria de pedir sua colaboração para avaliação da proposta de modificação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual* listadas na NANDA (2008).

Portanto, solicito que leia o quadro abaixo, que é constituído pelas características definidoras apresentadas pela NANDA (2006) e também por aquelas emanadas da revisão integrativa sobre angústia espiritual e que serão adotadas neste estudo. Seu julgamento deve ser quanto à clareza, objetividade e pertinência da proposta. Há um espaço, diante de cada item, destinado a seus comentários e sugestões.

Também estou disponibilizando, em anexo, a etapa do estudo em que foi extraída a proposta de reformulação das características definidoras, junto com as referências utilizadas.

Antecipadamente agradeço sua colaboração e me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Érika de Cássia Lopes Chaves

Características Definidoras Listadas Pela Nanda (2006)	Proposta de Modificação	Comentários E Sugestões
<p>Ligação consigo mesmo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expressa falta de: <ul style="list-style-type: none"> Esperança Significado e objetivo na vida Serenidade / paz Aceitação Amor Auto – perdão Coragem • Sente raiva • Sente culpa • Apresenta enfrentamento ineficaz <p>Ligações com Terceiros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recusa integrar-se com líderes espirituais • Recusa integrar-se com pessoas significativas • Verbaliza estar separado de seu sistema de apoio • Expressa alienação <p>Ligações com arte, música, literatura e natureza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • É incapaz de expressar criatividade anterior (cantar, ouvir música e escrever) • Não se interessa pela natureza • Não se interessa por literatura espiritual <p>Ligações com um ser maior</p> <ul style="list-style-type: none"> • É incapaz de rezar • É incapaz de participar de atividades religiosas • Acredita ter sido abandonado por Deus • Expressa raiva de Deus • É incapaz de experimentar o transcendente • Pede para ver o líder religioso • Apresenta mudanças repentinas nas práticas religiosas • É incapaz de voltar para dentro de si/ introverter-se ser introspectivo • Expressa estar sem esperança, sofrendo 	<p><i>Alteração no sentimento de significado e propósito na vida:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Expressa falta de significado e propósito da vida^{2,3,4,8,5,9,10,12,13,14,16} • Questiona o sofrimento e a doença^{2,3,4,5,10,14,16} • Questiona o significado da morte e/ou expressa sentimento de pesar^{8,10,11,13,16} • Verbaliza preocupação/distúrbio com relação ao sistema de crenças e valores^{4,8,10,13,14,15,16} • Verbaliza necessidade de assistência espiritual^{4,14} <p><i>Distúrbio na habilidade de conexão consigo, com Deus/Ser Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Expressa sentimento de culpa/ Sente que a doença é uma punição^{2,4,5,12,15} • Sente incapacidade de amar e ser amado^{4,8} • Expressa falta de coragem^{1,4,18} • Expressa falta de esperança^{4,8} • Expressa raiva^{1,4,5,7,14,18} • Verbaliza falta de harmonia interior, aflição/inquietação/agitação^{4,11,12} • Expressa alteração de comportamento: choro/lamentação^{4,7,13,18} • Sente-se abandonado^{4,6,15,17} • Expressa raiva de Deus^{4,10,13} • Expressa desespero^{1,4,7,13,18} • Expressa sentimento de alienação e isolamento^{4,5,8,13,14,18} • Separa-se das pessoas significativas^{2,4,8} • Não se interessa pela natureza⁴ • É incapaz de experimentar o estado anterior de criatividade⁴ <p><i>Alteração no sentimento de transcendência:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Expressa alteração no sentimento de auto-transcendência^{4,12} 	

REFERÊNCIAS

1. BROWN, A.; WHITNEY, S.; DUFFY, J. The physician's role in the assessment and treatment of spiritual distress at the end of life. **Palliative and Supportive Care**, v. 4, n. 1, p. 81-86, Mar. 2006.
2. TODRES, I.; CATLIN, E.; THIEL, M. The intensivist in a spiritual care training program adapted for clinicians. **Critical Care Medicine**, Philadelphia, v. 33, n. 12, p. 2733-2736, Dec. 2005.
3. PRONK, K. Role of the doctor in relieving spiritual distress at the end of life. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 22, n. 6, p. 419-425, Nov. 2005.
4. VILLAGOMEZA, L. Spiritual distress in adult cancer patients: toward conceptual clarity. **Holistic Nursing Practice**, v. 19, n. 6, p. 285-294, Nov. 2005.
5. LOH, K. Y. Spiritual distress in a terminally ill patient with breast cancer. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 10, n. 3, p. 131-132, 2004.
6. GALLAGHER, S. Ethics. Recognizing spiritual distress. **Ostomy Wound Management**, v. 48, n. 4, p. 16-18, Apr. 2002.
7. VAN DOVER, L. J.; BACON, J. M. Spiritual care in nursing practice: a close-up view. **Nursing Forum**, v. 36, n. 3, p. 18-30, July-September 2001.
8. CRESSEY, R. W.; WINBOLT-LEWIS, M. The forgotten heart of care: a model of spiritual care in the National Health Service. **Accident and Emergency Nursing**, v. 8, n. 3, p. 170-177, Jul. 2000.
9. BURKHART, L.; SOLARI-TWADELL, A. Spirituality and religiousness: differentiating the diagnoses through a review of the nursing literature. **Nursing Diagnosis**, v. 12, n. 2, April-June 2001.
10. SUMNER, C. H. Recognizing and responding to spiritual distress. **American Journal of Nursing**, v. 98, n. 1, p. 26-30, Jan. 1998.
11. PEHLER, S. Children's spiritual response: validation of the nursing diagnosis spiritual distress. **Nursing Diagnosis**, v. 8, n. 2, p. 55-66, Apr. 1997.
12. SMUCKER, C. A phenomenological description of the experience of spiritual distress. **Nursing Diagnosis**, v. 7, n. 2, p. 81-91, Apr.-Jun. 1996.
13. GEORGESEN, J.; DUNGAN, J. Managing spiritual distress in patients with advanced cancer pain. **Cancer Nursing**, v. 19, n. 5, p. 376-383, Oct. 1996.
14. TWIBELL, R.; WIESEKE, A.; MARINE, M.; SCHOGGER, J. Spiritual and coping needs of critically ill patients: validation of nursing diagnoses. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 15, n. 5, p. 245-253, Sep. 1996.
15. HELIKER, D. Reevaluation of a nursing diagnosis: spiritual distress. **Nursing Forum**, v. 27, n. 4, p. 15-20, 1992.
16. HENSLEY, L. D. Spiritual distress: a validation study. In: CARROLL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Eds.). **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference**. Philadelphia: Lippincott, 1992. p. 200-202.
17. McHOLM, F. A. A Nursing diagnosis validation study: defining characteristics of spiritual distress. In: CARROLL-JOHNSON, R. M. (Ed.). **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the ninth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincott, 1991. p. 112-119.
18. BURNARD, P. Spiritual distress and the nursing response: theoretical considerations and counseling skills. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 377-382, May 1987.

APENDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – *para o perito*
(Decreto 93.933 de 14/01/87; Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde).

Prezada Colega,

Vimos por meio deste, solicitar sua participação no estudo denominado “*Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual*”, cujo propósito é validar o referido diagnóstico. A sua colaboração consiste em responder o instrumento (segue por e-mail), cujo objetivo é analisar a pertinência do título, definição e características definidoras do diagnóstico, bem como sua disposição na Taxonomia II da NANDA.

Esclarecemos que é assegurado total sigilo sobre sua identidade e que tem o direito de deixar de participar do estudo, em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Poderá solicitar esclarecimento quando sentir necessidade e sua resposta será respeitosamente utilizada em trabalhos e eventos científicos da área de saúde, sem restrições de prazo e citações, desde a presente data. Caso concorde em participar, é preciso assinar esse termo, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra da pesquisadora.

Antecipadamente agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Érika de Cássia Lopes Chaves
Autora da pesquisa

Emília Campos de Carvalho
Orientadora

Contato:

Érika: e-mail: echaves@usp.br. Telefone. (35)3299 1380.

Dra Emília: e-mail ecdava@eerp.usp.br telefone (016) 3602 3475

Endereço: Av. Bandeirantes 3900, Campus da USP, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Consentimento de participação:

Eu _____ RG/CPF: _____ abaixo

assinado, concordo em participar do estudo: “*Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual*”, sob responsabilidade da pesquisadora *Erika de Cássia Lopes Chaves*, como sujeito voluntário(a).

_____ **Data:** ____/____/____.

Assinatura

APENDICE E – Refinamento dos instrumentos de coleta de dados -Validação por Especialista

Prezado Colega:

Estou realizando um estudo denominado “Revisão do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*” e gostaria de pedir sua colaboração para avaliação do instrumento a ser destinado à coleta de dados, para validação de conteúdo do diagnóstico em estudo, junto a enfermeiros peritos.

O seu julgamento deve ser quanto à facilidade de leitura, clareza, objetividade e apresentação do instrumento propriamente dito. Para tal, solicito que leia o instrumento, que segue em anexo, e responda no formulário abaixo às questões destinadas à sua avaliação.

Antecipadamente agradeço sua colaboração e me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Érika de Cássia Lopes Chaves

Roteiro de refinamento dos instrumentos de coleta de dados

a) Aspecto geral:

ITENS/AVALIAÇÃO	Compreensão	Formato/apresentação	Pertinência	Sugestões
Título do instrumento	() Sim () Não	() adequado () inadequado	() Sim () Não	
Aparência do instrumento	() Sim () Não	() adequado () inadequado	() Sim () Não	
Identificação do sujeito	() Sim () Não	() adequado () inadequado	() Sim () Não	
Orientações oferecidas	() Sim () Não	() adequado () inadequado	() Sim () Não	
Conceitos utilizados	() Sim () Não	() adequado () inadequado	() Sim () Não	

Comentários:

b) Itens do Instrumento

Características definidoras	Rótulo	Formato / Apresentação	Conceito apresentado	Sugestões
1. Expressa alteração de comportamento: raiva	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
2. Expressa alteração de comportamento: choro	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
3. Expressa falta de aceitação	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
4. Expressa falta de coragem	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
5. Expressa falta de esperança	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
6. Expressa falta de amor	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
7. Expressa falta de significado e propósito na vida	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
8. Expressa falta de serenidade	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
9. Sentimento de culpa	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
10. Sentimento de Pesar	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
11. Expressa alienação e isolamento	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
12. Recusa integrar-se com pessoas significativas	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
13. É incapaz de expressar criatividade anterior	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
14. Não se interessa pela natureza:	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
15. Sente-se abandonado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
16. Expressa raiva de Deus	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
17. Expressa desespero	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
18. Expressa sofrimento	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
19. É incapaz de experimentar transcendência	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
20. Apresenta distúrbios ou preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
21. Distúrbio de sono	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
22. Distúrbio da imagem corporal	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	
23. Diminuição da habilidade de aprendizagem	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	☐ adequado ☐ inadequado	

Comentários:

APENDICE F - Instrumento de coleta de dados da *Validação por Especialista*

Prezado (a) Enfermeiro (a),

Estamos realizando um estudo denominado “*Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual*”, cujo propósito é validar o referido diagnóstico. Na primeira etapa do estudo, efetuada por meio de revisão integrativa da literatura, realizou-se a análise conceitual do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual, na qual observamos a necessidade de revisão do diagnóstico com relação a seu título, definição, indicadores e disposição na Taxonomia II da NANDA.

Corroboramos com os estudos que reconhecem a angústia espiritual como uma condição em que a espiritualidade do indivíduo sofre prejuízo em diversas dimensões humanas, tais como: senso de conexão com Deus, consigo mesmo, com os outros, com o universo; senso de transcendência e senso de significado e propósito na vida¹⁷. Diante dos resultados encontrados, propomos algumas mudanças na estrutura do diagnóstico e por isso gostaríamos de conhecer sua opinião e suas sugestões.

Para sua colaboração, pedimos a gentileza de responder o instrumento, que constitui a segunda etapa da pesquisa, cujo objetivo é realizar a validação por peritos das características definidoras do diagnóstico de enfermagem estudado, bem como a pertinência de seu título, conceito e sua disposição na taxonomia proposta pela NANDA. O instrumento é composto por duas partes, sendo a primeira relacionada à caracterização do respondente na área de interesse do estudo e a segunda a validação do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*.

Agradecemos sua valiosa contribuição e nos colamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Érika de Cássia Lopes Chaves (echaves@usp.br)

Orientação: *Dra. Emília Campos de Carvalho* (ecdcava@eerp.usp.br)

¹⁷ GREENSTREET, W. M. Teaching spirituality in nursing: a literature review. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 19, n. 8, p. 649-658, Nov. 1999.

LABUN, E. Spiritual care: an element in nursing care planning. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 13, n. 3, p. 314-320, May. 1988.

PRONK, K. Role of the doctor in relieving spiritual distress at the end of life. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, Weston, v. 22, n. 6, p. 419-425, Nov. 2005.

TODRES, I.; CATLIN, E.; THIEL, M. The intensive in a spiritual care training program adapted for clinicians. **Critical Care Medicine**, Philadelphia, v. 33, n. 12, p. 2733-2736, Dec. 2005.

VILLAGOMEZA, L. R. Spiritual distress in adult cancer patients: toward conceptual clarity. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v. 19, n. 6, p. 285-294, Nov./Dec. 2005.

PARTE 1 - Caracterização dos sujeitos

1. Idade (em anos completos):
2. sexo: () F () M
3. Cidade em que trabalha (atualmente):
4. Mencione o tempo (em anos completos) de experiência profissional:
5. Especifique sua crença religiosa ou espiritual (atualmente):
6. Já trabalhou ou trabalha com diagnóstico de enfermagem da NANDA?
() SIM () NÃO
Se sim, especifique a área e o tempo de experiência (em anos):
() no ensino /Tempo:
() na pesquisa /Tempo:
() no cuidado/Tempo:
7. Já trabalhou ou trabalha com o tema espiritualidade?
() SIM () NÃO
Se sim, especifique a área e o tempo de experiência (em anos):
() no ensino /Tempo:
() na pesquisa /Tempo:
() no cuidado/Tempo:
7. 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:
8. Realiza ou já realizou (autoria/co-autoria) trabalho abordando o tema **diagnóstico 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: _____
9. 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: _____
10. Já identificou o diagnóstico *Angústia espiritual* em sua prática clínica?
() nunca () poucas vezes () frequentemente

PARTE 2 - Validação do diagnóstico de enfermagem *Angústia espiritual*

1) O primeiro item se refere à **definição** do diagnóstico em estudo, para respondê-lo, leia atentamente cada conceito apresentado. Na coluna da esquerda, no quadro abaixo, é apresentado o conceito proposto pela NANDA, na coluna central a sugestão de mudança, baseada nos resultados identificados na revisão integrativa sobre *Angústia espiritual* e na 3ª coluna (à direita) é solicitada sua opinião e sugestões.

<p>A Taxonomia II da NANDA (2006) define como:</p> <p><i>Capacidade prejudicada de experimentar e integrar o significado e objetivo à vida através de uma conexão consigo mesmo, terceiros, arte, música, literatura, natureza e/ou ser maior.</i></p>	<p>Sugerimos a mudança para:</p> <p><i>Capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, transcendência e conexão consigo, com Deus/ Ser maior, com os outros e com o mundo ao seu redor.</i></p>	<p>() Concordo com a sugestão de mudança () Não concordo com a mudança sugerida Comentários:</p>
--	---	---

2) Também foi encontrado na literatura que angústia espiritual descreve *distúrbios na espiritualidade do indivíduo*¹. Nesse sentido, com o objetivo de ampliar a possibilidade diagnóstica, propomos a mudança no rótulo (título) do diagnóstico.

Igualmente à questão anterior, na coluna à esquerda consta o título proposto pela NANDA, ao centro as mudanças sugeridas e, na coluna da direita, aponte sua opinião quanto à mudança sugerida.

<p>Taxonomia II da NANDA (2006) propõe para o diagnóstico o título:</p> <p><i>Angústia espiritual</i></p>	<p>Sugerimos a mudança para:</p> <p><i>Espiritualidade Prejudicada</i></p>	<p>() Concordo com a mudança sugerida () Não concordo com a mudança sugerida Comentários:</p>
---	---	--

Atenção: se você concordou com a proposta de mudanças feita neste estudo, então responda os dois próximos itens considerando o diagnóstico ***Espiritualidade prejudicada***; caso contrário, se optou por manter o diagnóstico tal qual a NANDA apresenta, considere ***Angústia espiritual*** para sua análise das questões subsequentes.

3) Leia atentamente cada definição proposta pela NANDA (2008, p. 297-306) aos **domínios** que constituem a Taxonomia II. Retorne às definições sempre que julgar necessário:

Domínio 1 - Promoção da saúde: a consciência de bem-estar ou de normalidade de função e as estratégias utilizadas para manter sob controle ou aumentar esse bem-estar ou normalidade de função.

Domínio 2 - Nutrição: as atividades de ingerir, assimilar e utilizar nutrientes para fins de manutenção e reparação de tecidos e produção de energia.

Domínio 3 - Eliminação e troca: secreção e excreção dos produtos residuais do metabolismo do organismo.

Domínio 4 - Atividade/repouso: produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos.

Domínio 5 - Percepção/cognição: sistema humano de processamento de informações, incluindo atenção, orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação.

Domínio 6 - Autopercepção: consciência de si mesmo.

Domínio 7 - Relacionamento de papel: conexões ou associações positivas e negativas entre pessoas ou grupos de pessoas e os meios pelos quais essas conexões são demonstradas.

Domínio 8 - Sexualidade: identidade sexual, função sexual e reprodução.

Domínio 9 - Enfrentamento/tolerância ao estresse: lidar com os eventos/processos da vida.

Domínio 10 - Princípios de vida: princípios nos quais são baseados a conduta, o pensamento e o comportamento quanto a atos, costumes ou instituições, encarados como verdadeiros ou como dotados de valor intrínseco.

Domínio 11 - Segurança/proteção: estar livre de perigo, lesão física ou dano do sistema imunológico; preservação contra perdas; proteção da segurança e seguridade.

Domínio 12 - Conforto: sensação de bem-estar ou conforto mental, físico ou social.

Domínio 13 - Crescimento/desenvolvimento: aumentos apropriados para a idade nas dimensões físicas e maturação de sistemas orgânicos e/ou progressão através dos estágios de desenvolvimento.

A seguir assinale com um X uma das alternativas apresentadas:

Em qual domínio você considera pertinente a inclusão do diagnóstico?

☐ Domínio 1	☐ Domínio 2	☐ Domínio 3	☐ Domínio 4	☐ Domínio 5
☐ Domínio 6	☐ Domínio 7	☐ Domínio 8	☐ Domínio 9	☐ Domínio 10
☐ Domínio 11	☐ Domínio 12	☐ Domínio 13		

Comentários:

4) Abaixo, leia atentamente as definições propostas pela NANDA (2008, p.303-304) às classes destinadas à dimensão espiritual e a modificação que sugerimos. *De acordo com o conceito escolhido ao diagnóstico, assinale com X a alternativa que indica a classe que você considera pertinente ao mesmo:*

☐ **Classe 1:** Valores: identificação e classificação dos modos de conduta ou estados finais preferidos.

☐ **Classe 2:** Crenças: opiniões, expectativas ou julgamento sobre atos, costumes ou instituições, encarados como verdadeiros ou como dotados de valor intrínseco.

☐ **Classe 3:** Congruência entre Valor/Crença/Ação: A correspondência ou equilíbrio encontrado entre valores crenças e ações.

☐ **Sugerimos a ampliação da Classe 3:** para Congruência entre valores, crenças, ações, conexão, transcendência, significado/ propósito de vida: A correspondência ou equilíbrio encontrado entre valores, crenças, ações, senso de conexão, transcendência e significado/propósito de vida.

Comentários:

5) A próxima questão se destina à validação das **características definidoras**. Com base em sua experiência profissional e conhecimento, você deverá assinalar sua opinião quanto à pertinência de cada característica definidora para o diagnóstico escolhido. Assinale apenas uma alternativa para cada característica.

- Caso queira acrescentar alguma outra característica definidora para o referido diagnóstico de enfermagem e determinar sua pertinência ao mesmo, faça-o no final, no item sugestões, colocando também sua proposta de definição operacional.
- Caso seja necessário, leia novamente a definição e título escolhidos para o diagnóstico.

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA E SUA RESPECTIVA DEFINIÇÃO	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Muito pertinente	Muitíssimo pertinente
Expressa alteração de comportamento/ raiva: Modificação do comportamento provocado pela percepção à sensação de ser vitimado; ocorre porque não há forma de retaliar o destino (TIMBY, 2007).					
Expressa alteração de comportamento/choro: Experiência de liberação emocional expressa por meio de pranto (BURNARD, 1987)					
Questiona o sofrimento: Situação em que o indivíduo interroga sua condição de saúde, questionando: “eu mereço?” “Porque o sofrimento?” (DI MEO, 1991; VILLAGOMEZA, 2005).					
Expressa falta de coragem: Refere-se à dificuldade de enfrentar dúvidas, mudanças e desafios (FERREIRA, 2004)					
Expressa falta de esperança: Estado em que o indivíduo demonstra desinteresse ou perda da capacidade de questionar (HIGHFIELD; CASON, 1983). A desesperança se refere a expectativas negativas sobre o futuro próximo e remoto (CORRÊA, 1997)					
Expressa falta de amor: Condição em que o indivíduo manifesta incapacidade de amar ou ser amado, que é originada por meio de crenças negativas sobre as pessoas e torna o indivíduo espiritualmente incompleto (VILLAGOMEZA, 2005; TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).					
Expressa falta de significado ou propósito na vida: Condição em que o indivíduo manifesta não ter razão para viver (HIGHFIELD; CASON, 1983). Refere-se ao sentimento relacionado à falta de realização espiritual ou ao sentimento de vazio em relação à realização e significado na vida (LABUN, 1988).					
Expressa falta de serenidade: Estado em que o indivíduo manifesta perda de harmonia ou paz interior, sentimento de caos (VILLAGOMEZA, 2005). A falta de serenidade é visível quando a pessoa está agitada, aflita, impaciente ou ansiosa (SAMEL, 2005).					
Sentimento de pesar: Refere-se à reação emocional à perda; ocorre com a perda causada pela separação, assim como pela morte (TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007).					
Expressa sentimento de culpa: Condição em que a pessoa demonstra experimentar o sentimento de falhar na vida, sob suas expectativas ou dos outros (McSHERRY, 2000). Refere-se à manifestação de responsabilidade por ação ou por omissão considerada prejudicial ou reprovável (FERREIRA, 2004).					

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA E SUA RESPECTIVA DEFINIÇÃO	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Muito pertinente	Muitíssimo pertinente
<i>Recusa integrar-se com pessoas significativas:</i> Comportamento provocado por prejuízo no senso de conexão com os outros, em que a pessoa rejeita a aproximação de amigos ou familiares (VILLAGOMEZA, 2005). Percebida como uma atitude negativa em relação a receber conforto ou ajuda de outras pessoas (LABUN, 1988).					
<i>Sente-se abandonado:</i> É a percepção do sentimento de solidão, não preenchida pelo relacionamento humano, na qual o paciente sente que ninguém o compreende e não há conexão com outros (LABUN, 1988).					
<i>Expressa alienação ou isolamento:</i> Refere-se à expressão de vazio existencial (MONTEIRO, 2007). Para Villagomez (2005) é um dano no senso de conexão do indivíduo com ele mesmo, com os outros, com o ambiente ou com Deus/Ser Supremo, que se manifesta pelo sentimento de isolamento.					
<i>Expressa raiva de Deus:</i> Refere-se ao ressentimento acerca da injustiça da situação, um sentimento de afronta a Deus/Ser maior, que permitiu a doença ou o sofrimento (LABUN, 1988). Ou seja, reflete o senso pessoal de frustração contra Deus devido a dor ou sofrimento (O'BRIEN, 2003).					
<i>Expressa desespero:</i> É um estado de aflição em que o paciente expressa pessimismo e descrença devido à perda de energia e força interior (VILLAGOMEZA, 2005). Compreendido como a expressão do sentimento de que nada mais é possível ser feito (LABUN, 1988).					
<i>É incapaz de experimentar transcendência:</i> Condição provocada por prejuízo no senso de auto-transcendência em que o indivíduo demonstra incapacidade de sentir que há algo além de si mesmo ou da própria existência, de ser introspectivo e reflexivo (VILLAGOMEZA, 2005; SMUCKER, 1996).					
<i>É incapaz de expressar criatividade anterior</i> (CANTAR, OUVIR MÚSICA, ESCREVER): Estado em que o indivíduo manifesta falta de habilidade para experimentar a condição de criatividade anteriormente reconhecida (VILLAGOMEZA, 2005).					
<i>Solicita assistência espiritual:</i> Condição em que o paciente verbaliza o desejo de falar com seu conselheiro/guia espiritual (THIEFFREY, 1992; TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).					
<i>Não se interessa pela natureza:</i> Refere-se à manifestação de desinteresse pela natureza devido a prejuízo no senso de conexão com o ambiente (VILLAGOMEZA, 2005). A pessoa angustiada, devido ao sofrimento, centraliza a sua atenção em si mesma, o seu conteúdo de vida se encontra limitado pelo seu próprio mundo interno. Tal condição incapacita a pessoa de perceber os valores que existem no mundo externo (HUF, 1999).					
<i>Distúrbio de sono:</i> Referência verbal de alteração no padrão de sono que pode culminar em: sonambulismo, insônia, sonolência, pesadelo (PORTO, 1996)					
<i>Diminuição da habilidade de aprendizagem:</i> Dificuldade para aprender, adquirir novos conhecimentos e retê-los na memória (MALTASE; MALTASE, 1994).					

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA E SUA RESPECTIVA DEFINIÇÃO	Nada pertinente	Muito pouco pertinente	De algum modo pertinente	Muito pertinente	Muitíssimo pertinente
<i>Apresenta distúrbios ou preocupação com o sistema de crenças:</i> Manifestação de sentimentos de perda ou separação da fonte de sustentação espiritual, em que o indivíduo experimenta perturbação na fé, manifestado pela falta de esperança nas crenças ou valores passados (LABUN, 1988)					
<i>Distúrbio na imagem corporal:</i> Estado no qual o indivíduo experimenta, ou corre o risco de experimentar, uma ruptura na maneira como percebe a imagem corporal (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).					

Sugestões de novas características definidoras (com definição operacional, se possível):

APENDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - para o paciente
(Decreto 93.933 de 14/01/87; Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado(a) Sr(a),

Venho convidar-lhe a participar, como voluntário (a) da pesquisa denominada: **“Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual”**. Meu nome é Erika de Cássia Lopes Chaves, sou docente na UNIFAL-MG (Universidade Federal de Alfenas- Minas Gerais), aluna do programa de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP e responsável pela pesquisa.

Esta etapa do estudo tem por objetivo coletar informações sobre sua espiritualidade. Para tanto, solicito que responda às perguntas contidas nos instrumentos de pesquisa, as quais se referem à espiritualidade/religião e sua influência na condição de saúde.

Sua participação não acarretará riscos e nem custos financeiros. Ressalto ainda que os resultados obtidos serão utilizados unicamente para fins de pesquisa e não haverá identificação dos seus dados pessoais, pois todas as informações são confidenciais.

Em qualquer etapa do estudo, o (a) Senhor (a) poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas. É garantida a liberdade de desistência da participação a qualquer momento e também o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Caso concorde em participar, é preciso assinar este termo, que está em duas vias (uma delas é sua).

Antecipadamente agradecemos.

Erika de Cássia Lopes Chaves
Autora da Pesquisa

Emília Campos de Carvalho
Orientadora do Estudo

Eu _____

RG ou CPF: _____, concordo em participar da pesquisa, por livre e espontânea vontade, permitindo que as informações que prestarei sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma. Declaro ter compreendido as informações oferecidas pelas pesquisadoras, estando ciente dos objetivos e benefícios dessa pesquisa. Concorde com a publicação dos dados que tenham relação com o estudo e aceito que os mesmos sejam inspecionados por pessoas autorizadas pelas pesquisadoras. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas, que possuirei uma cópia desse documento e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa, sem penalidades ou prejuízo a minha pessoa.

Assinatura do participante

Data: ____/____/____

Contato:

Erika: e-mail: echaves@usp.br. Tel: 3299 1380. Rua Gabriel Monteiro da Silva, n 710 – Centro-Alfenas.

Dra Emília: Tel (016) 36023475. Av. Bandeirantes 3900, Campus da USP, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

APENDICE H - Instrumento de identificação dos participantes do estudo**Nome:****Cidade de origem:****DATA:** ____/____/200**IDADE** _____**SEXO:** ()M ()F

Tempo de Tratamento (HD):

Tempo de descoberta da doença

Nível de escolaridade:

- ☐ Nunca estudei
- ☐ fundamental incompleto (fiz até ____ série)
- ☐ fundamental completo
- ☐ ensino médio incompleto
- ☐ ensino médio completo
- ☐ ensino superior incompleto
- ☐ ensino superior completo
- ☐ pós-graduação incompleta
- ☐ pós-graduação completa

Estado civil:

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado
- ☐ Divorciado
- ☐ Viúvo
- ☐ Outros. Qual? _____

Tem filhos? () sim () Não Quantos?**Mora com a família** () sim () não**Profissão/ocupação:**

Anterior à doença:

atual:

Renda familiar mensal, aproximadamente:

- ☐ 1 salário mínimo
- ☐ 2 à 3 salários mínimos
- ☐ até 5 salários mínimos
- ☐ entre 5 e 10 salários mínimos
- ☐ mais de 10 salários mínimos
- ☐ mais de 20 salários mínimos

Quem é responsável por manutenção do lar (financeiramente)?

Realiza algum tipo de atividade para se distrair? () sim () não
Qual?**Com relação à sua religião/doutrina/seita/crença, você se considera**

- ☐ Ateu (não acredita em Deus)
- ☐ Sem religião, mas espiritualizado (acredita em Deus, mas não pertence a nenhuma religião)
- ☐ Católico
- ☐ Espírita
- ☐ Protestante
- ☐ Evangélico
- ☐ Outro. Especifique: _____

Quão importante tem sido a religião/espiritualidade na sua vida?

- ☐ Não é importante
- ☐ Um pouco importante
- ☐ Importante
- ☐ Muito importante

APENDICE I - Roteiro de avaliação de características definidoras do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada*

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	SIM	NÃO
1. Você sente raiva ou irritado por algum motivo? Expressa alteração de comportamento:raiva: Modificação do comportamento provocado pela percepção à sensação de ser vitimado, manifestado pela ira/fúria (TIMBY, 2007).		
2. Tem sentido vontade de chorar ultimamente? Expressa alteração de comportamento/choro: Experiência de liberação emocional expressa por meio de pranto (BURNARD, 1987)		
3. Nos últimos dias tem se questionado se merece sua atual condição de saúde? Questiona o sofrimento: Situação em que o indivíduo interroga sua condição de saúde, questionando: “eu mereço?” “Por que o sofrimento?” (DI MEO, 1991; VILLAGOMEZA, 2005).		
4. Sente que lhe falta coragem para enfrentar o futuro? Expressa falta de coragem: Refere-se à dificuldade de enfrentar dúvidas, mudanças e desafios (FERREIRA, 2004)		
5. Tem se sentido sem esperanças ou desanimado com a vida? Expressa falta de esperança: “estado subjetivo no qual um indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou enxerga alternativas limitadas e é incapaz de mobilizar energias a seu favor” (NANDA,2006).		
6. Sente falta de amor? Expressa falta de amor: Condição em que o indivíduo manifesta incapacidade de amar ou ser amado, que é originada por meio de crenças negativas sobre as pessoas e torna o indivíduo espiritualmente incompleto (VILLAGOMEZA, 2005; TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).		
7. Tem sentido que a vida perdeu o significado ou propósito? Expressa falta de significado ou propósito na vida: Condição em que o indivíduo manifesta não ter razão para viver (HIGHFIELD; CASON, 1983).		
8. Tem experimentado falta de paz interior ou tem se sentido agitado? Expressa falta de serenidade: Estado em que o indivíduo manifesta perda de harmonia ou paz interior, sentimento de caos (VILLAGOMEZA, 2005).		
9. Se sente culpado ou julgado pelos outros? Expressa sentimento de culpa: Condição em a pessoa demonstra experimentar o sentimento de falhar na vida, sob suas expectativas ou dos outros (McSHERRY, 2000).		
10. Você tem preferido ficar longe das pessoas importantes para você? Recusa integrar-se com pessoas significativas: Comportamento percebido como uma atitude negativa em relação a receber conforto ou ajuda de outras pessoas (LABUN, 1988).		
11. Você tem experimentado um sentimento de vazio ou apatia? Expressa alienação: Comportamento manifestado como indiferença, apatia, falta de energia. Refere-se à expressão de vazio existencial (MONTEIRO, 2007). O que para Villagomez (2005) é um conflito na conexão do indivíduo com ele mesmo, com os outros, com o ambiente ou com Deus/Ser Supremo e se manifesta pelo sentimento de isolamento.		
12. Você tem se sentido abandonado, sem poder contar com ninguém? Sente-se abandonado É a percepção do sentimento de solidão, não preenchida pelo relacionamento humano, na qual o paciente sente que ninguém o compreende e não há conexão com outros (LABUN, 1988).		

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	SIM	NÃO
13. Você tem se sentido com raiva/irritado com Deus por ter permitido que adoecesse? Expressa raiva de Deus: Refere-se ao ressentimento acerca da injustiça da situação, um sentimento de afronta a Deus/Ser maior, que permitiu a doença ou o sofrimento (LABUN, 1988). Ou seja, reflete o senso pessoal de frustração contra Deus devido a dor ou sofrimento (O'BRIEN, 2007).		
14. Você tem sentido que não há mais nada a fazer com relação a sua doença? Expressa desespero: É um estado de aflição em que o paciente expressa pessimismo e descrença devido à perda de energia e força interior (VILLAGOMEZA, 2005). Compreendido como a expressão do sentimento de que nada mais é possível ser feito (LABUN, 1988).		
15. Tem se sentido incapaz de acreditar em algo além de si mesmo ou da sua própria existência? É incapaz de experimentar transcendência: Condição provocada por prejuízo no senso de auto-transcendência em que o indivíduo demonstra incapacidade de sentir que há algo além de si mesmo ou da própria existência (VILLAGOMEZA, 2005; SMUCKER, 1996).		
16. Você se sente menos criativo e incapaz de realizar as atividades que antes eram prazerosas? É incapaz de expressar criatividade anterior: Estado em que o indivíduo manifesta falta de habilidade para experimentar a condição de criatividade, anteriormente reconhecida (VILLAGOMEZA, 2005).		
17. Percebe que sua preocupação se volta mais para você do que para o ambiente em sua volta? Não se interessa pela natureza: A pessoa angustiada, devido ao sofrimento, centraliza a sua atenção em si mesmo, o seu conteúdo de vida se encontra limitado pelo seu próprio mundo interno. Tal condição incapacita a pessoa de perceber os valores que existem no mundo externo (HUF, 1999).		
18. Tem experimentado um sentimento de luto? Sentimento de pesar: Refere-se à reação emocional à perda; ocorre com a perda causada pela separação, assim como pela morte (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).		
19. Tem sentido o desejo de falar com seu líder espiritual ? Solicita assistência espiritual: Condição em que o paciente verbaliza o desejo de falar com seu conselheiro/guia espiritual (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).		
20. Você tem sentido insatisfeito com seu sistema de crença ou com sua fonte de apoio espiritual? Apresenta preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus: Manifestação de sentimentos de perda ou separação da fonte de sustentação espiritual, em que o indivíduo experimenta perturbação na fé, manifestada pela falta de esperança nas crenças ou valores passados (LABUN, 1988)		
21. Sente que ainda existe algo, na vida, para ser feito, porém não conseguirá? Sentimento de Temporalidade: estado em que o indivíduo confia ter deixado situações mal resolvidas e não ter mais tempo para consertá-las, relata que o tempo demora de forma angustiante a passar diante do sofrimento e começa a ser percebido como rápido demais no que se refere à aproximação da morte.		

PRESENÇA DA CATEGORIA DIAGNÓSTICA:
OBSERVADOR:

APENDICE J - Avaliação do diagnóstico de Enfermagem *Espiritualidade prejudicada* junto ao paciente

Espiritualidade prejudicada: Capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, transcendência e conexão consigo, com Deus/ Ser maior, com os outros e com o mundo ao seu redor.

Você sente que sua espiritualidade está prejudicada?

() ***SIM***

() ***NÃO***

APENDICE L – Refinamento dos instrumentos de coleta de dados – Validação Clínica

Prezado Colega.:

Estou realizando um estudo denominado “Revisão do diagnóstico de enfermagem *angústia espiritual*” e gostaria de pedir sua colaboração para avaliação dos instrumentos destinados à coleta de dados para validação clínica do diagnóstico de enfermagem *Espiritualidade prejudicada* junto a pacientes portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise.

O seu julgamento deve ser quanto à facilidade de leitura, clareza, objetividade e aparência dos instrumentos. Para tal, solicito que leia os instrumentos, que estão em anexo e responda, no formulário a seguir, as questões destinadas à sua avaliação.

Antecipadamente agradeço sua colaboração e me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Érika de Cássia Lopes Chaves

Refinamento dos instrumentos de coleta de dados

c) Favor observar no aspecto geral dos instrumentos os itens a seguir:

ITENS/	AVALIAÇÃO	Sugestões
Pertinência do título	() Sim () Não	
Aparência geral adequada	() Sim () Não	
Facilidade de Leitura	() Sim () Não	
Objetividade	() Sim () Não	
Clareza das questões	() Sim () Não	

Comentários:

d) Favor observar no roteiro de investigação das características definidoras os itens:

Características definidoras	Conceito apresentado	Clareza da questão	Sugestões
1.Expressa alteração de comportamento: raiva	() adequado () inadequado	() sim () não	
2.Expressa alteração de comportamento: choro	() adequado () inadequado	() sim () não	
3.Expressa falta de aceitação	() adequado () inadequado	() sim () não	
4.Expressa falta de coragem	() adequado () inadequado	() sim () não	
5.Expressa falta de esperança	() adequado () inadequado	() sim () não	
6.Expressa falta de amor	() adequado () inadequado	() sim () não	
7.Expressa falta de significado e propósito na vida	() adequado () inadequado	() sim () não	
8.Expressa falta de serenidade	() adequado () inadequado	() sim () não	
9.Sente culpa	() adequado () inadequado	() sim () não	
10.Sentimento de Pesar	() adequado () inadequado	() sim () não	
11.Expressa alienação e isolamento	() adequado () inadequado	() sim () não	
12.Recusa integrar-se com pessoas significativas	() adequado () inadequado	() sim () não	
13.É incapaz de expressar criatividade anterior	() adequado () inadequado	() sim () não	
14.Não se interessa pela natureza	() adequado () inadequado	() sim () não	
15.Sente-se abandonado	() adequado () inadequado	() sim () não	
16.Expressa raiva de Deus	() adequado () inadequado	() sim () não	
17.Expressa desespero	() adequado () inadequado	() sim () não	
18.Expressa sofrimento	() adequado () inadequado	() sim () não	
19.É incapaz de experimentar transcendência	() adequado () inadequado	() sim () não	
20.Apresenta distúrbios ou preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou a Deus	() adequado () inadequado	() sim () não	
21. Sentimento de Temporalidade	() adequado () inadequado	() sim () não	

Comentários: