

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – ENF/UNB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

THAÍS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA
PARA RETIRADA DE ÓRGÃO À LUZ DA TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA.

BRASÍLIA, 2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – ENF/UnB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

THAÍIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA
PARA RETIRADA DE ÓRGÃO À LUZ DA TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA.

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em
Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e
Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde
e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Cristine Alves Costa de
Jesus.

BRASÍLIA – DF

2018

THAÍS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA
PARA RETIRADA DE ÓRGÃO À LUZ DA TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA.

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade de Brasília.

Aprovado em 09 de julho de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.^a Cristine Alves Costa de Jesus
Universidade de Brasília (UnB)
Presidente

Prof. Dr.^a Diana Lúcia Moura Pinho
Universidade de Brasília (UnB)
Membro efetivo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf.

Prof. Dr.^a Ana Lúcia da Silva
Universidade de Brasília (UnB)
Membro efetivo, externo ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf

Prof. Dr.^a Moema da Silva Borges
Universidade de Brasília (UnB)
Membro suplente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf

Ad maiorem Dei gloriam.

Dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por mais uma oportunidade de glorificá-lo por meio da minha formação acadêmica. À minha amada mãe, Virgem Maria, que constantemente me estende seu manto protetor e providencia sempre em todas as necessidades da vida. Ao meu Anjo da Guarda que não se cansa de me amparar e proteger, livrando-me do mal.

Ao meu amado esposo, Wesley, que é para mim um porto seguro e um grande amigo, que assume em sua vida todas as minhas escolhas e luta junto a mim por cada conquista sem distinção. Agradeço-o por todo suporte oferecido, todas as lágrimas recolhidas, toda ansiedade controlada e todo sacrifício realizado, que o reflete como um homem segundo o coração de Deus.

Aos meus pais que em sua simplicidade desempenham tão bem o amor, preocupação e suporte para que meus sonhos continuem se realizando.

Agradeço, especialmente à minha orientadora, Dr.^a Cristine Alves Costa de Jesus, que competentemente me orientou e mostrou-se sempre disponível e atenta à realização de toda a pesquisa. Constituindo-se para mim em um grande exemplo enquanto profissional e pessoa.

Ao Hospital Universitário de Brasília, especialmente à Clínica Cirúrgica, representada pelas chefias de enfermagem, que abertamente me receberam enquanto pesquisadora e disponibilizaram acesso às informações da unidade.

Aos pacientes, razão dessa pesquisa, que mesmo na vivência da incerteza originada pelo adoecimento, resignificaram a minha vida com sua força, garra e vontade de viver. Especialmente, aqueles que ultrapassavam seus medos, fraquezas e dúvidas sobre o futuro, mas que demonstravam ao mesmo tempo a capacidade de adaptação e enfrentamento nos momentos difíceis.

“O ser humano não é completamente condicionado e definido. Ele define a si próprio seja cedendo às circunstâncias, seja se insurgindo diante delas. Em outras palavras, o ser humano é, essencialmente, dotado de livre-arbítrio. Ele não existe simplesmente, mas sempre decide como será sua existência, o que ele se tornará no momento seguinte.”

(Viktor Frankl)

OLIVEIRA, T.M.G de. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia para retirada de órgão à luz da teoria da incerteza na doença.** 2018. 207 f. Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

RESUMO

Introdução: A retirada de órgãos surge para atender à uma diversidade de patologias, sendo considerado um procedimento que provoca no paciente sentimentos de ansiedade e incerteza. Quando o paciente experimenta a incerteza proveniente de uma doença ou tratamento, poderá resultar em estresse que afeta a mente, o corpo e as relações sociais. A incerteza é definida como a incapacidade de atribuir significados aos eventos relacionados ao adoecimento. A Teoria da Incerteza na Doença foi apresentada por uma teórica de enfermagem chamada Merle Mishel. Este estudo se propõe a identificar na população de pacientes cirúrgicos que realizou a retirada de órgãos, a vivência da incerteza na doença por meio da Escala da Incerteza na Doença de Mishel (MUIS) e levantar o perfil diagnóstico dessa população. **Método:** Estudo com abordagem quantitativa, do tipo exploratório e descritivo, correlacional de corte transversal, realizado na clínica cirúrgica em um hospital de ensino do Distrito Federal. A amostra foi composta por 60 pacientes que assinaram o Termo de conhecimento Livre e Esclarecido. Foram executadas duas etapas do processo de enfermagem, a coleta de dados e o diagnóstico de enfermagem, utilizando-se a Taxonomia da NANDA-I e aplicada a escala MUIS. **Resultados:** Foi realizado levantamento detalhado quanto ao perfil sócio clínico demográfico dos pacientes. Obtiveram-se 93 diagnósticos de enfermagem diferentes, sendo 67 com foco no problema, 23 de risco e 3 de promoção da saúde. Os domínios que concentraram a maior parte dos diagnósticos de enfermagem foram: Atividade/Repouso e Segurança/Proteção. Quanto à aplicação da MUIS, observou-se que a menor pontuação foi de 57 e a maior de 108, em uma escala que varia de 30 a 150. Quanto à confiabilidade nos itens da escala o α de Conbrach, obteve-se 0,842. O teste de correlação de Spearman entre a média de diagnósticos de enfermagem e os domínios da incerteza, mostrou relação positiva. O teste de Mann-Whitney revelou valores estatisticamente significativos entre os domínios da incerteza e dois diagnósticos de enfermagem: Conhecimento deficiente e Sentimento de impotência. Também houve correlação significativa entre os domínios da incerteza e a escolaridade do paciente, bem como as cirurgias mastectomia e histerectomia. **Conclusão:** Os resultados obtidos neste estudo permitiram caracterizar o paciente cirúrgico que é submetido a cirurgias de retirada de órgão, bem como o perfil de diagnósticos de enfermagem associados a essa clientela. Demonstrou

também a importante aplicabilidade da MUIS, apontando a presença da incerteza nos pacientes cirúrgicos, e suas associações com os diagnósticos de enfermagem. Destaca-se a necessidade do profissional enfermeiro realizar a investigação da Incerteza nos pacientes cirúrgicos estando atento ao aspecto psicológico envolvido no tratamento cirúrgico.

Palavras-chaves: Teoria da Incerteza na Doença; Teoria de Enfermagem; Retirada de órgãos; Cirurgia; Diagnóstico de enfermagem.

OLIVEIRA, T.M.G de. **Nursing diagnosis in patients submitted organ removal surgery in the light of theory of uncertainty in illness.** 2018. 207 p. Dissertation (Master's degree) Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2018.

ABSTRACT

Introduction: The withdrawal of organs arises to attend to a diversity of pathologies, being considered a procedure that causes in the patient feelings of anxiety and uncertainty. When the patient experiences the uncertainty arising from an illness or treatment, it can result in stress that affects the mind, body and social relationships. Uncertainty is defined as the inability to attribute meanings to events related to illness. The Theory of Uncertainty in Disease was presented by a nursing theorist named Merle Mishel. This study aims to identify the population of surgical patients who performed organ removal, the experience of uncertainty in the disease through the Uncertainty Scale in Mishel's Disease (MUIS) and raise the diagnostic profile of this population. **Method:** A quantitative, descriptive, cross - sectional, exploratory study conducted at the surgical clinic in a teaching hospital in the Federal District. The sample consisted of 60 patients who signed the Free and Informed Consent Term. Two stages of the nursing process were performed, data collection and nursing diagnosis using the NANDA-I Taxonomy and applied to the MUIS scale. **Results:** A detailed survey was carried out regarding the sociodemographic profile of the patients. A total of 93 different nursing diagnoses were obtained, of which 67 were focused on the problem, 23 were on risk and 3 were on health promotion. The domains that concentrated the majority of the nursing diagnoses were: Activity / Rest and Safety / Protection. As for the MUIS application, it was observed that the lowest score was 57 and the highest score was 108, in a scale ranging from 30 to 150. As for the reliability of the items in the α scale of Cronbach, it was 0.842. The Spearman correlation test between the mean of nursing diagnoses and the domains of uncertainty, showed a positive relation. The Mann-Whitney test revealed statistically significant values between the domains of uncertainty and two nursing diagnoses: Poor knowledge and Feeling of impotence. There was also a significant correlation between the domains of uncertainty and the patient's schooling, as well as the mastectomy and hysterectomy surgeries. **Conclusion:** The results obtained in this study allowed to characterize the surgical patient who undergoes organ removal surgeries, as well as the profile of nursing diagnoses associated with this clientele. It also demonstrated the important applicability of MUIS, pointing out the presence of uncertainty in surgical patients, and their associations with nursing diagnoses. It is important to emphasize the

need of the professional nurse to perform the investigation of uncertainty in surgical patients, being aware of the psychological aspect involved in the surgical treatment.

Key words: Theory of Uncertainty in illness; Nursing Theory; Withdrawal of Organs; Surgery; Nursing Diagnosis

OLIVEIRA, T.M.G de. **Diagnósticos de enfermería en pacientes sometidos a cirugía para retiro de órgano a la luz de la teoría de la incertidumbre en la enfermedad.** 2018. 207 f. Disertación (Maestría) del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia, Brasilia, 2018.

RESÚMEN

Introducción: La retirada de órganos surge para atender a una diversidad de patologías, siendo considerado un procedimiento que provoca en el individuo sentimientos de ansiedad e incertidumbre. Cuando el individuo experimenta la incertidumbre proveniente de una enfermedad o tratamiento, puede resultar en estrés que afecta la mente, el cuerpo y las relaciones sociales. La incertidumbre se define como la incapacidad de asignar significados a los eventos relacionados con la enfermedad. La Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad fue presentada por una teórica de enfermería llamada Merle Mishel. Este estudio se propone identificar en la población de pacientes quirúrgicos que realizó la retirada de órganos, la vivencia de la incertidumbre en la enfermedad por medio de la Escala de la Incertidumbre en la Enfermedad de Mishel (MUIS) y levantar el perfil diagnóstico de esa población. **Método:** Estudio con abordaje cuantitativo, del tipo exploratorio y descriptivo, correlacional de corte transversal, realizado en la clínica quirúrgica en un hospital de enseñanza del Distrito Federal. La muestra fue compuesta por 60 pacientes que firmaron el Término de conocimiento Libre y Esclarecido. Se realizaron dos etapas del proceso de enfermería, la recolección de datos y el diagnóstico de enfermería, utilizando la Taxonomía de la NANDA-I y aplicada a la escala MUIS. **Resultados:** Se realizó un relevamiento detallado en cuanto al perfil socio clínico demográfico de los pacientes. Se obtuvieron 93 diagnósticos de enfermería diferentes, siendo 67 con foco en el problema, 23 de riesgo y 3 de promoción de la salud. Los dominios que concentraron la mayor parte de los diagnósticos de enfermería fueron: Actividad / Hogar y Seguridad / Protección. En cuanto a la aplicación de la MUIS, se observó que la menor puntuación fue de 57 y la mayor de 108, en una escala que varía de 30 a 150. En cuanto a la confiabilidad en los ítems de la escala o α de Conbrach, se obtuvo 0,842. La prueba de correlación de Spearman entre el promedio de diagnósticos de enfermería y los dominios de la incertidumbre, mostró relación positiva. La prueba de Mann-Whitney reveló valores estadísticamente significativos entre los dominios de la incertidumbre y dos diagnósticos de enfermería: Conocimiento deficiente y Sentimiento de impotencia. También hubo correlación significativa entre los dominios de la incertidumbre y la escolaridad del paciente, así como las cirugías mastectomía e histerectomía.

Conclusión: Los resultados obtenidos en este estudio permitieron caracterizar al paciente quirúrgico que es sometido a cirugías de retirada de órgano, así como el perfil de diagnósticos de enfermería asociados a esa clientela. También demostró la importante aplicabilidad de la MUIS, señalando la presencia de la incertidumbre en los pacientes quirúrgicos, y sus asociaciones con los diagnósticos de enfermería. Se destaca la necesidad del profesional enfermero realizar la investigación de la Incertidumbre en los pacientes quirúrgicos estando atento al aspecto psicológico involucrado en el tratamiento quirúrgico.

Palabras-chaves: Teoría de la incertidumbre en la enfermedad; Teoría de Enfermería; Retiro de órgano; Cirugía; Diagnóstico de Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gráfico de taxas brutas do tipo de incidência do câncer estimadas para 2018 por sexo	28
Figura 2 – Modelo esquematizado da Teoria da Incerteza na Doença.	36
Figura 3 – Modelo reconceitualizado da Teoria da Incerteza na Doença.	37
Figura 4 – Domínios e classes da Taxonomia II da NANDA-I.....	42
Figura 5 – O processo de enfermagem modificado.....	43
Figura 6 – Gráfico do número de procedimentos cirúrgicos previstos e procedimentos realizados mensalmente no período de maio a setembro de 2017 no Centro Cirúrgico.....	47
Figura 7 – Gráfico do números e tipos de procedimentos cirúrgicos realizados no Centro Cirúrgico – maio a setembro de 2017.....	48
Figura 8 – Fluxograma das etapas da coleta de dados.....	50
Figura 9 – Fluxograma das Escalas de avaliação de padrão de risco.....	53
Figura 10 – Escala de Morse do risco de quedas.	54
Figura 11 – Escala de Bristol de consistência das fezes.....	54
Figura 12 – Índice de Katz para avaliação de dependência em atividades de vida diária.	55
Figura 13 – Mini-Exame do estado mental.	55
Figura 14 – Escala visual/verbal numérica para mensuração da intensidade da dor.....	56
Figura 15 – Escala de Braden de avaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão.....	57

Figura 16 – Gráfico da porcentagem dos participantes (%) pelo tempo de internação em dias (dias) na Clínica Cirúrgica (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro de 2017.....	64
Figura 17 – Gráfico da fonte de aquisição de medicamentos por participantes (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro de 2017.....	67
Figura 18 – Gráfico da distribuição dos participantes conforme classificação do Índice de Massa Corporal da amostra (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	71
Figura 19 – Gráfico do número de pacientes versus intervalos do escore total obtido pela mensuração da MUIS (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização do perfil socioeconômico-demográfico dos participantes (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro de 2017.....	62
Tabela 2 – Condições patológicas pré-existentes e patologias pré-existentes dos participantes (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	65
Tabela 3 – Classes de medicamentos de uso contínuo e durante a internação dos participantes (n = 60) – Brasília, setembro de 2017 a dezembro 2017.	66
Tabela 4 – Histórico/hábitos de vida atuais da amostra e carga tabágica/dia (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.	67
Tabela 5 – Número de antecedentes cirúrgicos dos participantes (n = 60) – Brasília, setembro de 2017 a dezembro 2017.....	68
Tabela 6 – Diagnósticos médicos e procedimentos cirúrgicos de retirada de órgão (n = 60) – Brasília, setembro 2017 a dezembro 2017.....	69
Tabela 7 – Procedimentos cirúrgicos realizados no Centro Cirúrgico (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	70
Tabela 8 – Escalas de avaliação aplicadas aos participantes (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	72
Tabela 9 – Diagnósticos de enfermagem com foco no problema (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	74
Tabela 10 – Diagnósticos de enfermagem de risco (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	77
Tabela 11 – Diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	78
Tabela 12 – Diagnósticos de enfermagem com frequência acima de 50% (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	78

Tabela 13 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	79
Tabela 14 – Características definidoras para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 50% – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	85
Tabela 15 – Fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 50% – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	90
Tabela 16 – Fatores de risco para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 50% – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	93
Tabela 17 – Escore total por paciente obtido pela mensuração da MUIS (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	96
Tabela 18 – Frequência das respostas dos participantes aos itens da MUIS agrupada pelos domínios da Incerteza (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	97
Tabela 19 – Distribuição do Alfa de Cronbach para cada domínio da Incerteza.	101
Tabela 20 – Correlação entre a média de diagnósticos de enfermagem e os domínios da Incerteza (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	101
Tabela 21 – Escolaridade e domínios da incerteza (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	102
Tabela 22 – Teste Mann-Whitney – relação entre gênero e os domínios da Incerteza (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	103
Tabela 23 – Cirurgias, histerectomia via abdominal e mastectomia, pelos domínios da Incerteza (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	104
Tabela 24 – Domínios da Incerteza para o diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	105
Tabela 25 – Domínios da Incerteza para o diagnóstico de enfermagem - Sentimento de impotência (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.....	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CACON	Centro de Alta Especialidade em Oncologia
CEPFS	Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DE	Diagnósticos de Enfermagem
DF	Distrito Federal
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
HPB	Hiperplasia Prostática Benigna
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICD	Instrumento de Coleta de Dados
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MEEM	Mine-Exame do Estado Mental
MUIS	Escala da Incerteza na Doença de Mishel
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
PE	Processo de Enfermagem

PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNM	Política Nacional de Medicamentos
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SES	Secretaria do Estado de Saúde
SOBECC	Associação Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TID	Teoria da Incerteza na Doença
UnB	Universidade de Brasília
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	22
2 OBJETIVOS.....	25
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
3.1 ENFERMAGEM E ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA.....	26
3.2 TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA (TID).....	30
3.2.1 A TID - Uma Teoria de Médio Alcance.....	30
3.2.2 Histórico e Trajetória da Teoria da Incerteza na Doença.....	32
3.2.3 Principais Conceitos da Teoria.....	34
3.2.4. Pressupostos da Teoria.....	36
3.2.5 Proposições da Teoria.....	38
3.2.6 Aplicações Práticas da Teoria na Literatura.....	39
3.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COM ENFOQUE NA ETAPA DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	40
4 MÉTODOS.....	46
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	46
4.2 PERGUNTA NORTEADORA.....	46
4.3 LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....	46
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	49
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	50
4.6 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS.....	50
4.6.1 Instrumento de Coleta de Dados.....	53
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	58
4.8 ANÁLISE DE DADOS.....	59
5 RESULTADOS.....	61
5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	61
5.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA.....	64
5.2.1 Características clínico-epidemiológicas pré-existentes.....	64
5.2.2.Diagnósticos médicos de base e cirurgias mais frequentes.....	68
5.2.3 Aplicação das escalas de padrão de risco.....	71
5.3.DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS, FATORES RELACIONADOS E FATORES DE RISCO.....	73
5.3.1 Diagnósticos de enfermagem identificados nos participantes.....	73
5.3.2 Relacionamento dos diagnósticos de enfermagem aos domínios da atual taxonomia II da NANDA-I.....	79
5.3.3 Características definidoras dos diagnósticos de enfermagem de maior prevalência dos participantes.....	85
5.3.4 Fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem de maior prevalência.....	89
5.3.5 Fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem dos participantes que retiraram órgãos.....	93
5.4 ESCALA DA INCERTEZA NA DOENÇA (MUIS) E A MENSURAÇÃO DOS QUATRO DOMÍNIOS DA INCERTEZA	95

5.4.1 Escala da Incerteza na Doença.....	95
5.4.2 Distribuição das respostas nos domínios da Incerteza.....	97
5.5 CORRELAÇÕES DAS VARIÁVEIS À INCERTEZA NA DOENÇA.....	101
5.5.1 Confiabilidade da MUIS.....	101
5.5.2 Correlação entre a média dos diagnósticos de enfermagem e os domínios da Incerteza.....	101
5.5.3 Associações entre os domínios da Incerteza e as variáveis sociodemográficas e clínicas do estudo.....	102
5.5.4 Associações entre os domínios da Incerteza e os Diagnósticos de Enfermagem do estudo.....	104
6 DISCUSSÃO	107
6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	108
6.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA.....	112
6.2.1 Características clínico-epidemiológicas pré-existentes.....	112
6.2.2 Diagnósticos médicos de base e cirurgias mais frequentes.....	118
6.2.3 Aplicação das escalas de padrão de risco.....	127
6.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS, FATORES RELACIONADOS E FATORES DE RISCO.....	130
6.3.1 Diagnósticos de enfermagem identificados nos participantes.....	130
6.3.2 Diagnósticos de enfermagem mais prevalentes e seus componentes.....	131
6.3.2.1 <i>Integridade Tissular Prejudicada</i>	132
6.3.2.2 <i>Dor Aguda</i>	133
6.3.2.3 <i>Conhecimento deficiente</i>	135
6.3.2.4 <i>Ansiedade</i>	136
6.3.2.5 <i>Dentição prejudicada</i>	138
6.3.2.6 <i>Estilo de vida sedentário</i>	140
6.3.2.7 <i>Insônia</i>	141
6.3.2.8 <i>Distúrbio na Imagem Corporal</i>	142
6.3.2.9 <i>Risco de Infecção</i>	143
6.3.2.10 <i>Risco de Sangramento</i>	144
6.3.2.11 <i>Risco de Quedas</i>	145
6.4 ESCALA DA INCERTEZA NA DOENÇA (MUIS) E A MENSURAÇÃO DOS QUATRO DOMÍNIOS DA INCERTEZA.....	146
6.4.1 Escala da Incerteza na Doença.....	146
6.4.2 Distribuição das respostas nos domínios da Incerteza.....	147
6.5 CORRELAÇÕES DAS VARIÁVEIS À INCERTEZA NA DOENÇA.....	151
6.5.1 Confiabilidade da escala MUIS.....	151
6.5.2 Correlação entre a média dos diagnósticos de enfermagem e os domínios da Incerteza.....	152
6.5.3 Associações entre os domínios da Incerteza e as variáveis sociodemográficas e clínicas do estudo.....	153
6.5.4 Associações entre os domínios da Incerteza e os Diagnósticos de Enfermagem do estudo.....	159

7 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	162
REFERÊNCIAS.....	166
APÊNDICES.....	185
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	185
Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados.....	187
ANEXOS.....	201
Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP 2.177.498.....	201

1 INTRODUÇÃO

Com as mudanças no perfil epidemiológico e demográfico das populações, surge a necessidade do aprofundamento em diversas patologias que atingem a população e motivam variados tratamentos que podem se distinguir entre simples a complexos com o intuito do bem estar dos pacientes. O aumento da população idosa no Brasil, assim como a redução nas taxas de fecundidade, transição nutricional e aspectos como desigualdades sociais, influencia na carga das patologias. Doenças relacionadas ao sistema cardiovascular, problemas respiratórios e neoplasias são encontradas com frequência, indicando a necessidade do planejamento do cuidado voltado às essas situações. (MARINHO; PASSOS; FRANÇA, 2016).

E para atender a essa população o profissional enfermeiro deve utilizar toda fundamentação necessária proveniente do embasamento científico e metodológico oferecido pela sistematização da assistência de enfermagem, que permeará os processos envolvidos para implementação da assistência. O diagnóstico de enfermagem consiste na segunda etapa do processo de enfermagem e tem se enfatizado na prática do enfermeiro (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). O estudo dará especial destaque ao levantamento dos diagnósticos de enfermagem, voltado a uma população específica, com o objetivo de disseminar essa prática e difundir conhecimento relacionado ao perfil de diagnóstico de enfermagem.

O tratamento cirúrgico de retirada de órgãos surge para atender a uma diversidade de patologias apresentadas pelas populações, sendo considerado um procedimento que provoca no paciente sentimentos de ansiedade e incerteza. Quando o paciente experimenta a incerteza proveniente de uma doença ou tratamento, poderá resultar em estresse que afeta a mente, o corpo e as relações sociais. Além disso, após realização de procedimento cirúrgico, é possível que o paciente sinta dor, perda momentânea ou permanente da função do órgão e algum nível de dependência de cuidados que interfira em suas atividades de vida diária, não sendo incomum o receio da reincidência da doença, medo das limitações pós-cirúrgicas e sofrimento psíquico. (KIM; LEE, R.; LEE, K. S., 2012).

O adoecimento pode se instalar de forma central na vida de uma pessoa, fazendo com que outros contextos da vida percam significado e importância, além dos processos fisiológicos envolvidos no enfrentamento das patologias que ao atingir a pessoa a afeta em toda sua interação biopsicossocial. (AMARAL; MARQUES, 2011).

Nesse contexto, surge a instalação do estado de incerteza. A Incerteza na Doença foi apresentada por uma teórica de enfermagem chamada Merle Helaine Mishel, que desenvolveu a Teoria da Incerteza na Doença (MISHEL, 1988). Para autora, a incerteza é definida como a incapacidade de atribuir significados a eventos relacionados ao adoecimento. A teoria enfatiza que com o surgimento da incerteza na doença, se faz necessário haver a reorganização e procura por estratégias de enfrentamento tal como a adaptação. Pesquisas afirmam que o estabelecimento da incerteza pode levar a sensação de ausência de controle sobre eventos da vida, sentimentos negativos, entre eles o isolamento, perda da identidade, desesperança e desmoralização (MISHEL, 1990).

Ao realizar busca recente nas bases de dados nacionais e internacionais quanto às relações entre pacientes diagnosticados com neoplasias, que têm como proposta de tratamento, procedimento cirúrgico que envolva retirada de órgão e a vivência da incerteza na doença, no período dos últimos dez anos, foram encontrados apenas cinco artigos. Esses trabalhos descrevem pacientes diagnosticados com câncer que passaram por procedimento cirúrgico com a vivência da incerteza na doença.

A literatura aponta diversos desfechos dessas pesquisas, um dos estudos objetivou avaliar os efeitos das intervenções de enfermagem em mulheres em tratamento pós-cirúrgico de cânceres ginecológicos e o grupo que recebeu essas intervenções mostraram significativa redução da incerteza na doença, bem como dos sintomas, demonstrando assim boa saúde mental e física. (McCORKLE et al., 2009).

Mishel et al. (2009) pesquisou os efeitos do gerenciamento da incerteza na doença nas decisões de tratamento do câncer de próstata no estágio inicial, e demonstrou que o grupo da intervenção que recebeu ações em prol do gerenciamento da incerteza apresentou importante eficácia na gestão das incertezas.

Outra pesquisa investigou a qualidade de vida das mulheres após cirurgia para tratamento de câncer ginecológico. A pesquisa trouxe como desfecho que mulheres mais jovens, com maior educação e em estágio inicial da doença apresentavam baixa qualidade de vida. O estudo revelou ainda que mulheres submetidas à cirurgia tenham suas necessidades psicológicas secundarizadas em detrimento das físicas (SCHULMAN-GREEN et al., 2008). Este resultado é um grande motivador da atual pesquisa, pois identifica que a incerteza deve ser mais conhecida e melhor abordada para que, ao ser compreendida, possa ser utilizada como catalisador da mudança.

Este estudo se propõe a identificar na população de pacientes cirúrgicos que realizaram a retirada de algum ou múltiplos órgãos, com diferentes diagnósticos de patologias se há ou não a vivência da incerteza na doença por meio da Escala da Incerteza na Doença (MUIS), e levantar o perfil diagnóstico dessa população, pois há na literatura lacunas sobre esse conhecimento com baixa produção científica, abordando superficialmente o assunto.

O interesse na temática surgiu após a realização da disciplina de pós-graduação “Bases teóricas e filosóficas da Enfermagem”, que subsidia a aplicação dos referenciais teóricos da enfermagem na prática assistencial, por meio das discussões e ponderamentos sobre as teorias e referenciais teóricos da enfermagem. Essa disciplina ressalta a importância de se utilizar as teorias de enfermagem como subsídio para a prática. Foi utilizada na disciplina a teoria da incerteza na doença de Merle Mishel, o que propiciou o despertar do interesse na temática ao conhecer que a teórica desenvolveu o tema da incerteza na doença, aspecto muitas vezes negligenciado ou desconhecido no cuidado. O que chama a atenção na teoria é a forma de enfrentamento da incerteza, a proposta não é eliminá-la, mas compreender que ela faz parte do dinamismo da vida e que podemos oferecer ao paciente duas alternativas: a tentativa de diminuir a incerteza ou aceita-la como parte integrante da vida. Na segunda alternativa, há adaptação ao novo estado, olhando a vida sob uma nova perspectiva.

Destaca-se a importância do julgamento clínico em enfermagem e sua relação com os referenciais teóricos que guiam a prática de enfermagem para um cuidado diferenciado e fundamentado. Objetiva-se determinar a relação entre a incerteza na doença e o perfil de diagnósticos de enfermagem de pacientes que passaram por procedimentos cirúrgicos de retirada de órgão, visto que na literatura não foram encontrados trabalhos que constatarem essa relação. Portanto, esse estudo pretende sanar uma lacuna do conhecimento, a fim de contribuir com a profissão e auxiliar futuros estudos que foquem no desenvolvimento de estratégias voltadas à redução das incertezas nessa população.

Dessa forma, a questão norteadora da pesquisa é: Quais são os diagnósticos de enfermagem relacionados aos pacientes cirúrgicos que passaram por cirurgias de retirada de órgão e a vivência da incerteza na doença?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os diagnósticos de enfermagem dos pacientes que passaram por cirurgia para retirada de órgãos e avaliar a incerteza na doença à luz da Teoria de Mishel.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico;
- Identificar o perfil diagnóstico de enfermagem, conforme a Classificação da Associação Internacional de Diagnósticos de Enfermagem – NANDA-I;
- Descrever as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes;
- Relacionar os diagnósticos de enfermagem aos domínios da atual Taxonomia II da NANDA-I;
- Mensurar o grau de incerteza dos pacientes submetidos a cirurgias de retirada de órgãos a partir da Escala da Incerteza na Doença (MUIS);
- Verificar a confiabilidade dos itens da escala – MUIS;
- Correlacionar a incerteza às variáveis sociodemográficas, clínicas e aos diagnósticos de enfermagem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ENFERMAGEM E ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA

No contexto hospitalar, há diversidade de cenários, e um dos mais importantes é o do centro de cirúrgico onde se realizam diversos tipos de cirurgias. A história da medicina é envolta de uma constante evolução, desde as primeiras cirurgias realizadas pelos chamados “cirurgiões barbeiros” até os tratamentos cirúrgicos conhecidos hoje, envoltos de aparatos tecnológicos e técnicas cirúrgicas modernas. A enfermagem vem acompanhando todo este processo, e se inserindo cada vez mais, aumentando sua participação em todas as fases cirúrgicas, ganhando maior destaque, trabalhando de forma indispensável (POSSARI, 2014; CARVALHO; BIANCHI, 2016).

A cirurgia é definida como incisão, excisão, manipulação ou sutura de tecido, que normalmente requer anestesia regional ou geral ou sedação profunda para controlar a dor (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

O Enfermeiro assume o importante papel no gerenciamento da unidade cirúrgica, nas competências assistenciais, clínicas e administrativas, zelando pela segurança do paciente e equipe, promovendo a boa comunicação entre equipe multiprofissional, zelando pela atuação harmônica, baseando-se nas práticas, preceitos éticos e morais da profissão (PEDUZZI, et al., 2011; SOBECC, 2013).

Os cuidados de enfermagem que o paciente necessita no período pós-operatório podem ser complexos e desafiadores devido às alterações fisiológicas que podem ocorrer nesse momento. Este período se divide em pós operatório imediato, mediato e tardio, e as necessidades do paciente podem variar de acordo com estes momentos, determinando suas prioridades e cuidados específicos (SANTOS; LAUS; CAMELO, 2015).

Segundo Associação Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico Recuperação anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), o período pós operatório deve priorizar intervenções que previnam, minimizem ou tratem complicações, reduzam ou evitem a ocorrência de eventos adversos que é definido como dano ocasionado relacionado à assistência de saúde prestada, e não à doença de base, e que resulta no aumento do tempo de internação ou incapacidade provisória ou permanente. (BRASIL, 2014; SOBECC, 2013).

Os enfermeiros do cenário cirúrgico lidam com diagnósticos de enfermagem relacionados às alterações na integridade da pele, vulnerabilidade à infecção, controle alérgico, possibilidade de sangramento, alterações na imagem corporal, náuseas, mudanças no padrão respiratório, ansiedade, controle emocional instável, enfrentamento ineficaz, fadiga, entre outros diagnósticos que representam aspectos tanto fisiológicos quanto psicológicos dos pacientes. (SANTOS; LAUS; CAMELO, 2015).

Toda cirurgia possui uma finalidade, que pode ser classificada em diagnóstica, curativa, reparadora, reconstrutora (cosmética) e paliativa. Podem ainda ser classificadas conforme urgências, em cirurgias de emergência, urgência, necessárias, eletivas e opcionais. (BRUNNER; SUDDARTH, 2012). Essas classificações determinam totalmente a assistência de enfermagem, fazendo com que os planos terapêuticos se distingam e se individualizem.

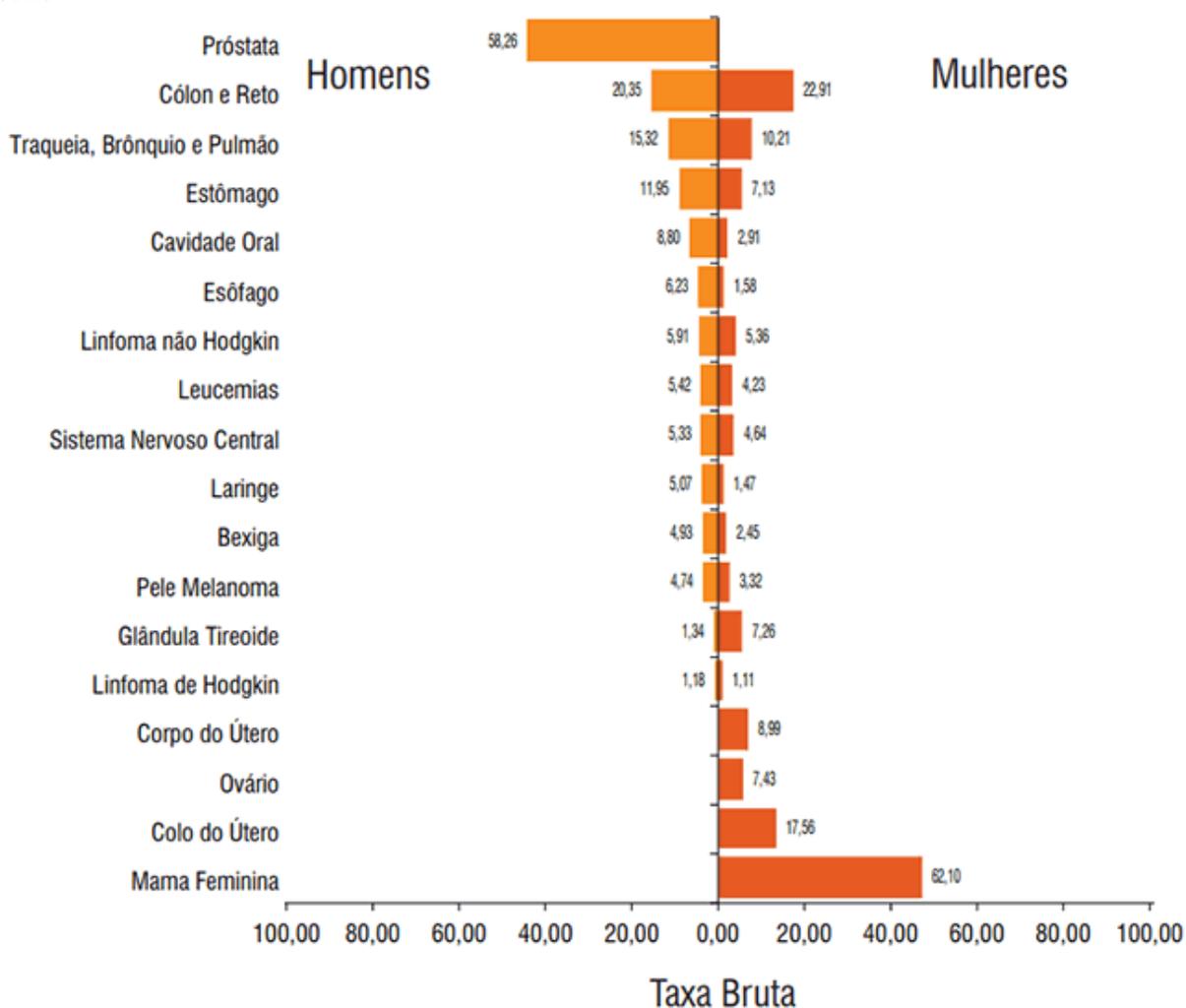
Na terminologia cirúrgica são utilizados sufixos para designar significados aos diferentes procedimentos cirúrgicos e o prefixo é determinado pela nomenclatura do órgão ou segmento corporal. A SOBECC designa o sufixo “ectomia” como extirpação total ou parcial de um órgão. (SOBECC, 2013). Marieb, Wilhelm e Mallatt (2014) definem a palavra órgão como “(...) uma estrutura distinta, composta por vários tipos de tecido. Exemplos: vasos sanguíneos, fígado, cérebro e fêmur”.

Em meio as diferentes finalidades dos procedimentos cirúrgicos, a maior motivação na realização de cirurgias com a finalidade terapêutica é o atual perfil epidemiológico. A nível mundial e nacional, as doenças e agravos não transmissíveis (DANT) são os principais responsáveis pela morbidade e mortalidade da população. Estima-se que no ano 2008 mais de 36 milhões de pessoas foram a óbito e que 63% desse valor teve como causa as DANT, com destaque para a porcentagem de 21% para o câncer.

As alterações no perfil epidemiológico e demográfico da população mundial apontam para o crescimento do câncer nas próximas décadas. (BRASIL, 2017; FERLAY et al., 2015). Nos países desenvolvidos os cânceres mais prevalentes são: pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto, associados à urbanização e desenvolvimento. (FERLAY et al., 2015). Um estudo realizado na Noruega mostrou que o câncer de mama corresponde a mais de 20% dos cânceres femininos e que a estimativa é que nos próximos 5 anos aumente as taxas de sobrevivência, devido ao rastreamento de exames como a mamografia e redução da terapia de reposição hormonal (HOFVIND et al., 2013).

Para o Brasil estima-se que, entre os anos de 2018 a 2019, ocorra a incidência de 600 mil novos casos da doença, para cada ano. Os tipos de cânceres mais frequentes nessa estimativa serão os de mama, próstata, pulmão, cólon e reto, colo uterino, esôfago e estômago. Na região Centro-Oeste, destaca-se o câncer de ovário, sendo o sétimo mais incidente, com estimativa de 5,79 casos para cada 100 mil mulheres habitantes. No Distrito Federal as maiores taxas de incidência do câncer estimada para 2018 são de próstata e de mama feminina, vide Figura 1 (BRASIL, 2017).

Figura 1 – Gráfico de taxas brutas do tipo de incidência do câncer estimadas para 2018 por sexo.



Nota: * Valores por 110 mil habitantes.

Fonte: BRASIL, 2017.

Além dos aspectos epidemiológicos, a literatura traz outro fenômeno de extrema importância e altamente negligenciado, tanto na literatura que apresenta lacunas nesse aspecto do conhecimento, quanto na abordagem assistencial, onde não se vê a abordagem dos aspectos psicológicos dos tratamentos cirúrgicos. O ato cirúrgico pode ser considerado como uma agressão, tanto pelos aspectos fisiológicos e anatômicos envolvidos relacionados ao corte que

rompe a integralidade da pele, o sangramento, a retirada de um órgão, quanto pelos fenômenos psicológicos envolvidos, tais como medo, angústia, dúvidas, expectativas e incerteza. (AMTHAUER et al., 2013).

Mulheres mastectomizadas, vivenciam o drama da perda da mama, parte do corpo relacionada à sua sexualidade, amamentação e aparência. A histerectomia é outra cirurgia predominante no cenário feminino, relacionada à reprodutividade da mulher, e gera, junto à mastectomia, muitas vezes implicações negativas relacionadas às perdas funcionais e a construção social do corpo. (NUNES et al., 2009). Também é possível a experiência positiva ao se realizar um procedimento cirúrgico dessa natureza, relacionado à resolutividade dos sintomas da doença basal e até mesmo sua cura (MERIGHI et al., 2012).

A prostatectomia é a cirurgia de retirada da próstata. A nível nacional foi estimado 70.000 casos para 2015 (BRAGA et al., 2017). Esperara-se para o ano de 2018, no Distrito Federal, 850 novos casos de câncer de próstata a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2017). Os distúrbios prostáticos podem apresentar três tipos de causas, hiperplasia prostática benigna (HPB), prostatite e câncer de próstata. É um dos tratamentos mais recomendados para o câncer prostático e a HPB.

A retossigmoidectomia é outra cirurgia de importante representatividade, relacionada ao tratamento do câncer de cólon e reto, que apresenta como possíveis causas as doenças inflamatórias intestinais, fatores hereditários e hábitos de vida. As taxas de mortalidade pela doença em 2012 representaram 8,4 óbitos/100 mil habitantes de ambos os sexos. Um dado importante evidenciado pela literatura, é que esse tipo de câncer cresce em incidência em países desenvolvidos e que apresenta maior taxa de óbito nos países em desenvolvimento. (CENTER; JEMAL; WARD, 2009; FERLAY et al., 2013). As taxas de sobrevivência da doença são diretamente relacionadas ao Índice de desenvolvimento humano (IDH) do local. Países como o Brasil apresentam elevação nas taxas de incidência da doença e aumento nas taxas de óbito, já países desenvolvidos como o Canadá, Reino Unido e Dinamarca, há um aumento da incidência da doença e baixas taxas de óbito relacionado ao IDH elevado dessas regiões. (ARNOLD et al., 2016).

Embora inicialmente o paciente possa ter uma percepção de melhora na condição geral, esse tratamento pode trazer várias consequências como incontinência urinária, distúrbios sexuais, e outros impactos psicológicos no paciente que se submeteu à essa cirurgia. (SOUSA et al., 2012).

Sentimentos conflitantes estão presentes nesses pacientes que se submetem à retirada de órgãos. O tratamento cirúrgico muitas vezes é necessário, como intervenção no tratamento de doenças. Há muitos sentimentos, expectativas e percepções envolvidos. O paciente pode criar expectativas quanto aos resultados de uma intervenção cirúrgica, levando a danos emocionais que interferem no bom funcionamento fisiológico do paciente afetando seu bem estar-geral. O ato cirúrgico pode vir acompanhado de ansiedade, dúvidas e anseios independente do porte da cirurgia. A intervenção cirúrgica é considerada uma ameaça ao paciente, pois além de romper a integridade física, causa importantes impactos emocionais e fragilidade ocasionada pelo medo. (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

Assim como a dor que é vivenciada como uma experiência subjetiva, a intervenção cirúrgica devido a suas diversas finalidades e causalidades, também pode ser experimentada de formas diferentes. Sendo que a maneira com que o paciente analisa a situação, determina a forma de enfrentamento. (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

Desde a hospitalização há muitas mudanças envolvidas, o ambiente hospitalar rompe com familiaridade do ambiente habitual o que já se torna uma fonte geradora de estresse (SOUZA, A.; SOUZA, Z.; FENILI, 2005). Adicionalmente o sujeito descaracteriza-se sendo determinado por um número de leito, entre outros integrantes componentes de um quarto de enfermaria. Esse mesmo paciente encontra-se submetido a uma comunicação restrita, tanto com seus familiares quanto com a equipe multiprofissional de cuidado, sem saber em que momento e a que horas novas notícias virão ou qual é o melhor momento de expressar suas dúvidas e anseios. Todas essas condições sujeitam o paciente a necessidade de enfrentamento que é definido por uma soma de empenhos para saber lidar e enfrentar as condições internas e externas que o afetam. É importante reservar oportunidades para a expressão das emoções e do afeto, para que sejam mais humanas as relações entre profissional e paciente. (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

3.2 TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA (TID)

3.2.1 A TID - Uma Teoria de Médio Alcance

A enfermagem traz, na construção do seu processo histórico, a trajetória de ser uma ciência própria que produz seu conhecimento aplicando-o na sociedade. Abarcando aquilo que

lhe é próprio, para explicar seus fenômenos no cuidar em todo o processo saúde-doença, produzindo uma linguagem específica, conhecida como teorias ou construtos de enfermagem. O referencial teórico de enfermagem objetiva caracterizar, compreender e dar significado aos acontecimentos de interesse da profissão, proporcionando uma construção sólida de informações, que podem ser trabalhadas como referencial em discussões epistemológicas e práticas. (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

A teoria da incerteza na doença é classificada como uma teoria de enfermagem de médio alcance. As teorias de médio alcance foram criadas para diminuir a lacuna existente entre as grandes teorias (abstratas), e as teorias práticas (concretas). São caracterizadas por um número menor de conceitos quando comparadas às grandes teorias, são mais voltadas às realidades específicas. Por possuírem proposições claras, podem gerar hipóteses testáveis. As teorias de médio alcance oferecem ao profissional embasamento para tomada de decisão fundamentada no julgamento prático das situações, onde a “teoria orienta a prática, e a prática fundamenta a teoria”. (McEWEN; WILLS, 2009).

A literatura enfatiza a grande necessidade da formulação dessas teorias, para embasar a prática profissional da enfermagem. Por serem muito utilizadas nas pesquisas da área, as teorias de médio alcance são escolhidas por gerarem uma boa base para hipóteses testáveis e isso gera o aperfeiçoamento das teorias. (McEWEN; WILLS, 2009).

Os objetivos das teorias de médio alcance são descrever, explicar e antecipar fenômenos, por isso são aplicadas a contextos práticos. Elas têm a capacidade de conduzir intervenções mudando as condições para propiciar as ações do cuidado. (McEWEN; WILLS, 2009; TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

Com o objetivo de descrever um fenômeno específico, a fim de traçar um perfil do que é, porque, como e quando ocorre, na intenção de solucionar problemáticas no cuidado em saúde, a TID foi escolhida para ser trabalhada, visando esclarecer se os pacientes submetidos à cirurgia de retirada de órgãos passam pelo processo de vivenciar a incerteza na doença, traçando o perfil diagnóstico dessa população.

Nessa teoria, a pessoa é vista como um sistema aberto que interage com seu meio trocando energia com o seu arredor. E se nesse contexto, quando o paciente encara a incerteza com uma nova perspectiva de vida, deverá se confiar aos recursos necessários para isso, tal como os recursos sociais, representados também pelos profissionais de saúde. Esses

profissionais devem agir com autoridade e credibilidade, especialmente o enfermeiro, que deverá adotar o pensamento probabilístico, e usar a incerteza para avaliar as diferentes possibilidades de interpretação para os fatos. É considerada uma teoria complexa, do ponto de vista que depende da forma como o paciente irá encarar, mas ao mesmo tempo simples em sua compreensão. (TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

Com a proposta de “reconceitualização” da teoria, Mishel pôde proceder às provas empíricas, característica essencial das teorias de médio alcance, por meio de estudos quantitativos e qualitativos para verificar a reação das pessoas frente à incerteza. Mishel compreendeu que para isso, a enfermagem deveria observar esse fenômeno por meio do contato com o paciente. A TID descreve a incerteza tanto para o paciente que vivencia a enfermidade, quanto para a família, por isso a criação de diferentes escalas. (MISHEL, 1981, 1988; TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

3.2.2 Histórico e Trajetória da Teoria da Incerteza na Doença

Entre as numerosas teorias de enfermagem descritas na literatura, optou-se pela Teoria da Incerteza na Doença (TID), como já dito, idealizada pela enfermeira Merle Helaine Mishel, nascida em Boston, Massachussets, Estados Unidos da América.

Merle Mishel graduou-se em enfermagem em 1961 e concluiu seu primeiro mestrado em 1966 em atenção psiquiátrica na Universidade da Califórnia; no ano de 1980 concluiu seu doutorado em psicologia social na Califórnia, defendendo sua tese sobre a escala da ambiguidade frente à doença, que ficou posteriormente conhecida como “A escala da Incerteza na Doença” também chamada no inglês de “Mishel Uncertainty in illness” (MUIS). Essa escala, posteriormente, se desenrolou em outras três escalas voltadas à comunidade para pacientes com enfermidades crônicas, outra voltada aos pais com filhos enfermos e a aplicada aos parentes de doentes graves. Na publicação de sua primeira escala, que foi elaborada para pacientes com doenças crônicas e hospitalizados, utilizou dados quantitativos e qualitativos advindos de sua tese de doutorado, investigando a incerteza em doentes adultos. Mishel é membro de inúmeras organizações profissionais, entre elas se destaca American Academy of Nursing. (BAILEY JÚNIOR; STEWART, 2011; MISHEL, 1981; TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

A TID traz importantes fontes teóricas, pois se baseia em modelos teóricos já existentes, procedentes da psicologia que refletem a Incerteza como estado cognitivo resultante de uma

série de impulsos que não são suficientes para compreender de acordo com um esquema cognitivo uma situação ou desfecho. O que se destaca na teoria formulada por Mishel é a associação do estado de Incerteza com o enfrentamento da enfermidade (MISHEL, 1988).

Em 1990, sua teoria sofreu alguns ajustes devido à percepção da autora de que o paciente era visto de forma mecanizada, controlada e previsível. Nesse momento, a autora agregou os conhecimentos a Teoria do Caos, centrada nos sistemas abertos, que se traduzia ao contexto da enfermidade passando a ser vista como um momento de desequilíbrio, um estado de constante incerteza para assim encontrar um novo sentido frente à situação do adoecimento. Com a “reconceitualização” da teoria, houve uma ampliação de conceitos a fim de se compreender que, mesmo não havendo uma solução para a incerteza, o paciente deve aceitá-la como parte integrante da vida real, associada ao contexto da existência humana. Com essa nova perspectiva a incerteza pode ser interpretada como uma oportunidade, originando um novo ponto de vista e isso pode converter-se em uma força positiva para alcançar o bem-estar, um olhar mais positivo sobre a vida. (MISHEL, 1990; TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

A temática da incerteza está presente em vários contextos. O termo incerteza também se associa às ciências exatas, especialmente na Física Quântica, quando Heisenberg, trabalhou o princípio da incerteza (1927). Esse princípio diz que não se pode determinar com precisão a posição e o momento de uma partícula e que esse fenômeno está relacionado à própria natureza da luz e da matéria. (CHIBENI, 2005).

Outra situação que envolve a TID é a Teoria do Caos. É uma disciplina em desenvolvimento, que trabalha os sistemas não lineares complexos, e isso se traduz em três palavras: não-linearidade, complexidade e sistemas; o que leva a ideia de um sistema dinâmico, real, e não linear, ou seja, um sistema aberto. Essa teoria também foi importante para o conceito da Incerteza, ela foi uma inspiração para a TID. A Teoria do Caos sugere a ideia de que pequenas variações nos sistemas podem se tornar grandes variações no resultado final, designado “Efeito Borboleta”. (MARIETTO; SANCHES; MEIRELES, 2011).

Assim, a teórica Merle Mishel baseou-se nos princípios da teoria do caos, por julgar que se refere aos sistemas abertos, permitindo uma melhor noção de como a enfermidade influencia no desequilíbrio da situação e como se propõe encontrar estratégias de enfrentamento para dar um novo sentido à enfermidade. Acredita-se que a teórica apoiou-se concomitantemente à sua experiência de vida pessoal, durante o tratamento do pai, quando este foi diagnosticado com câncer. Durante o tratamento ela mesma pode observar suas reações e

como o pai prestava atenção a detalhes até então insignificantes. (TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

Na economia, Frank Knight, da Universidade de Chicago, propôs em 1921 em sua obra literária, a diferenciação entre os conceitos de risco e incerteza. Para ele o risco representa a probabilidade que é mensurável, e a incerteza expressa uma situação de valores indeterminados e não quantificáveis, ou seja, imensuráveis. Knight associa a incerteza com a teoria do lucro, considera que o lucro só surge em situações de incerteza, assim o lucro é visto como uma “receita residual” não planejada. (ANDRADE, 2011).

O conceito da incerteza surge para enfermagem com a Teoria da Incerteza na Doença, que será descrito mais à frente.

3.2.3 Principais Conceitos da Teoria

O conceito da **incerteza** na Teoria da Incerteza de Mishel é:

(...) A incerteza é definida pela incapacidade de determinar significado eventos relacionados ao adoecimento. É o estado cognitivo criado quando a pessoa não consegue estruturar adequadamente ou categorizar um acontecimento relacionado ao adoecimento, ocorrendo em uma situação em que o responsável pela tomada de decisões é inábil para atribuir valores definidos a objetos e eventos e/ou é incapaz de prever resultados com precisão. (MISHEL, 1988).

A teoria trabalha outros conceitos principais: o esquema cognitivo, quadro de estímulos, tipologia dos sintomas, familiaridade dos fatos, consistência dos fatos, fontes de estrutura, autoridade com credibilidade, apoio social, capacidades cognitivas, inferência, ilusão, adaptação, pensamento probabilístico e nova perspectiva de vida. Esses conceitos são apresentados em uma importante publicação da autora da década de 80 do século passado (MISHEL, 1988) e serão expostos a seguir.

O **esquema cognitivo** é definido como a interpretação pessoal do paciente a respeito de sua doença, tratamento e hospitalização. (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY; ALLIGOOD, 2002);

O **quadro de estímulos** constitui a forma, a composição e a estrutura dos estímulos que recebe uma pessoa. Esses estímulos se estruturam dentro de um sistema cognitivo, e se subdividem no **padrão de sintomas**, que representa o grau em que os sintomas se apresentam suficientes para formularem padrões ou configurações, para isso os sintomas devem ser avaliados quanto à quantidade, intensidade, frequência, duração e localização. Já a

familiaridade dos fatos é outra subdivisão do quadro de estímulos. Representa o grau em que os acontecimentos e fatos vão se tornando repetitivos e habituais até chegarem ao grau de serem reconhecidos, quanto mais um evento se torna habitual, menos incerteza o paciente experimenta. O quadro de estímulos também é representado pela **coerência dos fatos**, que traduz a coerência existente entre o esperado e o experimentado no contexto da enfermidade (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY, ALLIGOOD, 2002);

Os **fornecedores de estrutura** representam os recursos existentes para atender à pessoa na interpretação do quadro de estímulos. Subdividem-se na **Autoridade credível, apoio social e educação**. Autoridade com credibilidade representa o grau de confiabilidade que o paciente deposita nos profissionais de saúde que o atendem, e está associada diretamente e indiretamente à incerteza, que pode ser amenizada com o fornecimento de informações sobre as causas e consequências de seus sintomas. Indiretamente está associado ao quadro de estímulos. O **apoio social** é o suporte recebido pelo paciente e que auxilia na incerteza influenciando na interpretação dos acontecimentos, o apoio social pode influenciar direta e indiretamente a incerteza. Com níveis elevados de apoio social o paciente tem uma visão mais clara do seu padrão de sintomas, e um grau maior de familiaridade dos eventos. A **educação** está ligada ao quadro de estímulos, pois está positivamente associada a ele, uma vez que amplia a base de conhecimentos do paciente, possibilitando uma melhor interpretação dos sintomas com um largo repertório de referências. (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY, ALLIGOOD, 2002);

As **capacidades cognitivas** são as habilidades da pessoa de processar informações, relacionadas às habilidades inatas do paciente e suas repostas situacionais, refletindo o ambiente. (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY, ALLIGOOD, 2002);

A **inferência** se refere à avaliação da incerteza refletindo exemplos relacionados às experiências individuais, experiência geral e o que mais estiver relacionado. (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY, ALLIGOOD, 2002);

A **ilusão** são as crenças derivadas a partir da incerteza (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY, ALLIGOOD, 2002);

A **adaptação** reflete um comportamento biopsicossocial mostrado na variedade de comportamentos comuns da pessoa, definidos de maneira individual. (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY, ALLIGOOD, 2002);

Nova perspectiva de vida representa a formulação de um novo sentido de ordem das coisas, que reflete à adaptação, no sentido de encarar a incerteza como uma integrante natural da vida. (MISHEL, 1990);

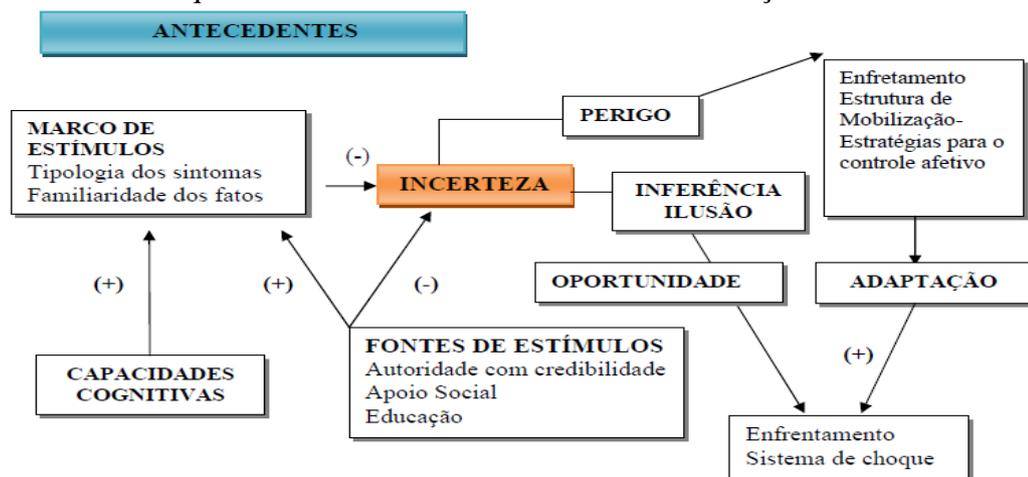
O **pensamento probabilístico** reflete a crença em um mundo condicional em deixar de lado o desejo de um estado contínuo de certeza e previsibilidade. (MISHEL, 1990).

3.2.4 Pressupostos da Teoria

Além dos conceitos que compõe a teoria, existem os pressupostos teóricos da Mishel. Os pressupostos são afirmações teóricas, que funcionam como crenças da teoria que não podem ser testadas, e sim aceitas como verdade, podendo ser questionadas do ponto de vista filosófico. Como evidência empírica embasa as proposições da teoria partindo de crenças e valores pessoais ou do conhecimento assentido. (McEWEN; WILLS, 2009).

Mishel, em 1988, publicou pela primeira vez seus pressupostos mais relevantes, que refletem a visão inicial da teoria conforme modelo de processamento da informação da psicologia. Este modelo se reflete na figura 2 que representa o Modelo da incerteza percebida frente à enfermidade, idealizado naquele ano.

Figura 2 – Modelo esquematizado da Teoria da Incerteza na Doença.



Fonte: MISHEL; BRADEN, 1988 (Adaptado e traduzido).

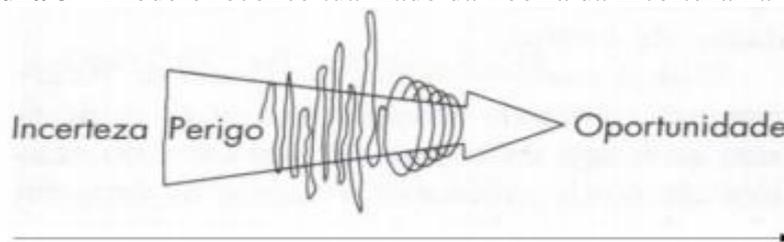
Essa figura (Figura 2) representa a formulação de seus pressupostos iniciais, marcados como os antecedentes da incerteza. A incerteza vem como conceito principal, representando um estado cognitivo de inadequação do esquema cognitivo existente no paciente, cuja função é interpretar os acontecimentos referentes à doença. Além disso, a incerteza é vista como uma experiência intrinsecamente neutra, até que ocorra a sua avaliação e culmine no enfrentamento.

A inferência e a ilusão avaliam a incerteza quanto ao evento ou situação, além de auxiliar na construção das opiniões que se originam da incerteza vista como uma probabilidade positiva, resultando no perigo, que envolve o aspecto negativo ou na oportunidade que demonstra a adaptação. (BARBOSA, 2012; MISHEL, 1988).

A partir da “reconceitualização” da teoria em 1990, por meio de estudos qualitativos motivados pela necessidade de uma maior compreensão desta, incremento de sua aplicabilidade e saída dos modelos teóricos lineares, adotou-se um modelo mais dinâmico, que compreendeu o estado de incerteza como catalisador para diferentes perspectivas de vida. Mishel inseriu importantes conceitos da Teoria do caos que contribuíram com a compreensão de que o estresse leva aos sistemas de enfrentamento motivando a adaptação. (MISHEL, 1990; TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

Nesse novo contexto, as pessoas são interpretadas como seres biopsicossociais, que passam por flutuações, que são compreendidas como um estado não estacionário, mas sim de mutabilidade e dessa forma produzem ressignificações e reestruturação, e isso se traduz na adaptação, no enfrentamento (*coping*), onde a incerteza pode ser avaliada sob duas medidas, a primeira como a redução desse estado quando avaliada como perigo, ou na manutenção da incerteza quando vista como oportunidade. No modelo da teoria reconceitualizada não foram modificados os antecedentes da incerteza. A figura 3 caracteriza o modelo reconceitualizado da teoria.

Figura 3 – Modelo reconceitualizado da Teoria da Incerteza na Doença.



Fonte: MISHEL, 1990 (traduzido).

A figura 3 demonstra a incerteza como um catalisador na flutuação dos eventos da vida, que perpassa sobre o tempo. O que era antes previsível e controlável passou a ser instável e incerto, foi representado na figura pelo perigo. A incerteza se apresenta permeando diversos aspectos da pessoa, enfrentando o sistema até então estável, o que provoca desordem e instabilidade. Nesse contexto ressalta-se a alternativa de mudar para sobreviver, e vivenciar esses acontecimentos sob uma nova perspectiva, a da oportunidade. As linhas circulares traduzem a adaptação e remodelagem (TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

Meleis (2012) define que os postulados são as descrições ou declarações dos conceitos teóricos. Funcionam como caracterizadores das propriedades desses conceitos, possibilitando à teoria o embasamento necessário às suas definições.

3.2.5 Proposições da Teoria

A TID apresenta as seguintes proposições: (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

- A incerteza surge no momento em que a pessoa não pode estruturar ou organizar adequadamente o enfrentamento da doença, motivado pela ausência de orientação.
- A incerteza pode apresentar-se na forma de ambiguidade, complexidade, falta de informação ou informação inconsistente e imprevisibilidade.
- Quando o quadro de estímulos aumenta, assim como a familiaridade dos acontecimentos, a incerteza diminui.
- Os fornecedores de estrutura (autoridade com credibilidade, apoio social e educação) atuam diretamente na redução da incerteza ao incentivar a interpretação dos acontecimentos, e indiretamente no marco dos estímulos, ao se estruturar no esquema cognitivo.
- A incerteza pode ser vista como um perigo provocando a necessidade do enfrentamento na motivação de reduzi-la, a fim de controlar os esforços emocionais que ela gera.
- A incerteza pode ser encarada como oportunidade, provocando diversos esforços de enfrentamentos dirigidos à sua manutenção.
- A incerteza pode ter muitas influências psicológicas, a depender de sua orientação de vê-la como perigo ou oportunidade.
- Se a incerteza é encarada com um perigo e não se consegue alcançar sua redução, podem ser planejadas estratégias de enfrentamento para controlar as respostas emocionais.
- Quanto maior o tempo de duração da incerteza, mais instável se torna o paciente em relação às suas vivências anteriores.
- Estar sobre as condições de incerteza e sofrimento leva o paciente a alcançar uma nova perspectiva de vida orientada pela probabilidade, que aceita a incerteza como possibilidade da existência.

- A integração do processo de contínuo estado da incerteza em uma nova maneira de ver a vida pode ser influenciada no seu prolongamento ou interrupção pelas fontes de estrutura, que podem ou não compartilhar do pensamento probabilístico.
- Uma exposição prolongada à incerteza, enxergada como perigo, leva a estados de irritação e outros distúrbios emocionais.

3.2.6 Aplicações Práticas da Teoria na Literatura

O modelo da incerteza na doença é cada vez mais reconhecido na literatura de enfermagem como um recurso de pesquisa e prática.

Artigos foram publicados envolvendo o trabalho de Mishel e muitas pesquisas foram identificadas usando a teoria ou o instrumento da pesquisadora, ou ambos, na abordagem de questões diferentes.

No ensaio clínico randomizado realizado por BAILEY et al. (2004), observou-se o uso de indicadores educativos e treino de habilidades de comunicação como uma intervenção inicial para controle da incerteza sobre a tomada de decisão de tratamento no estágio inicial do câncer de próstata. A intervenção foi eficaz na gestão da incerteza.

Diferente estudo com a abordagem qualitativa entrevistou 12 mães de crianças com paralisia cerebral por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado baseado na Teoria de Mishel, na versão pais/filhos. Foi constatado que as mães apresentam muitas incertezas, principalmente quanto ao futuro da criança. Tais incertezas podem ser reduzidas mediante apoio e orientação dos profissionais de saúde, melhorando, assim, a qualidade de vida de todos os envolvidos. (MISHEL et al., 2009).

Outro estudo utilizando uma pesquisa transversal com 117 pais de recém-nascidos internados em Unidade de terapia intensiva neonatal, com o objetivo de determinar os fatores associados à incerteza em pais de recém nascidos prematuros hospitalizados, apresentou em seus resultados um nível de incerteza alto em 49,3% das mães e em 52,6% dos pais. O estudo concluiu que a enfermagem deve incorporar, no plano de cuidados, a valorização e a intervenção da incerteza nos pais e mães de recém-nascidos pré-termos hospitalizados. (BOLÍVAR MONTES; MONTALVO, 2016).

Vários são os estudos que abordam pacientes oncológicos e com outras doenças crônicas (BAILEY JR.; WALLACE; MISHEL, 2007; CLAYTON; MISHEL; BELYEA, 2006; GONDIM; CARVALHO, 2012). Uma pesquisa dirigiu-se a enfermeiras que trabalham em centro cirúrgico no cuidado de pacientes com neoplasia de mama. Nesse estudo, objetivou-se observar os pacientes em relação à vivência da incerteza na doença e aplicar intervenções para seu manejo. (WURZBACH, 1992).

A escala Mishel da Incerteza na Doença tem sido utilizada para variados públicos, abrangendo diferentes contextos interculturais. Foi traduzida em diversos idiomas mundialmente, contextualizando-se às características de diferentes populações. No Brasil, com a busca realizada na literatura, foi encontrada apenas a validação de Barbosa (2012). Nesse processo de validação foram analisadas as propriedades psicométricas: validade de conteúdo, validade do construto e confiabilidade dos itens da escala. É muito importante a utilização de instrumentos que abordem fenômenos ainda pouco explorados, justamente para abranger o escopo das necessidades em saúde ainda não contempladas nos tratamentos.

3.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COM ENFOQUE NA ETAPA DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O estudo da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) está atrelado ao Processo de Enfermagem (PE). A SAE organiza o trabalho nos aspectos metodológicos, pessoal e instrumental, viabilizando o PE, que é um instrumento metodológico orientador do cuidado da atuação profissional, que deve ser realizado de forma sistemática e deliberada em todos os ambientes em que são praticados os cuidados de enfermagem, sejam eles públicos ou privados. (COFEN,2009).

O modo como o profissional enfermeiro pensa e exerce suas ações é pautado pelo PE, este por sua vez, possibilita o levantamento dos recursos necessários à concretização do cuidado e o registro da prática profissional. O órgão regulamentador da profissão é o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) o qual atribui a SAE como ferramenta de gestão do cuidado, bem como também determina a eficiência e a eficácia das ações desenvolvidas no âmbito profissional. Dessa forma a SAE envolve o PE por ser este um dos seus componentes. (GUTIÉRREZ; MORAIS, 2017).

Desde os primórdios da profissão, Florence Nightingale, já trabalhava a ideia de que enfermeiros deveriam ser capazes de realizar observações atentas e realizar julgamentos acerca

das observações. Essa ideia pré-anunciava o que hoje entendemos como parte dessa importante ferramenta que é o PE. No contexto nacional, o PE foi iniciado por Wanda de Aguiar Horta, na década de 70, que o caracterizou como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos (HORTA, 1979). Com o amadurecimento da enfermagem, especialmente no ensino, foi surgindo nos currículos da profissão, assim como no âmbito da assistência. (BARROS et al., 2015).

Um marco importante foi a Lei do Exercício profissional nº 7.498/86 que determina a prescrição da assistência de enfermagem, como atividade privativa do enfermeiro. Outro marco determinante desse processo foi a utilização do termo processo de Enfermagem pela primeira vez na Resolução COFEN 272/2002 que foi posteriormente revogada pela Resolução nº 358/2009, que estabelece a diferenciação entre SAE e PE. (COFEN,1986, 2009).

Segundo a Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), artigo 2º: “O processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes.” Essas etapas são conhecidas como Coleta de dados (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, implementação e avaliação de Enfermagem. Nesse contexto destaca-se a segunda etapa do processo, denominada diagnóstico de Enfermagem, que consiste segundo a resolução:

Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. (COFEN, 2009).

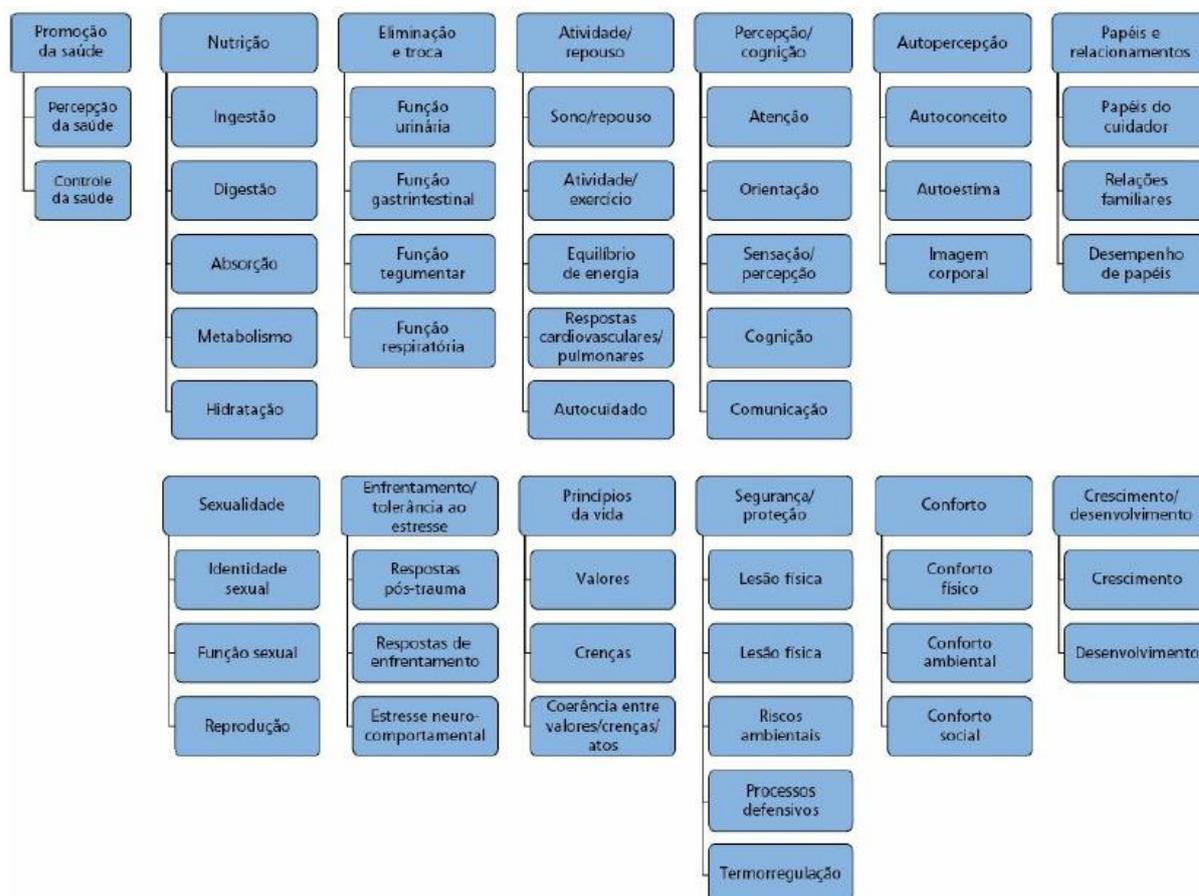
Cabendo ao enfermeiro a liderança do processo de enfermagem, competindo-lhe privativamente a etapa do levantamento dos diagnósticos, que avalia a resposta do paciente e do coletivo no seu processo saúde-doença. (COFEN, 2009). Utilizar a reflexão na atuação profissional é próprio do enfermeiro com segurança clínica, que na prática necessita tomar decisões baseadas em evidências e isto confere a este profissional a competência clínica, característica essencial ao diagnosticar.

A NANDA-I representa um sistema internacional de classificação dos diagnósticos de enfermagem, originada inicialmente na década de 70 com um grupo denominado “Grupo de Classificação Norte-Americano de Diagnóstico de Enfermagem”. Em 1987 foi publicada a

taxonomia I, construída para refletir os modelos teóricos da América do Norte. Anos mais tarde, em 2002, surgiu a Taxonomia II. (NANDA-I, 2015; NEGREIROS et al., 2009).

A Taxonomia na NANDA-I é utilizada para classificar e categorizar focos diagnósticos, ela oferece uma linguagem padronizada para comunicação. Atualmente possui 234 diagnósticos de Enfermagem em sua composição alocados em 13 domínios, que representam esferas de conhecimento e 47 classes (figura 4) que agrupam atributos comuns. (NANDA-I, 2015).

Figura 4 – Domínios e classes da Taxonomia II da NANDA-I.



Fonte: NANDA-I, 2015.

A coleta de dados de Enfermagem constitui-se como importante passo para a construção dos diagnósticos, juntamente com o julgamento clínico. Os DE são caracterizados como com foco no problema (reais), de risco ou de promoção da saúde. Os diagnósticos com foco no problema tratam de um julgamento clínico baseado em uma resposta humana indesejável a determinado contexto de saúde ou processo atrelado a pessoa, grupo ou comunidade. O diagnóstico de risco diz respeito ao julgamento clínico em relação à vulnerabilidade dos pacientes, grupos ou coletividades em resposta à possibilidade de desenvolvimento de uma

reposta indesejável ao estado saúde/doença. E por fim, o diagnóstico de promoção da saúde parte do julgamento clínico em relação à motivação e desejo do bem-estar. (NANDA-I, 2015).

A figura 5 representa o processo de enfermagem, especificando suas importantes etapas. A coleta de dados em conjunto com o estabelecimento de diagnósticos é essencial para o processo do julgamento clínico sobre os problemas reais ou potenciais do paciente, o que auxilia na formulação de hipóteses a fim de obter explicações sobre os problemas reais ou potenciais. O que dá o aporte necessário é sem dúvida o conhecimento científico da enfermagem que subsidia os julgamentos realizados e embasa todas as ações do planejamento (NANDA-I, 2015).

Figura 5 – O processo de enfermagem modificado.



A (NANDA-I) traz a definição de diagnóstico de Enfermagem:

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade. (NANDA-I, 2015).

Todo DE é composto por um título e uma definição, seguido dos “indicadores diagnósticos” que são os dados que compõe a caracterização dos DE, também chamados de características definidoras. Também existem os fatores desencadeantes, ou fatores relacionados e os fatores de risco dos DE de vulnerabilidade. As características definidoras são as inferências que manifestam o diagnóstico, este dado oferece precisão. Os fatores relacionados aparecem na

construção dos diagnósticos com foco no problema, e manifestam os contribuintes, causas dos problemas e agravadores das circunstâncias, nos quais devem ser voltadas as intervenções de enfermagem. E os fatores de risco que são as influências que levam o paciente, família ou comunidade à situação de vulnerabilidade quanto à ocorrência de agravos na saúde. (NANDA-I,2015).

A maior importância da segunda etapa do PE é identificar os DE de maior prioridade clínica. Nem sempre um diagnóstico real é mais urgente que um diagnóstico de risco, e esta reflexão é conduzida pelo raciocínio crítico do enfermeiro. Tal decisão culmina na solução ou diminuição do agravamento ou risco de determinada condição de saúde. Há muitas vantagens em se utilizar a taxonomia NANDA-I, pois ela oferece a padronização na estrutura e boa comunicação dos DE entre os enfermeiros.

Ao implementar a segunda etapa do PE, o enfermeiro se torna um diagnosticador em atuação, podendo intervir na base do cuidado. Um dos primeiros usos do termo “diagnóstico de enfermagem” foi feito por Lydia Hall e Vera Fry na década 50, o que gerou importante repercussão social. Por muitas vezes o ato de diagnosticar é visto mesmo nos dias atuais, socialmente, como competência exclusiva da classe médica, no entanto há vários tipos de diagnósticos, e o de enfermagem, retrata as respostas humanas reais ou potenciais ao processo saúde-doença. O enfermeiro, por sua vez, deve desenvolver suas habilidades e capacidade intelectual, crítica e clínica. Este processo elaborativo culminará no raciocínio diagnóstico. (ALFARO - LEFEVRE, 2005; NEGREIROS et al., 2009; NOBREGA; SILVA, 2007).

Estudos demonstram que os enfermeiros encontram importantes dificuldades ao realizar essa etapa, pelo não aprofundamento do tema, ausência ou escassez de atualizações sobre o assunto, dificuldades na coleta de dados, barreiras ao relacionar os dados encontrados nos DE com conhecimentos anteriores e interpretá-los na prática clínica, não realizando o exercício do julgamento. (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013; MELO et al., 2011; SILVA et al., 2011).

Diagnosticar consiste em um desafio para o profissional, pois exige conhecimentos técnico-científicos atualizados, capacidade analítica dos dados e interpretação precisa através da anamnese e exame físico, assumindo a integralidade do cuidado promovendo a precisão na prescrição de enfermagem. (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

O diagnóstico de Enfermagem tem se consolidado na prática do enfermeiro assistencialista, pesquisador e docente, pois funciona como planejador das prescrições de

enfermagem e caracteriza o que é próprio da profissão, além de auxiliar na identificação de perfis e possíveis padrões de públicos específicos, possibilitando a participação do paciente em seu plano terapêutico. (BRUYLANDS et al., 2013; PAANS et al., 2011).

Trabalhos científicos têm se empenhado em realizar estudos diagnósticos em populações específicas, traduzindo-se em pesquisas voltadas à individualidade de cada paciente, possibilitando um atendimento mais integral e voltado às necessidades específicas de cada paciente e suas famílias (FERREIRA; ECHER; LUCENA, 2014; GÜLER et al., 2012; NOH; LIH, 2014; SCHERB et al., 2011; SPEKSNIJDER; MANK; ACHTERBERG, 2011).

Nesse sentido, estudos que realizam o levantamento dos DE em pacientes cirúrgicos ganham especial destaque, especialmente, pela necessidade apresentada na literatura de aprofundamento do tema (NOVAES; TORRES; OLIVA, 2015). Abordar o assunto reflete na necessidade de crescimento profissional na área, benefícios ao paciente e o fortalecimento das Instituições de saúde que se destacam pela qualidade da assistência de enfermagem prestada.

O atual estudo ganha importante caráter de ineditismo ao relacionar DE e a TID em pacientes cirúrgicos submetidos à retirada de órgãos, porque o estado atual da arte não contempla essa temática na literatura.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo exploratório e descritivo, correlacional de corte transversal.

A metodologia se esforça para explicar o caminho percorrido para se chegar ao fim proposto da pesquisa. Nos desenhos de pesquisa exploratório descritivo, o objetivo é investigar um tema, motivado pela pouca exploração da temática da pesquisa. O caráter descritivo do estudo busca caracterizar fenômenos, descrevendo como se manifestam. E o correlacional se empenha em estabelecer relações ou grau de associações entre conceitos. Uma mesma pesquisa pode conter diferentes elementos e ser multiplamente caracterizada. O desenho de pesquisa transversal é caracterizado por investigar os fatos em um único momento da coleta, como uma fotografia que capta o momento atual. (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). A descrição quantitativa ou numérica dos dados, de uma população ou amostra, permite que o pesquisador generalize ou faça alegações (CRESWELL, 2013).

4.2 PERGUNTA NORTEADORA

Quais são os diagnósticos de enfermagem relacionados aos pacientes cirúrgicos que foram submetidos a cirurgias de retirada de órgão e a vivência da incerteza na doença?

4.3 LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Universitário de Brasília (HUB - UnB), caracterizado como instituição pública federal que oferece atendimentos gratuitos através do Sistema Único de Saúde (SUS) conveniado à Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e vinculado à Universidade de Brasília (UnB). Sua gestão é desempenhada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). É um hospital de ensino, desempenhando a importante função de apoiar o ensino, pesquisa e prática aos alunos vinculados à UnB.

A missão do hospital é cuidar das pessoas por meio da pesquisa e ensino agindo conjuntamente ao SUS.

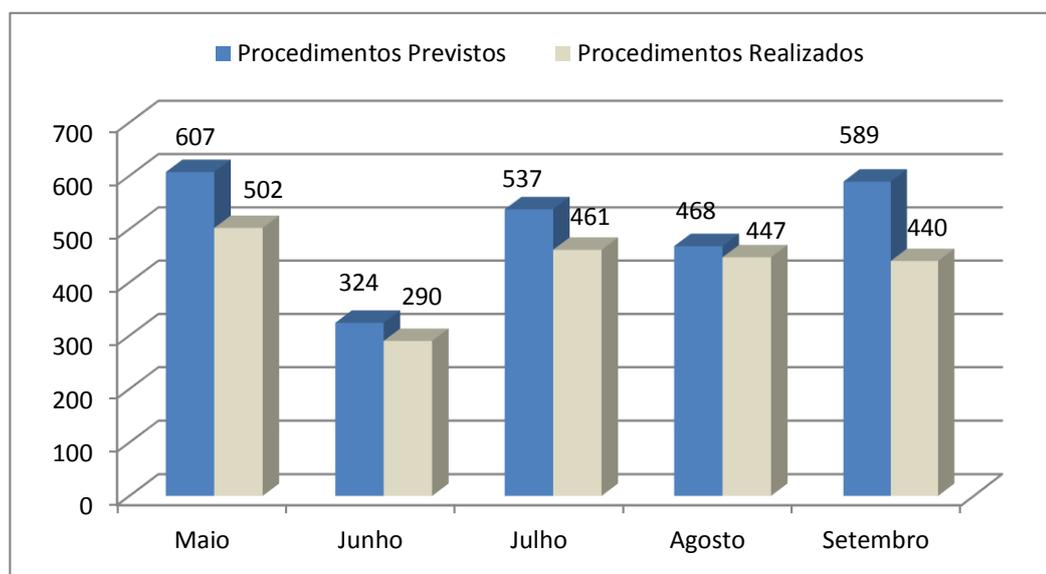
O hospital é estruturado em áreas assistenciais, de ensino, administrativa e manutenção compartimentada em nove complexos: Unidade 1, 2 e 3, Centro de Alta especialidade em Oncologia (CACON), Ambulatório 1 e 2, Clínica Odontológica/Farmácia Escola, Engenharia

e Serviços de Apoio. O local dentro do hospital escolhido para desenvolver a pesquisa foi a enfermaria Clínica Cirúrgica, localizada na Unidade 1. O HUB oferece as seguintes especialidades cirúrgicas: Crânio-maxilo-facial, geral, pediátrica, torácica, vascular e neurocirurgia. A clínica cirúrgica se divide em duas enfermarias, a par e a ímpar, atendendo a pacientes pré e pós operatórios, conta com a capacidade de 39 leitos instalados, sendo 20 na ala par e 19 na ímpar. Durante a coleta de dados foi compreendida uma grande diversidade de cirurgias que envolviam a retirada de parte ou totalidade de órgãos.

Foi realizado um estudo de fluxo no local de desenvolvimento da pesquisa a fim de caracterizar e conhecer melhor o campo estudado e, estimar o quantitativo de procedimentos cirúrgicos. Tal estudo permitiu o levantamento dos procedimentos cirúrgicos realizados no hospital durante um período de 5 meses (1º de maio a 30 de setembro de 2017), a partir da consulta no livro de procedimentos cirúrgicos mensais, disponibilizado internamente na unidade pela chefia de enfermagem do Centro Cirúrgico do hospital.

Na Figura 6 estão representados os procedimentos previstos e realizados no período de maio a setembro de 2017.

Figura 6 – Gráfico do número de procedimentos cirúrgicos previstos e procedimentos realizados mensalmente no período de maio a setembro 2017 no Centro Cirúrgico.

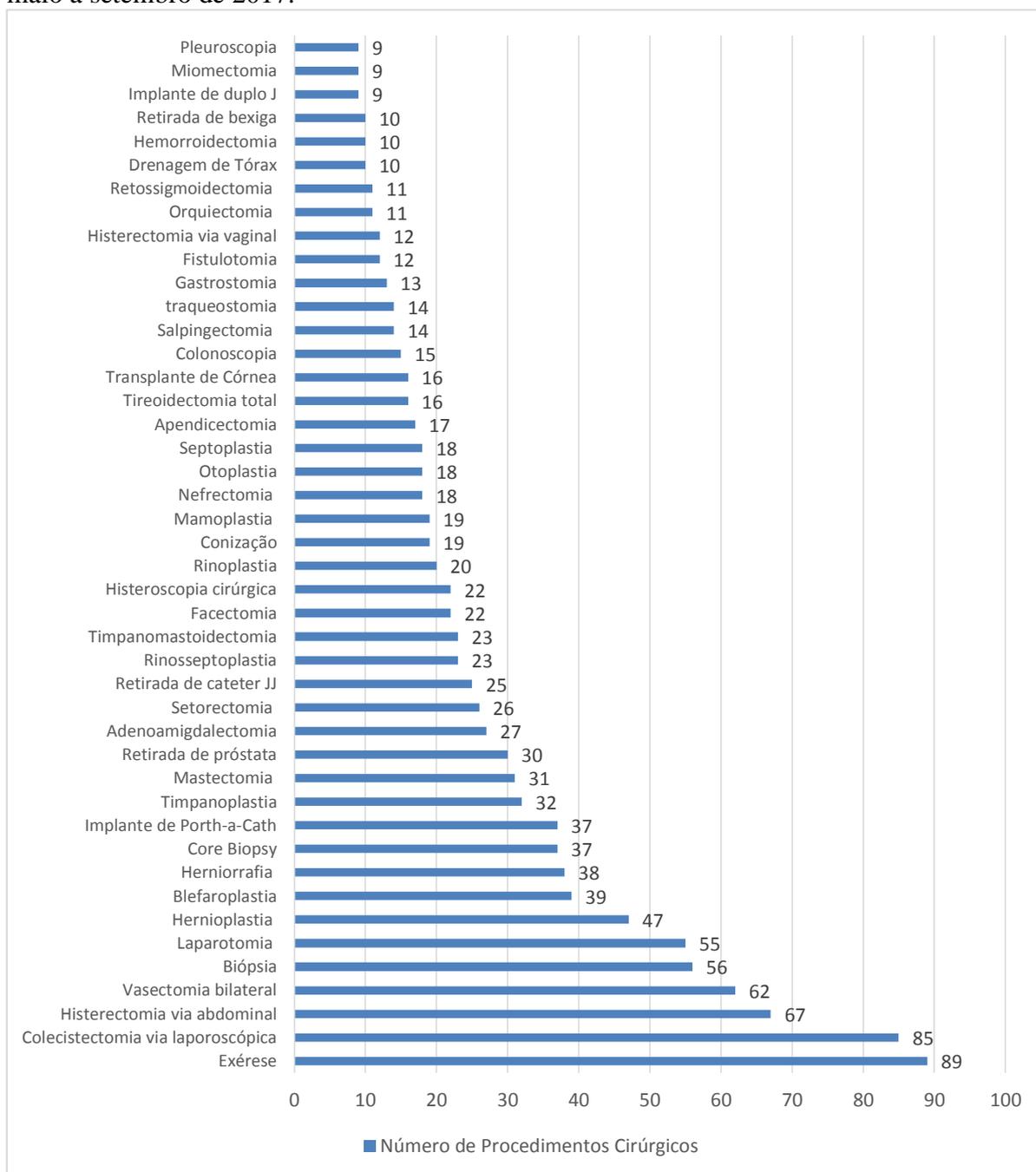


Fonte: Arquivo interno do Hospital Universitário de Brasília.

Durante esse estudo de fluxo, de 5 meses, foram registrados 2.525 procedimentos cirúrgicos previstos, dos quais foram realizados 2.140, com um total de cirurgias que envolviam a retirada de órgãos de 437. A média de cirurgias mensais de retirada de órgãos foi de aproximadamente 87, nesse período.

A Figura 7 apresenta as cirurgias com frequências superiores ou iguais a nove, durante o período citado.

Figura 7 – Gráfico dos números e tipos de procedimentos realizados no Centro Cirúrgico – maio a setembro de 2017.



Fonte: Arquivo interno Hospital Universitário de Brasília, 2017.

A Figura 7 aponta que algumas das cirurgias de retirada de órgãos mais frequentes no período foram colecistectomia, histerectomia abdominal, mastectomia, retirada de próstata, setorectomia, nefrectomia, tireoidectomia, retossigmoidectomia entre outras ‘ectomias’ de

órgãos ou suas partes, que corroboraram com os achados do atual estudo. Estas cirurgias coincidem com as identificadas no período de coleta de dados.

Por indisponibilidade dos dados que contabilizavam o período de um ano, foi estimado o cálculo amostral com base no período de 5 meses. Para o cálculo amostral foi utilizado o software R ® versão 3.4 e a fórmula $n_0 = \frac{z^2 p \cdot q}{e^2}$; sendo que **z** é o valor na distribuição normal que equivalente a confiança, **p** é a probabilidade de ocorrência (prevalência), o **q** é igual a 1-p, e equivale ao erro amostral admitido, e o **N** é o tamanho da população.

Tendo como população o quantitativo de pacientes que realizou a retirada de órgãos, admitindo-se um erro amostral de 10%, estimou-se inicialmente uma amostra de 79 pacientes. Caso fosse admitido um erro amostral de 15%, o número passaria para 39 pacientes. Assim, optou-se por manter um intervalo de 10 a 15% de erro, com um período mínimo de observação de três meses.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da amostra do estudo foram os pacientes internados na clínica cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília no período pós-operatório. O público participante da amostra foi selecionado por meio de amostra de conveniência, ou seja, não-aleatória.

A participação na pesquisa foi condicionada à anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Apêndice A.

A partir do estudo de fluxo de pacientes e do cálculo amostral, considerou-se o período mínimo de observação de três meses ou um número superior a 50 paciente na amostra. A coleta de dados foi iniciada no dia 5 de setembro de 2017 e concluída no dia 7 de dezembro de 2017 após se completar o 60º paciente.

Durante o período de coleta dos dados, foram internados 65 pacientes para realização de cirurgia de retirada de órgão. Destes, 2 não realizaram a cirurgia por motivos ligados ao serviço, 3 não atendiam aos critérios de inclusão do estudo e 0 recusaram-se a participar da pesquisa. Assim, ao final a amostra foi composta por 60 pacientes.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa, pacientes internados na clínica cirúrgica do HUB, adultos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, no período pós operatório superior a 24 horas, por terem

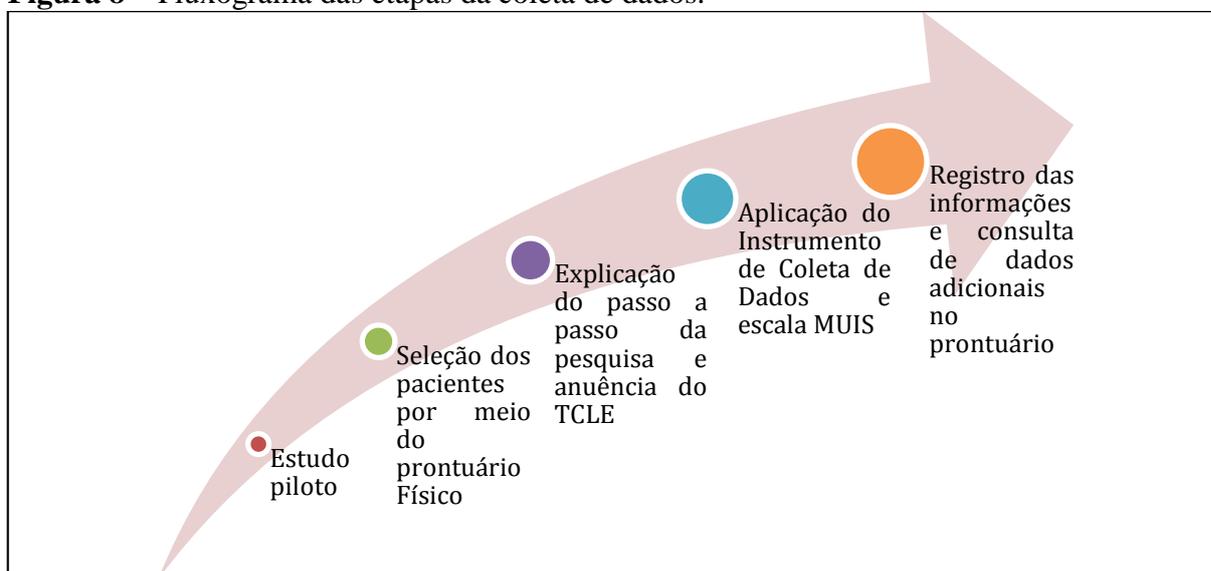
realizado procedimento cirúrgico de retirada de um ou múltiplos órgãos, em plenas condições mentais e intelectuais para responder aos questionamentos e que concordaram voluntariamente em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Considerou-se nesse estudo órgão, uma parte do corpo humano pertencente a um sistema, que efetua função própria e observável e de certa forma independente (CHAVEZ; CHOCANO, 2010).

Foram excluídos pacientes que realizaram cirurgias como pleurectomia, bulectomia ou linfadenectomia realizadas isoladamente, por não atenderem ao conceito de órgão adotado nesse estudo.

4.6 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

A Figura 8 ilustra as etapas utilizadas na coleta de dados.

Figura 8 – Fluxograma das etapas da coleta de dados.



Fonte: Dados da pesquisa.

Inicialmente foi realizado um estudo piloto, momento propício para que o pesquisador possa acertar as arestas necessárias do instrumento de coleta de dados (Apêndice B) e sentir as possíveis dificuldades da pesquisa.

A coleta de dados piloto contou com a participação de cinco pacientes, que não fizeram parte da amostra do estudo e que haviam passado por diferentes procedimentos cirúrgicos. A amostra dos participantes do estudo piloto foi semelhante ao perfil dos pacientes da pesquisa. A partir desse estudo piloto podem-se evidenciar os desafios quanto à linguagem contida no instrumento e a necessidade de ajustes no momento da aplicação de cada uma das escalas.

Uma das dificuldades encontradas relacionou-se ao uso da escala da incerteza na doença, em que os pacientes devem apontar as respostas a partir da escala do tipo Likert, onde as respostas variam do ‘concordo totalmente’ até o ‘discordo totalmente’ com valores entre 1 a 5.

Diante da dificuldade de entendimento dos pacientes, e para que os participantes compreendessem melhor as respostas disponíveis, foi desenvolvido, à parte, cartões com as respostas da escala, descritas em uma fonte aumentada com boa visualização, avulsa ao instrumento e entregue ao paciente. Dessa forma ele compreendia melhor como deveria responder, até mesmo indicando manualmente o que gostaria de expressar. A escala da incerteza na doença (MUIS) foi aplicada pelo entrevistador, pois os pacientes apresentavam dificuldades de resposta aos itens quando faziam a leitura individual e quando manuseavam sozinhos a escala.

A coleta de dados foi desenvolvida diariamente, do dia 5 de setembro a 7 de dezembro de 2017, por meio da visita à enfermaria da clínica cirúrgica e seguia os passos da entrevista, com aplicação de escalas, instrumentos e exame físico. Ao chegar ao local, a pesquisadora contatava com a equipe de enfermagem e identificava, nos prontuários dos pacientes, quais haviam realizado cirurgia de retirada de órgão no período, e que não se encontravam em pós-operatório imediato. Em seguida, a pesquisadora apresentava-se ao paciente e, após explicar ritualmente os passos da entrevista, do exame físico e da aplicação do instrumento, obtinha a anuência e assinatura do TCLE. Após a anuência do paciente seguia-se o roteiro do instrumento de coleta de dados (Apêndice B) elaborado. A coleta de dados durava em torno de 2 horas compreendendo os passos mencionados. Após essa etapa, consultava-se o prontuário do paciente a fim de se obter maiores informações acerca do perfil laboratorial, exames de imagem e informações complementares.

4.6.1 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados (ICD), intitulado “Instrumento de coleta de dados para pacientes pós cirúrgicos baseado na teoria de Mishel” (Apêndice B), foi construído pela pesquisadora, baseando-se nos referenciais teóricos da NANDA-I e da teórica de enfermagem Merle Mishel. Ao final da construção do ICD foi encaminhado para avaliação de três juízes especialistas na área de conhecimento cirúrgico e no processo de aplicação da SAE, que possuíam experiência clínica na área. Após a realização dos devidos ajustes foi liberado para iniciar a aplicação. Para melhor entendimento, ele será abordado por partes.

A entrevista foi a primeira etapa e compreendeu o estabelecimento da relação enfermeiro-paciente, onde o paciente respondia às perguntas envoltas de sua experiência pessoal contemplando aspectos sociais, culturais e educacionais. Os dados da entrevista e do exame físico eram registrados no instrumento de coleta de dados.

O ICD permitiu o registro de dados objetivos e subjetivos, e é composto por nove instrumentos que mensuram diferentes variáveis, sendo eles: dados sociodemográficos, e clínicos; exame físico; seis escalas de avaliação do padrão de risco; e escala MUIS, descritos a seguir.

O ICD se inicia com questionamentos quanto a aspectos pessoais, tais como nome, idade, gênero, estado civil, etnia, naturalidade, escolaridade, religião, ocupação, renda, rede de apoio e habitação. Para subsidiar as alternativas de respostas a esses dados foi utilizado o que é estabelecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (BRASIL, 2015), especialmente para os dados quanto ao sexo, escolaridade e etnia. Para os dados sociodemográficos também foi utilizada a referência de Magalhães (2015).

No item do ICD relativo ao histórico de saúde, foram registradas as condições gerais de saúde do paciente, como se iniciou o quadro que originou a doença, as etapas de tratamentos desenvolvidas e como se encontra atualmente. Em seguida, há o espaço para o preenchimento do quadro de informações sobre os medicamentos utilizados rotineiramente pelo paciente e a prescrição médica originada na internação. Informações a respeito dos dados clínicos estão nesse item, que contempla aspectos como a fonte de aquisição de medicamentos, comorbidades, histórico familiar e antecedentes cirúrgicos.

O instrumento permitiu o registro de dados que subsidiaram a elaboração dos Diagnósticos de enfermagem. A organização obedeceu aos domínios da NANDA-I, a saber: promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade e repouso, percepção cognição, auto percepção, papéis e relacionamentos, sexualidade, enfrentamento, tolerância ao estresse, princípios da vida, segurança, proteção e conforto (NANDA-I, 2015).

As questões do exame físico foram distribuídas nos dados objetivos do instrumento. Foram observadas condições como sinais vitais, aparência geral, condições de risco, pele e anexos, com enfoque na ferida operatória, cabeça e pescoço, tórax, abdome, aparelho circulatório, respiratório e neurológico. Durante a aplicação do exame físico foram seguidos os seguintes passos utilizando as etapas: inspeção, palpação, percussão e ausculta, sequência

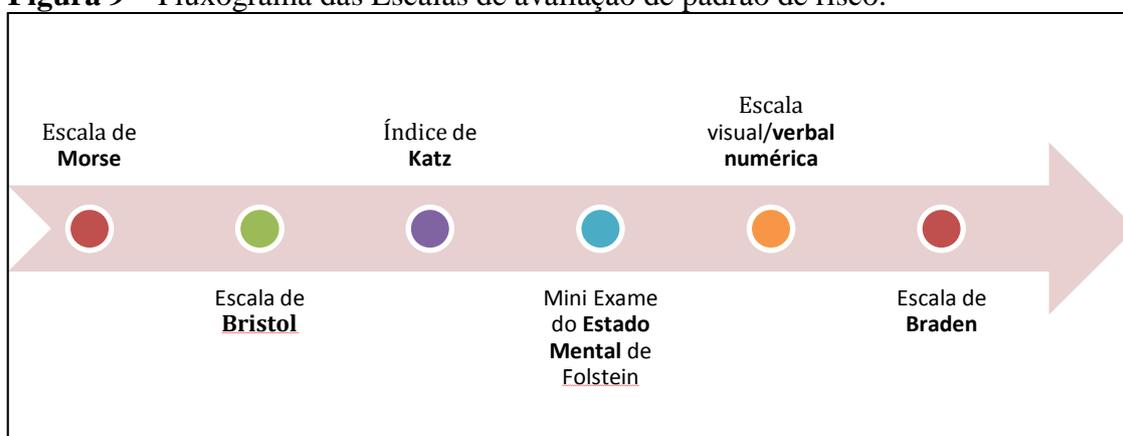
variável a depender da localização do exame físico. Utilizaram-se também os seguintes instrumentos: termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, balança, fita métrica e lanterna (BARROS, 2016). Alguns dos dados referentes ao exame físico foram baseados no instrumento de Neto, Fontes e Nóbrega, (2013).

O índice de massa corporal foi obtido pela fórmula $IMC = \frac{\text{peso (Kg)}}{\text{altura}^2 (m)}$, e classificado conforme os escores da NANDA-I (2015) em: risco de sobrepeso para valores próximos à 25 Kg/m², sobrepeso para valores de 25 a 30 Kg/m² e obesidade para > 30 Kg/m² (NANDA-I, 2015). Nas condições em que o IMC foi menor que 18,5 Kg/m², classificou-se como baixo peso, conforme a padronização da World Health Organization (WHO, 2000).

Foi destinado um espaço no ICD para que o pesquisador registrasse suas impressões sobre a entrevista e sobre qualquer questionamento que o paciente sentisse necessário. Além disso, foi reservado um local para o registro dos dados contidos no prontuário do paciente, tais como diagnóstico médico, exames laboratoriais e de imagem, uso de dispositivos e outras informações relevantes.

Ainda sobre o instrumento de coleta de dados elaborado, foram utilizadas seis escalas que mensuravam importantes parâmetros do paciente, conforme a Figura 9. Além disso, essas escalas de avaliação objetivaram subsidiar a elaboração dos DE.

Figura 9 – Fluxograma das Escalas de avaliação de padrão de risco.



Fonte: Dados da Pesquisa.

A primeira utilizada no ICD foi a escala do risco de queda de Morse (MORSE et al., 1989). Que pontua o risco de quedas do paciente e que pode ser classificada da seguinte forma: risco baixo de 0-24, risco médio 25-44, e risco alto > 45 pontos.

Figura 10 – Escala de Morse do risco de queda.

<i>Morse Fall Scale - Versão original</i> ¹³	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed read/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Fonte: Morse, 1989.

Em seguida o instrumento apresenta a escala de consistência das fezes, denominada Escala de Bristol, que facilita ao paciente identificar as características habituais da sua evacuação.

Figura 11 – Escala de Bristol de consistência de fezes.

Escala de Bristol de Consistência de Fezes	
	Tipo 1: Pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difícil para sair).
	Tipo 2: Formato de linguiça encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas.
	Tipo 3: Formato de linguiça com rachaduras na superfície.
	Tipo 4: Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia.
	Tipo 5: Pedacos macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair).
	Tipo 6: Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares.
	Tipo 7: Totalmente líquida, sem pedaços sólidos.

Fonte: MARTINEZ; AZEVEDO, 2012.

Também foi utilizado o índice de Katz (Figura 12) para Avaliação de Atividades de Vida Diária, que indica a dependência ou não para atividades como: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ser continente e conseguir alimentar-se, com ou sem auxílio, supervisão

e orientação durante as atividades citadas. Quanto menor a pontuação, maior o nível de dependência (KATZ et al., 1963).

Figura 12 – Índice de Katz para avaliação de dependência em atividades de vida diária.

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato a boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de Pontos = _____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente
----------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------

Fonte: Katz et al., 1963.

Outra escala, o Mine-exame do estado mental (MEEM), é um importante instrumento de rastreio para avaliação do comprometimento cognitivo, utilizado nas apreciações iniciais, seguimento no tratamento evolutivo de doenças e monitoramento (Figura 13). Sua pontuação varia de 0 a 30 pontos, quanto menor o escore, maior é o comprometimento cognitivo. Acima de 27 pontos, atividade normal. Enquanto, menor ou igual a 24 pontos caracteriza demência; em caso de menos de 4 anos de escolaridade, o ponto de corte passa para 17, em vez de 24. (FOLSTEIN; FOLSTEIN; McHUGH, 1975).

Figura 13 – Mini-Exame do estado mental.

(Continua)

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (Folstein, Folstein & McHugh, 1975)	
Paciente: _____	
Data da Avaliação: ____/____/____	Avaliador: _____
ORIENTAÇÃO	
• Dia da semana (1 ponto)	()
• Dia do mês (1 ponto)	()
• Mês (1 ponto)	()
• Ano (1 ponto)	()
• Hora aproximada (1 ponto)	()
• Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)	()
• Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)	()
• Bairro ou rua próxima (1 ponto)	()
• Cidade (1 ponto)	()
• Estado (1 ponto)	()

Fonte: FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975.

Figura 13 – Mini-Exame do estado mental.

(Conclusão)

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
- (alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

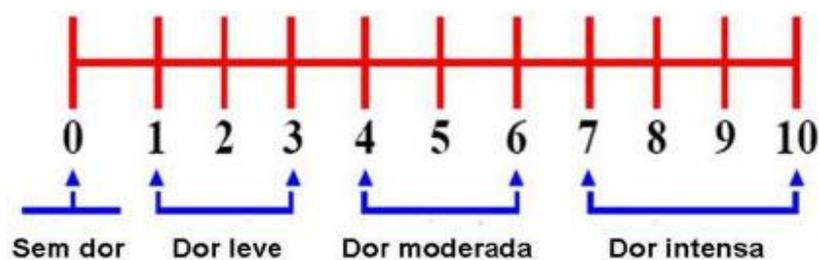
ESCORE: (___/30)



Fonte: FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975.

Em seguida, consta no instrumento, a escala visual/verbal numérica para mensuração da intensidade da dor (Figura 14), onde se considera a intensidade da dor, que varia de 0 a 10. Uma pontuação 0 representa a ausência de dor, 1 a 3 dor leve, 4 a 6 dor moderada e 7 a 10 dor intensa. Esta escala não exige, necessariamente, que haja contato visual do paciente com a escala, ela pode ser descrita ao paciente, de forma simples para paciente analfabetos ou com dificuldade visual.

Figura 14 – Escala visual/verbal numérica para mensuração da intensidade da dor.



Fonte: FORTUNATO et al., 2013.

Por fim, o instrumento apresenta a escala de Braden (Figura 15), onde é avaliado o risco de desenvolvimento de lesão por pressão. Consideram-se a percepção sensorial, umidade,

atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Os escores variam de 6 a 23 pontos e quanto menor o escore, maior o risco de desenvolvimento de lesão por pressão.

Figura 15 – Escala de Braden de avaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão.

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1- Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2- Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3- Levemente limitado: Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4- Nenhuma limitação: Responde ao comando verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4- Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	1- Acamado: confinado a cama	2- Confinado à cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	3- Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	4- Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	2. Bastante Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente Limitado: Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito Pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	2. Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	

Fonte: BRADEN; BERGSTROM, 1987.

Por fim, foi aplicada ao paciente a escala da incerteza na doença de Mishel (MUIS). O questionário foi construído e adaptado de acordo com a referência da autora elaborado em 1981. Para utilizá-lo como questionário adaptado, foi feita uma tradução inicial, da língua inglesa para portuguesa, baseando-se também em traduções de escalas semelhantes, já validadas na língua portuguesa (BARBOSA, 2012). Após, a referida tradução em língua portuguesa, essa versão foi encaminhada a uma tradutora de língua inglesa, com a finalidade de comparação com o original em inglês. Em seguida foram feitos os ajustes necessários e a tradução para a língua portuguesa, com o objetivo de deixar a versão o mais próximo do original (APÊNDICE B).

A escala MUIS é uma ferramenta de grande aplicabilidade e utilizada para a mensuração dos níveis de incerteza na doença. É composta por 30 itens, e contém respostas classificadas em uma escala de cinco pontos, onde: 1 corresponde ao "discordo totalmente", 2 "discordo",

3 "indeciso", 4 "concordo" e 5 "concordo totalmente". O grau de incerteza na doença pode variar de 30 a 150 pontos no escore total, conforme a distribuição na escala de Likert, o que pode indicar um alto grau de incerteza na doença. A escala é baseada em quatro afirmações teóricas: ambiguidade, falta de clareza, falta de informação e imprevisibilidade, estas afirmações representam as formas de manifestação da incerteza (BAYLE JR.; STEWART, 2011). Na amostra de 60 participantes, cada participante apresentou uma única resposta para cada item e responderam todos os itens. Como anteriormente mencionado, a escala era lida e apresentada ao paciente pelo pesquisador, e não apenas lida pelo paciente, devido às dificuldades de entendimento pelo paciente, durante a realização do estudo piloto. As respostas foram identificadas pelos participantes por meio de um cartão resposta, o qual ficava em posse do paciente durante entrevista.

Foram considerados os quatro domínios das afirmações teóricas - Ambiguidade, Falta de clareza, Falta de informação e Imprevisibilidade, da escala para a avaliação dos dados, a exemplo de trabalhos semelhantes (BARBOSA, 2012). Cada item foi alocado adequadamente ao seu domínio correspondente. Os quatro domínios em conjunto avaliam a incerteza do paciente participante submetido à retirada de órgão perante a doença.

Quanto ao domínio Ambiguidade, foram alocados 13 itens, no Falta de clareza há 8 itens, Falta de informação 5 itens e Imprevisibilidade 4 itens. Observou-se também a presença de 11 itens reversos, os quais estão misturados na escala a fim de garantir a confiabilidade. Tais itens foram devidamente identificados na escala e pontuados inversamente aos valores habituais. Os itens considerados reversos foram: 6, 7, 10, 12, 17, 21, 22, 25, 27, 28 e 30.

Foi aberto um espaço para questionamentos quanto ao desfecho da entrevista e impressões sobre o encontro.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foi feito contato com a chefia de enfermagem da Clínica Cirúrgica e equipe de enfermagem, a fim de esclarecer o propósito da pesquisa e identificar a presença da pesquisadora no local, solicitando a permissão necessária para atuar no local para coleta de dados. A equipe se mostrou receptiva e identificava facilmente a presença da pesquisadora na Clínica Cirúrgica.

O projeto já constava com aprovação inicial do comitê de ética, e após submissão de adendo ao projeto original, foi liberado parecer para dar continuidade à pesquisa. O Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEPFS/UnB, sob o CAAE 55134615.7.0000.0030, número de parecer 2.177.498 (Anexo A). A coleta foi iniciada somente após procedimentos necessários ao comitê de ética.

Para realização da pesquisa, foi disponibilizado ao participante o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE, (Apêndice A). Foi assegurada à população da amostra a garantia de desistência do estudo em qualquer fase da pesquisa. Uma cópia do TCLE foi entregue a cada um dos participantes.

Os resultados encontrados serão disponibilizados internamente às Instituições vinculadas ao projeto e também à comunidade científica.

4.8 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio das medidas de tendência central, média e mediana, e de dispersão (desvio padrão), frequência simples e absoluta das variáveis quantitativas. Utilizou-se o software Excel® 2016. Os resultados foram apresentados em formato de gráficos e tabelas.

Para a etapa de levantamento dos diagnósticos de enfermagem, foi utilizada a taxonomia da NANDA-I (2015), que representa um sistema internacional de classificação dos diagnósticos de enfermagem. Após o levantamento dos DE pela pesquisadora, estes foram encaminhados para validação a uma juíza especialista na área. Assim, todos os diagnósticos de enfermagem foram validados por profissional expertise em diagnósticos de enfermagem. O perito tem atuação na docência em enfermagem, em especial com o processo de enfermagem e experiência também na área clínica, com mestrado e doutorado na área de diagnósticos de enfermagem. Após validação e atendimento às pendências necessárias foram levantados os DE no formato de planilha do Excel em forma de dados brutos, onde foram apurados as médias de DE por participante e o total de diagnósticos arrolados na pesquisa.

Quanto à aplicação da Escala da Incerteza na Doença, o escore por paciente foi obtido pela soma das pontuações. Foi também apurada a frequência das respostas relacionadas à escala.

Foi utilizado para verificação da confiabilidade dos itens da escala o Alpha de Cronbach, sendo que valores iguais ou acima de 0,70 foram considerados aceitáveis.

Para as correlações realizadas foram utilizados os testes estatísticos de Mann-Whitney e correlação de Spearman.

Para o estudo de correlação entre a média de diagnósticos de enfermagem e os domínios da incerteza utilizou-se a correlação de Spearman. Para essa avaliação, foram aplicados testes estatísticos aos diagnósticos de enfermagem que se relacionavam mais diretamente ao construto estudado, referentes aos domínios Percepção/Cognição, Auto percepção, Enfrentamento/Tolerância ao estresse e Princípios da Vida.

Foram aplicados os testes de Mann-Whitney para verificação das associações entre os domínios da MUIS e os diagnósticos de enfermagem, bem como para os dados sociodemográficos e clínicos. Foram considerados estatisticamente significativos resultados de $p \leq 0,05$. Para essa análise de correlação, foram consideradas as médias obtidas em cada um dos domínios da escala da incerteza, a saber: Falta de clareza, Ambiguidade, Falta de informação e Imprevisibilidade. Também foram aplicadas as médias obtidas considerando-se todos os itens da escala, o qual foi nomeado de Total.

5 RESULTADOS

Como já mencionado anteriormente, a amostra foi composta por 60 pacientes.

O período de coleta de dados compreendeu de 05/09/2017 a 07/12/2017, quando foram internados, na Clínica cirúrgica do HUB, para realização de procedimentos de retirada de órgão 65 pacientes. Destes, três não atendiam aos critérios de inclusão por não se enquadrarem no conceito de retirada de órgão utilizado no estudo, e dois não realizaram a cirurgia por motivos ligados ao serviço e nenhum paciente se recusou a participar da pesquisa.

Nesse estudo, os resultados foram distribuídos em cinco etapas e serão expressos no formato de tabelas e figuras. A primeira etapa descreve os dados e caracteriza o perfil sociodemográfico dos pacientes. A segunda etapa descreve os resultados relacionados aos aspectos clínicos dos pacientes. A terceira etapa apresenta o perfil dos diagnósticos de enfermagem dos participantes da pesquisa; identifica detalhadamente as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco dos diagnósticos de maior frequência identificados no estudo. A quarta etapa demonstra os dados relacionados à aplicação da escala da Incerteza na doença, juntamente com a mensuração dos quatro domínios da Incerteza – ambiguidade, falta de clareza, falta de informação e imprevisibilidade. Na etapa seguinte da apresentação dos resultados encontram-se a correlação estatística e analítica entre os diagnósticos de enfermagem e a Incerteza na doença.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A Tabela 1 apresenta a caracterização do total de 60 pacientes participantes que foram atendidos para retirada de órgãos na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília no período de setembro a dezembro de 2017.

Tabela 1 – Caracterização do perfil socioeconômico-demográfico dos participantes (n= 60) - Brasília, setembro a dezembro de 2017.

Característica	N	%	Característica	N	%
Sexo			Faixa Etária		
Feminino	47	78,3	18-30	5	8,3
Masculino	13	21,7	31-40	10	16,7
			41-50	15	25,0
			51-59	7	11,7
			60-70	14	23,3
			71-80	7	11,7
			>81	2	3,3
Escolaridade			Ocupação		
Fundamental Incompleto	25	41,7	Ativo	17	28,3
Fundamental Completo	4	6,7	Auxílio Doença	10	16,7
Médio Completo	25	41,7	Aposentado	21	35,0
Superior Completo	6	10,0	Desempregado	12	20,0
Etnia			Renda familiar		
Negro/a	19	31,7	< 1 salário	14	23,3
Branco/a	11	18,3	1 a 2 salários	25	41,7
Pardo/a	27	45,0	3 a 5 salários	17	28,3
Amarelo/a	2	3,3	> 5 salários	4	6,7
Indígena	1	1,7			
Religião			Naturalidade		
Nenhuma	5	8,3	Nordeste	28	46,7
Católico	37	61,7	Centro-Oeste	22	36,7
Espírita	2	3,3	Sudeste	8	13,3
Protestante	16	26,7	Norte	1	1,7
			Sul	1	1,7
Estado Civil			Habitação/ Nº de cômodos		
Solteiro/a	15	25,0	1-2	2	3,3
Casado/a	24	40,0	3-4	8	13,3
Divorciado/a	6	10,0	5-6	19	31,7
União Estável	15	25,0	>6	31	51,7
Viúvo/a	0	0,0			
Número de Filhos			Rede de apoio		
Nenhum	11	18,3	Sim	54	90,0
1	7	11,7	Não	6	10,0
2-3	24	40,0			
4-7	15	25,0			
>8	3	5,0			
Saneamento Básico					
Água tratada	49	81,7			
Rede de coleta de esgoto	45	75,0			
Coleta de lixo	53	88,3			

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 1 evidenciou que entre os 60 participantes 47 (78,3%) foram do sexo feminino, o restante, 13 (21,7%), do sexo masculino. A faixa etária dos participantes variou de 18 a 87 anos, a média foi de 51,9 anos, a mediana 50,5 anos. A faixa etária mais prevalente foi a de 41 a 50 anos de idade, correspondendo a 25,0% do total, em seguida a de 60 a 70 anos (23,3%), de 31 a 40 anos (16,7%), de 51 a 59 anos (11,7%), de 71 a 80 anos (11,7%), de 18 a 30 anos (8,3%), e maiores de 81 anos (3,3%).

Sobre a escolaridade dos participantes, explicitada na Tabela 1, 25 (41,7%) participantes declararam ter o ensino fundamental incompleto e a mesma quantidade (41,7%) informou possuir ensino médio completo. Do restante, 4 (6,7%) participantes informaram possuir o ensino fundamental completo e apenas 6 (10,0%) declararam possuir ensino superior completo.

Quanto a etnia dos participantes, a Tabela 1, demonstrou que 27 (45,0%) auto declararam-se pardos, 19 (31,7%) negros, 11 (18,3%) brancos, 2 (3,3%) amarelos e somente 1 participante (1,7%) auto declarou-se indígena. Em seguida, para o estado conjugal, 24 pacientes (40,0%) eram casados, 15 (25,0%) possuíam união estável, 15 (25,0%) solteiros, 6 (10%) participantes eram divorciados e nenhum era viúvo. Em relação à religião, a maioria da população da amostra foi composta por católicos 37 (61,7%), a outra porcentagem significativa foi composta por protestantes 16 (26,7%), além de 5 (8,3%) dos participantes os quais responderam não ter nenhuma religião e 2 (3,3%) declaram-se espíritas.

Outros dados oriundos da Tabela 1 foi o número de filhos, 24 (40,0%) possuíam de 2 a 3 filhos, 15 (25,0%) relataram possuir de 4 a 7 filhos, 11 (18,3%) declararam não possuir filhos, 7 (11,7%) dos participantes possuíam 1 filho e 3 (5,0%) integrantes da amostra possuíam mais de 8 filhos. A respeito da ocupação dos participantes, 21 (35,0%) eram aposentados, 17 (28,3%) declararam-se ativos, 12 (20,0%) informaram estar desempregados e 10 (16,7%) afastados por auxílio doença. Perante as informações sobre renda familiar obteve-se que 25 (41,7%) participantes recebia de 1 a 2 salários mínimos, 17 (28,3%) recebia de 3 a 5 salários mínimos, outra parcela importante, 14(23,3%) revelou receber menos de um salário mínimo e, finalmente, somente 4 (6,7%) dos participantes declararam o recebimento acima de 5 salários mínimos.

A Tabela 1 também aponta os dados referentes à naturalidade dos participantes, a maior parte era natural da região Nordeste do país, 28 (46,7%), seguidamente, a região Centro-Oeste compõe a segunda maior parte com a porcentagem de 36,7% (22), já a região Sudeste conta com 8 (13,3%) participantes e as demais regiões Norte e Sul contabilizaram a mesma proporção de participantes cada, 1,7% (1).

Acerca da Tabela 1, no que tange às condições de saneamento básico, 49 (81,7%) participantes possuem água tratada, 45 (75,0%) informaram possuir rede de coleta de esgoto e 53 (88,3%) dispõem do serviço de coleta de lixo. A respeito do número de cômodos presentes nas habitações dos participantes do estudo, 31 (51,7%) relataram moradias com mais de seis cômodos, seguido de 19 (31,7%) com habitações de 5 a 6 cômodos, 8 (13,3%) de 3 a 4 cômodos e 2 (3,3%) declararam casas com 1 a 2 cômodos.

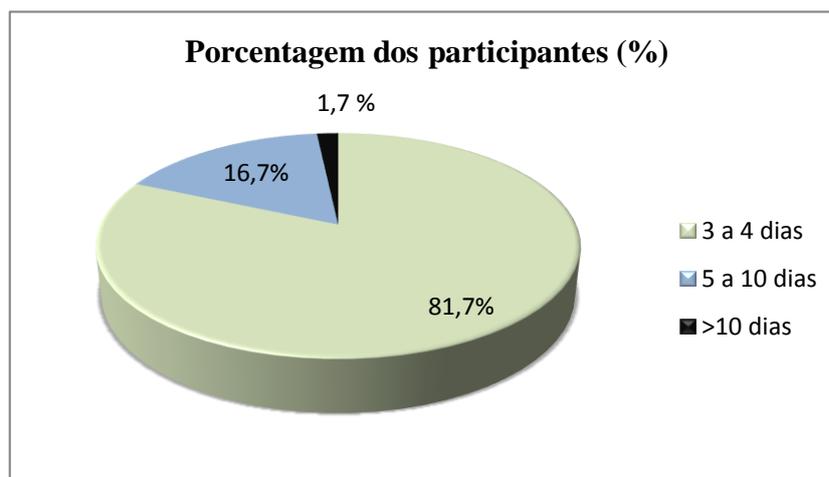
Ademais, o último apontamento referente à Tabela 1 revelou que ao serem questionados sobre a rede de apoio, 54 (90,0%) dos participantes afirmaram possuir rede de apoio no Distrito Federal e 6 (10,0%) relataram não possuir nenhuma rede de apoio.

5.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA

5.2.1 Características clínico-epidemiológicas pré-existent

A Figura 16 representa os resultados relativos ao tempo de internação na Clínica Cirúrgica dos pacientes participantes da amostra.

Figura 16 – Gráfico da porcentagem dos participantes (%) pelo tempo de internação em dias (dias) na Clínica Cirúrgica (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro de 2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 16 evidenciou que a maior parte dos participantes 49 (81,7%) permaneceram internados de 3 a 4 dias na Clínica Cirúrgica do HUB, enquanto que 10 (16,7%) permaneceram internados de 5 a 10 dias e apenas 1 (1,7%) teve internação por mais de 10 dias.

Dentre os participantes, verificou-se o número de condições patológicas pré-existent e a distribuição dessas patologias. O resultado foi expresso, a seguir, na tabela 2.

Tabela 2 – Condições patológicas pré-existentes e patologias pré-existentes dos participantes (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Condições pré-existentes	N	%	Patologias pré-existentes	N	%
Nenhuma	17	28,3	Tumor/Câncer/Nódulo	40	66,7
			Depressão/Transtornos do humor	25	41,7
1 a 3	27	45,0	Hipertensão	19	31,7
			Diabetes <i>Mellitus</i>	12	20,0
3 a 5	10	16,7	Alteração Cardíaca	8	13,3
			Hipo/Hipertireoidismo	7	11,7
> 5	6	10,0	Afecções respiratórias	6	10,0
			Doença de chagas	4	6,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados da Tabela 2 evidenciaram que 27 (45,0%) dos participantes apresentaram de 1 a 3 condições patológicas pré-existentes, enquanto que 17 (28,3%) não apresentaram nenhuma, outra parcela considerável de 10 (16,7%) participantes apresentou de 3 a 5 condições pré-existentes e apenas 6 (10,0%) participantes representaram mais de 5 condições patológicas. Já a distribuição quanto ao tipo de doenças pré-existentes, 40 (66,7%) participantes tinham tumor/câncer/nódulo, seguidos de 25 (41,7%) com depressão e/ou transtornos de humor, 19 (31,7%) com hipertensão, 12 (20,0%) com diabetes *Mellitus*, 8 (13,3%) com alterações cardíacas, 7 (11,7%) com a presença do hipo/hipertireoidismo, 6 (10,0%) com afecções respiratórias e, por fim, 4 (6,7%) eram portadores de Doença de Chagas.

A presença das patologias pré-existentes em vários participantes acarretou no uso contínuo de medicamentos. Considerando o uso de medicamentos oriundos das patologias pré-existentes também durante o período de internação, a Tabela 3 mostra as classes dos medicamentos a eles administradas.

Tabela 3 – Classes de medicamentos de uso contínuo e durante a internação dos participantes (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Classe de medicamentos de uso contínuo	N	%
Analgésicos	56	93,3
Antieméticos	50	83,3
Eletrólitos	41	68,3
Protetores gástricos	29	48,3
Anti-hipertensivos	26	43,3
Anticoagulantes	15	25,0
Ansiolíticos/antidepressivos	14	23,3
Anti-inflamatórios não-esteroidais	11	18,3
Suplementos vitamínicos e minerais	11	18,3
Hipoglicemiantes orais	10	16,7
Hormônios (Insulina)	10	16,7
Antimicrobianos	8	13,3
Hormônio da tireoide	6	10,0
Anticolesterolêmicos	4	6,7
Bronco dilatadores	4	6,7
Imunossupressores	3	5,0
Corticosteroides	2	3,3
Laxantes	2	3,3
Anticonvulsivantes	1	1,7
Antirreumático	1	1,7
Imunomodulador	1	1,7
Oxigênio	1	1,7
Quimioterápico	1	1,7
Vasopressor	1	1,7

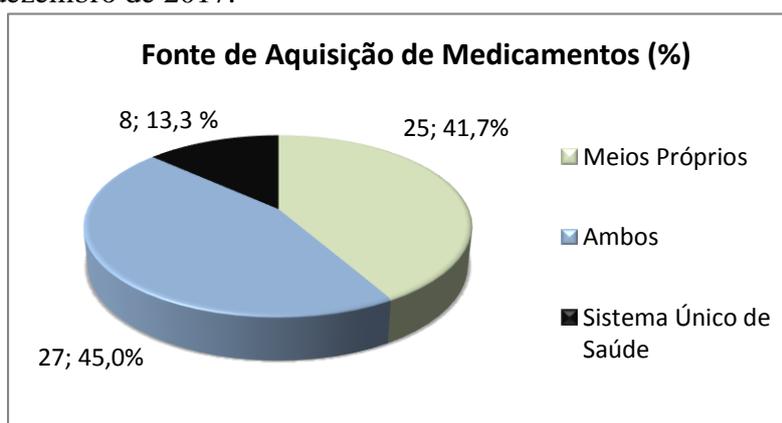
Fonte: Dados da pesquisa.

Identificaram-se 24 classes farmacológicas de medicamentos de uso contínuo e durante o período de internação, ressalta-se que alguns participantes faziam uso de mais de um tipo de medicamento. As classes terapêuticas com porcentagens mais expressivas foram descritas a seguir. O grupo medicamentoso mais prevalente conforme a Tabela 3 foi o dos analgésicos, representando 93,3% (56) de uso entre os participantes. Em seguida, a classe terapêutica dos antieméticos representou 83,3% (50) de uso. Uma porcentagem de 68,3% (41) fazia uso de eletrólitos, enquanto que 48,3% (29) utilizavam protetor gástrico, 43,3% (26) da amostra fazia uso de anti-hipertensivos e 25% (15) dos participantes do estudo utilizavam anticoagulantes. Demais classes foram: ansiolíticos/antidepressivos em 23,3% da amostra; anti-inflamatórios não-esteroidais e suplementos vitamínicos/minerais, ambos em 18,3%; hipoglicemiantes orais

e hormônios (insulina) ambos em 16,7%; antimicrobianos em 13,3%; hormônio da tireoide em 10,0%; anticolesterolêmicos e bronco-dilatadores, ambos em 6,7%; imunossupressores em 5,0%; corticosteroides e laxantes em 3,3%; e anticonvulsivantes, antirreumático, imunomodulador, oxigênio, quimioterápico e vasopressor, todos últimos com frequência de 1,7%.

A fim de representar a fonte de aquisição dos medicamentos por participantes, apresenta-se a Figura 17, a seguir.

Figura 17 – Gráfico da fonte de aquisição de medicamentos por participantes (n= 60) – Brasília, setembro a dezembro de 2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

Prescindiu-se a partir da Figura 17 que 8 (13,3%) participantes adquiriam seus medicamentos completamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), dos participantes, 25 (41,7%) adquiriam seus medicamentos por meios próprios, finalmente, uma parcela importante, 27 (45,0%) adquiriram seus medicamentos por ambos os meios (meios próprios e pelo SUS).

Outras variáveis relevantes acerca da caracterização clínica dos participantes são os dados associados aos hábitos de vida. A Tabela 4, a seguir, apresenta os dados relativos a esses aspectos, nos participantes estudados.

Tabela 4 – Histórico/hábitos de vida atuais da amostra e carga tabágica/dia (n= 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Histórico/ Hábitos de vida atuais	N	%	Carga Tabágica/ Dia	
			N	%
Tabagismo	27	45,0	1 a 5	12 20,0
Etilismo crônico	7	11,7	6 a 10	8 13,3
Outros vícios	2	3,3	11 a 19	1 1,7
			>20	6 10,0

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 4 mostra que 27 (45,0%) dos participantes da pesquisa praticaram como hábito de vida passado ou presente o tabagismo, relatando que, 12 (20,0%) participantes desse hábito apresentou uma carga tabágica de 1 a 5 cigarros por dia. A segunda maior parcela de tabagistas, 8 (13,3%), utilizavam de 6 a 10 cigarros por dia. Apenas 1 (1,7%) fumava 11 a 19 cigarros por dia e 6 (10,0%) consumia mais de 20 cigarros ao dia. Entre os 3 hábitos de vida contidos na Tabela 4 (11,7%) participantes se declararam etilistas crônicos e 2 (3,3%) outros tipos de vícios.

A seguir, na Tabela 5, foram elencados os antecedentes cirúrgicos dos participantes. Esses dados configuram-se relevantes ao estudo devido ao fato destes influenciarem a recuperação dos pacientes submetidos a novos procedimentos cirúrgicos.

Tabela 5 – Número de antecedentes cirúrgicos dos participantes (n= 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Número de antecedentes cirúrgicos	N	%
Nenhum	16	26,7
Um	19	31,7
Dois	14	23,3
Três	7	11,7
Quatro	3	5,0
Cinco ou mais	1	1,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados da Tabela 5 demonstraram que 16 (26,7%) dos participantes nunca se submeteram a procedimentos cirúrgicos, a maior parte deles, o equivalente a 19 (31,7%), submeteram-se anteriormente a um procedimento cirúrgico, 14 (23,3%) participantes a dois procedimentos, 7 (11,7%) a três antecedentes cirúrgicos, 3 (5,0%) a quatro e apenas 1 (1,7%) realizou 5 ou mais cirurgias.

Antes de tratar sobre os procedimentos cirúrgicos de retirada de órgãos aos quais os participantes foram submetidos, vale destacar os diagnósticos médicos detectados como causas das intervenções cirúrgicas.

5.2.2 Diagnósticos médicos de base e cirurgias mais frequentes

A Tabela 6 apresenta os diagnósticos médicos detectados na amostra de participantes submetidos a procedimentos cirúrgicos de retirada de órgão.

Tabela 6 – Diagnósticos médicos e procedimentos cirúrgicos de retirada de órgão (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Diagnósticos médicos	Frequência	%
Neoplasia maligna da mama	7	11,7
Miomatose uterina	6	10,0
Neoplasia Maligna do estômago	6	10,0
Colelitíase	5	8,3
Neoplasia maligna de ovário	4	6,7
Neoplasia maligna do intestino	4	6,7
Hiperplasia prostática benigna	3	5,0
Câncer de colo de útero	2	3,3
Doença de Crohn	2	3,3
Neoplasia maligna da próstata	2	3,3
Prolapso uterino	2	3,3
Abdômen agudo	1	1,7
Bócio	1	1,7
Bócio multinodular atóxico	1	1,7
Cisto ovariano	1	1,7
Doença renal crônica	1	1,7
Endometriose profunda	1	1,7
Feocromocitoma maligno	1	1,7
Miomatose uretral	1	1,7
Necrose bacteriana em mama	1	1,7
Neoplasia maligna da bexiga	1	1,7
Neoplasia maligna do baço	1	1,7
Neoplasia maligna do endométrio	1	1,7
Neoplasia maligna do fígado	1	1,7
Neoplasia maligna do rim	1	1,7
Nódulos prostáticos	1	1,7
Pólipo uterino	1	1,7
Torção de ovário	1	1,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre os 60 pacientes submetidos à retirada de órgãos, a partir da Tabela 6, observaram-se vinte oito diagnósticos médicos. Onze diagnósticos obtiveram frequência absoluta maior de uma ocorrência e dezessete apenas uma. Os quatro mais frequentes foram a neoplasia maligna da mama (N = 7; 11,7%), a miomatose uterina (N = 6; 10%), a neoplasia maligna do estômago (N = 6; 10%) e a colelitíase (N = 5; 8,3%). Com menor frequência ocorreram também as Neoplasias malignas de ovário e de intestino (ambas em 4 participantes – 6,7%) e Hiperplasia prostática benigna (N =3; 5%). Os diagnósticos de Câncer de colo de útero, Doença de Crohn, Neoplasia maligna da próstata e Prolapso uterino, ocorreram em 2

participantes (3,3%), cada um. Ainda conforme a Tabela 6, dezessete diagnósticos médicos, quais sejam Abdômen agudo, Bócio, Bócio multinodular atóxico, Cisto ovariano, Doença renal crônica, Endometriose profunda, Feocromocitoma maligno, Miomatose uretral, Necrose bacteriana em mama, Neoplasia maligna da bexiga, Neoplasia maligna do baço, Neoplasia maligna do endométrio, Neoplasia maligna do fígado, Neoplasia maligna do rim, Nódulos prostáticos, Pólipo uterino e Torção de ovário, ocorreram isoladamente, recebendo a frequência de 1,7%, cada.

Discorrendo ainda sobre os procedimentos cirúrgicos, a Tabela 7 reuniu as frequências dos procedimentos realizados a partir de cada um dos participantes.

Tabela 7 – Procedimentos cirúrgicos realizados no Centro Cirúrgico (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Procedimentos Cirúrgicos	Frequência	%
Histerectomia via abdominal	15	21,74
Mastectomia	8	11,59
Retossigmoidectomia	7	10,14
Colecistectomia	6	8,70
Gastrectomia	6	8,70
Prostatectomia	6	8,70
Salpingectomia	6	8,70
Ofoorectomia	3	4,35
Nefrectomia	2	2,90
Tireoidectomia	2	2,90
Adrenalectomia	1	1,45
Apendicectomia	1	1,45
Cistectomia	1	1,45
Enterectomia	1	1,45
Esplenectomia	1	1,45
Histerectomia via vaginal	1	1,45
Linfanectomia	1	1,45
Proctolectomia	1	1,45
Total	69	100,0

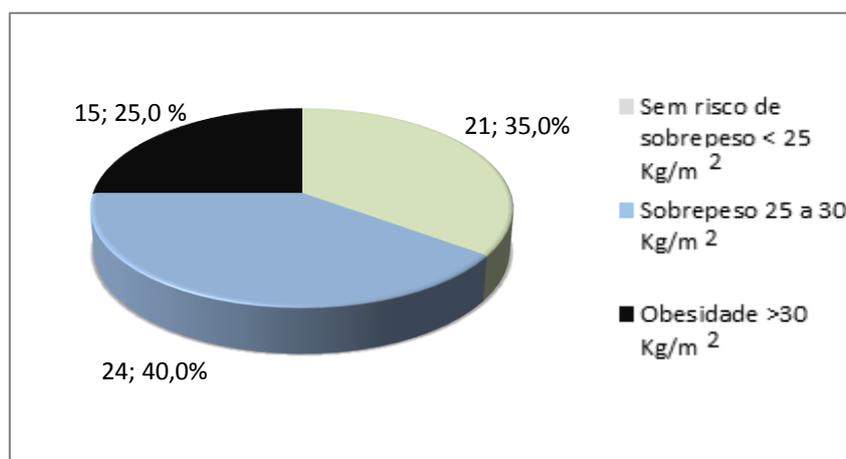
Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 7, apesar da amostra conter 60 participantes, houve 69 procedimentos cirúrgicos, ou seja, alguns participantes submeteram-se a mais de um procedimento no decorrer da coleta de dados. Observou-se que 15 participantes realizaram histerectomia via abdominal, configurando-se como o procedimento mais frequente (21,74%).

A mastectomia correspondeu a 11,59% (8), a retossigmoidectomia 10,14% (7), com 8,7% (6) apareceram a colecistectomia, a gastrectomia, prostatectomia e a salpingectomia. A ooforectomia equivaleu a 4,35% (3), em menor proporção, 2,9% (2) surgiu tanto a nefrectomia e a tireoidectomia. Finalmente, com apenas 1,45% (1) ocorreram oito tipos de procedimentos, sendo eles: adrenalectomia, apendicectomia, cistectomia, enterectomia, esplenectomia, histerectomia via vaginal, linfanectomia, proctolectomia.

A Figura 18 distribui os participantes conforme a classificação do índice de Massa Corporal.

Figura 18 – Gráfico da distribuição dos participantes conforme classificação do Índice de Massa Corporal da amostra (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

Na Figura 18, para a distribuição dos valores obtidos na amostra, utilizou-se a classificação adotada pela NANDA-I, quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC). Assim, classificaram-se com sobrepeso os adultos com IMC entre 25 e 30 Kg/m² e com obesidade aqueles com IMC superior a 30 Kg/m². Os demais pacientes eutróficos ou abaixo da faixa, foram considerados sem risco de sobrepeso pelo IMC menor que 25 Kg/m² (NANDA-I, 2015).

5.2.3 Aplicação das escalas de padrão de risco

Finalmente, para avaliação de padrões e riscos existentes nos pacientes aplicaram-se seis Escalas de Avaliação do paciente: Escala de Morse, Escala de Braden, Índice de Katz, Escala Visual/Verbal Numérica, Mini Exame do Estado Mental de Folstein e a Escala de Bristol. O resultado foi categorizado a diante na Tabela 8.

Tabela 8 – Escalas de avaliação aplicadas aos participantes (n= 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Escalas de avaliação	N	%
Escala de Morse		
Sem risco para queda	1	1,7
Baixo risco para quedas	15	25,0
Moderado risco para quedas	24	40,0
Alto risco para quedas	20	33,3
Escala de Braden		
Risco Moderado para lesão por pressão	10	16,7
Sem risco para lesão por pressão	50	83,3
Índice de Katz		
Independente	41	68,3
Dependência moderada	15	25,0
Muito dependente	4	6,7
Escala Visual/Verbal Numérica		
Ausência de dor	4	6,7
Dor leve	6	10,0
Dor moderada	19	31,7
Dor intensa	31	51,7
Mini Exame do Estado Mental de Folstein		
Sem declínio cognitivo	60	100
Com declínio cognitivo	0	0
Escala de Bristol		
Tipo 1	3	5,0
Tipo 2	14	23,3
Tipo 3	11	18,3
Tipo 4	21	35,0
Tipo 5	4	6,7
Tipo 6	4	6,7
Tipo 7	2	3,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme apresentado na Tabela 8, para identificação do risco de quedas foi utilizada a Escala de Quedas de Morse (MORSE et al., 1989), onde pode ser observado que 24 (40,0%) dos participantes apresentaram moderado risco para quedas, outra importante quantidade de participantes do estudo 20 (33,3%) foram classificados com alto risco para quedas e apenas 15

(25,0%) apresentou baixo risco para quedas. Um (1,7%) participante não apresentou risco para quedas.

Quanto à avaliação de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão (BRADEN; BERGSTROM, 1987), expressa na Tabela 8, grande parte dos participantes (83,3%; 50) não apresentou risco para lesão por pressão, enquanto que 16,7% (10) demonstraram risco moderado para lesão por pressão.

Ainda conforme Tabela 8, o grau de dependência foi avaliado pelo Índice de Katz (KATZ et al., 1963), 41 (68,3%) pacientes foram classificados na categoria independente, 15 (25,0%) na dependência moderada e 4 (6,7%) muito dependente.

A respeito da Escala visual/verbal numérica para mensurar a dor, utilizou-se a classificação proposta por Fortunato et al. (2013). Nesse quesito, a partir da Tabela 8 foi identificado que: 51,7% (31) dos participantes apresentaram dor intensa, 31,7% (19) apresentaram dor moderada, 10,0% (6) dor leve e 6,7% (4) com ausência de dor.

Para avaliação do estado cognitivo utilizou-se o Mini Exame Mental de Folstein (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Como resultado já previsto, 100% dos participantes não apresentou declínio cognitivo, uma vez que este representou um critério estabelecido para a inclusão na amostra.

Por fim, foi utilizada a escala de consistência das fezes, denominada Escala de Bristol (MARTINEZ; AZEVEDO, 2012). Identificou-se uma grande distribuição nas classificações apresentadas por essa escala. A partir da Tabela 8, a maior concentração de casos foi no Bristol tipo 4 com 35,0% (21) da amostra, seguido do tipo 2 com 23,3% (14), tipo 3 com 18,3% (11), tipo 5 e 6 com 6,7% (4) cada, tipo 1 com 5,0% (3) e, por fim, o tipo 7 com 3,3% (2) de representatividade na amostra. Um participante não relatou.

5.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS, FATORES RELACIONADOS E FATORES DE RISCO

5.3.1 Diagnósticos de enfermagem identificados nos participantes

De acordo com a taxonomia da NANDA-I foram identificados 1022 diagnósticos de enfermagem para o total dos 60 participantes do estudo. A média de diagnósticos de enfermagem por participante foi de 16,39 e a mediana de 17 diagnósticos por participante.

A NANDA-I identifica três categorias de diagnóstico de enfermagem: com foco no problema, de promoção da saúde e de risco. Obtiveram-se 93 diagnósticos de enfermagem diferentes presentes na amostra, sendo que 67 foram com foco no problema, 23 de risco e três de promoção da saúde. A Tabela 9 apresenta os diagnósticos com foco no problema (reais).

Tabela 9 – Diagnósticos de enfermagem com foco no problema (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

(Continua)		
Diagnóstico de enfermagem	N	%
Integridade tissular prejudicada	60	100,0
Dor aguda	54	90,0
Conhecimento deficiente	52	86,7
Ansiedade	42	70,0
Dentição prejudicada	42	70,0
Estilo de vida sedentário	40	66,7
Insônia	36	60,0
Distúrbio na imagem corporal	33	55,0
Comportamento de saúde propenso a risco	29	48,3
Eliminação urinária prejudicada	26	43,3
Fadiga	26	43,3
Náusea	23	38,3
Regulação do humor prejudicada	22	36,7
Sobrepeso	21	35,0
Constipação	18	30,0
Sentimento de impotência	17	28,3
Déficit no autocuidado (para banho e para vestir-se)	15	25,0
Incontinência urinária de esforço	15	25,0
Interação social prejudicada	15	25,0
Mobilidade física prejudicada	15	25,0
Obesidade	15	25,0
Processos familiares disfuncionais	13	21,7
Medo	11	18,3
Padrão de sono prejudicado	9	15,0
Deambulação prejudicada	8	13,3
Padrão de sexualidade ineficaz	8	13,3
Deglutição prejudicada	7	11,7
Disfunção sexual	7	11,7
Incontinência intestinal	7	11,7
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	7	11,7
Tristeza crônica	7	11,7

Tabela 9 – Diagnósticos de enfermagem com foco no problema (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Diagnóstico de enfermagem	(Conclusão)	
	N	%
Manutenção ineficaz da saúde	6	10,0
Memória prejudicada	6	10,0
Ansiedade relacionada à morte	5	8,3
Recuperação cirúrgica retardada	5	8,3
Controle de impulsos ineficaz	4	6,7
Déficit no autocuidado (para higiene íntima)	4	6,7
Proteção ineficaz	4	6,7
Troca de gases prejudicada	4	6,7
Controle emocional instável	3	5,0
Diarreia	3	5,0
Falta de adesão	3	5,0
Mobilidade no leito prejudicada	3	5,0
Atividade de recreação deficiente	2	3,3
Baixa autoestima situacional	2	3,3
Conforto prejudicado	2	3,3
Desempenho de papel ineficaz	2	3,3
Enfrentamento ineficaz	2	3,3
Pesar complicado	2	3,3
Planejamento de atividade ineficaz	2	3,3
Amamentação interrompida	1	1,7
Controle ineficaz da saúde	1	1,7
Controle da saúde familiar ineficaz	1	1,7
Débito cardíaco diminuído	1	1,7
Déficit no autocuidado para alimentação	1	1,7
Desesperança	1	1,7
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	1	1,7
Identidade pessoal perturbada	1	1,7
Motilidade gastrintestinal disfuncional	1	1,7
Mucosa oral prejudicada	1	1,7
Padrão respiratório ineficaz	1	1,7
Perfusão tissular periférica ineficaz	1	1,7
Religiosidade prejudicada	1	1,7
Síndrome da dor crônica	1	1,7
Sofrimento espiritual	1	1,7
Tensão do papel de cuidador	1	1,7
Volume de líquidos excessivo	1	1,7

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 9 organizou os diagnósticos de enfermagem com foco no problema identificados nos participantes que sofreram retirada de órgão na Clínica Cirúrgica do HUB em ordem decrescente de frequência, além de trazer suas porcentagens correspondentes. Posteriormente, será discutido os diagnósticos com maior prevalência.

Obtiveram maiores frequências os diagnósticos com foco no problema em ordem decrescente de frequência: Integridade tissular prejudicada (100,0%); Dor aguda (90,0%); Conhecimento deficiente (86,7%); Ansiedade e Dentição prejudicada (ambos com 70,0%); Estilo de vida sedentário (66,7%); Insônia (60,0%) e Distúrbio na imagem corporal (55,0%).

Os diagnósticos de enfermagem com foco no problema e valores de porcentagem menores que 50% foram: Comportamento de saúde propenso a risco (48,3%); Eliminação urinária prejudicada e fadiga (43,3%); Náusea (38,3%); Regulação do humor prejudicada (36,7%); Sobrepeso (35,0%); Constipação (30,0%); Sentimento de impotência (28,3%); Déficit no autocuidado, Incontinência urinária de esforço, Interação social prejudicada, Mobilidade física prejudicada e Obesidade (todos com 25% de distribuição cada); Processos familiares disfuncionais (21,7%); Medo (18,3%); Padrão de sono prejudicado (15,0%); Deambulação prejudicada e Padrão de sexualidade ineficaz (13,3% cada um); Deglutição prejudicada, Disfunção sexual, Incontinência intestinal, Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais e Tristeza crônica (todos com 11,7% cada); Manutenção ineficaz da saúde e Memória prejudicada (ambos 10,0% cada); Ansiedade relacionada à morte e Recuperação cirúrgica retardada (8,3% cada um); Controle de impulsos ineficaz, Déficit no autocuidado, Proteção ineficaz, e Troca de gases prejudicada (todos com 6,7% cada um); Controle emocional instável, Diarreia, Falta de adesão e Mobilidade no leito prejudicada (todos com 5,0% cada); Atividade de recreação deficiente, Baixa autoestima situacional, Conforto prejudicado, Desempenho de papel ineficaz, Enfrentamento ineficaz, Pesar complicado e Planejamento de atividade ineficaz (cada um com 3,0% de frequência); finalmente, Amamentação interrompida, Controle ineficaz da saúde, Controle da saúde familiar ineficaz, Débito cardíaco diminuído, Déficit no autocuidado para alimentação, Desesperança, Desobstrução ineficaz de vias aéreas, Identidade pessoal perturbada, Motilidade gastrointestinal disfuncional, Mucosa oral prejudicada, Padrão respiratório ineficaz, Perfusão tissular periférica ineficaz, Religiosidade prejudicada, Síndrome da dor crônica, Sofrimento espiritual, Tensão do papel de cuidador e Volume de líquidos excessivo (todos com 1,7% de frequência cada).

A Tabela 10 organizou os diagnósticos de enfermagem de risco identificados nos participantes que sofreram retiradas de órgão na Clínica Cirúrgica do HUB em ordem decrescente de frequência, além de trazer suas porcentagens correspondentes. A seguir, será melhor detalhado os resultados dessa tabela.

Tabela 10 – Diagnósticos de enfermagem de risco (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Diagnóstico de enfermagem	N	%
Risco de infecção	60	100,0
Risco de sangramento	59	98,3
Risco de quedas	45	75,0
Risco de aspiração	10	16,7
Risco de sentimento de impotência	9	15,0
Risco de glicemia instável	8	13,3
Risco de resposta alérgica	8	13,3
Risco de úlcera por pressão	8	13,3
Risco de solidão	7	11,7
Risco de suicídio	5	8,3
Risco de constipação	4	6,7
Risco de choque	3	5,0
Risco de dignidade humana comprometida	2	3,3
Risco de baixa autoestima situacional	1	1,7
Risco de débito cardíaco diminuído	1	1,7
Risco de desequilíbrio eletrolítico	1	1,7
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	1	1,7
Risco de função hepática prejudicada	1	1,7
Risco de síndrome do idoso frágil	1	1,7
Risco de sobrepeso	1	1,7
Risco de sofrimento espiritual	1	1,7
Risco de tensão do papel de cuidador	1	1,7
Risco de volume de líquidos deficiente	1	1,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme observado na Tabela 10, os diagnósticos de risco (vulnerabilidade) com frequências acima de 50% foram: Risco de infecção (100,0%), Risco de sangramento (98,3%) e Risco de quedas (75,0%).

Ainda conforme Tabela 10, os diagnósticos de risco com frequência menor que 50%, foram respectivamente: Risco de aspiração (16,7%); Risco de sentimento de impotência (15,0%); Risco de glicemia instável, Risco de resposta alérgica e Risco de úlcera por pressão

(esses com 13,3% cada); Risco de solidão (11,7%); Risco de suicídio (8,3%); Risco de constipação (6,7%); Risco de choque (5,0%); Risco de dignidade humana comprometida (3,3%); Risco de baixa autoestima situacional, Risco de débito cardíaco diminuído, Risco de desequilíbrio eletrolítico, Risco de desequilíbrio na temperatura corporal, Risco de função hepática prejudicada, Risco de síndrome do idoso frágil, Risco de sobrepeso, Risco de sofrimento espiritual, Risco de tensão do papel de cuidador e Risco de volume de líquidos deficiente (todos com frequência de 1,7% cada).

A Tabela 11 apresenta os diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde nos participantes que sofreram retiradas de órgão na Clínica Cirúrgica do HUB.

Tabela 11 – Diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Diagnóstico de enfermagem	N	%
Disposição para controle da saúde melhorado	1	1,7
Disposição para sono melhorado	1	1,7
Disposição para melhora do autocuidado	1	1,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme Tabela 11 apenas três diagnósticos foram identificados, sendo eles: Disposição para controle da saúde melhorado, Disposição para sono melhorado e Disposição para melhora do autocuidado, todos com distribuição correspondente à 1,7% cada.

Aprofundando-se a análise das Tabelas 8, 9, 10 e 11, entre os 93 diagnósticos diferentes elaborados, 11 apresentaram uma frequência maior que 50,0%. Entre esses, notou-se que oito diagnósticos são com foco no problema e três diagnósticos de risco. Os demais diagnósticos de enfermagem com frequência menor que 50%, 59 deles foram classificados com foco no problema, 20 de risco e 3 de promoção da saúde. Portanto, os diagnósticos que obtiveram uma frequência acima de 50% de ocorrências foram retratados em ordem decrescente de maior frequência na tabela 12.

Tabela 12 – Diagnósticos de enfermagem com frequência acima de 50% (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Diagnóstico de enfermagem	N	%
Integridade tissular prejudicada	60	100,0
Risco de infecção	60	100,0
Risco de sangramento	59	98,3
Dor aguda	54	90,0
Conhecimento deficiente	52	86,7

(Continua)

Tabela 12 – Diagnósticos de enfermagem com frequência acima de 50% (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

(Conclusão)		
Diagnóstico de enfermagem	N	%
Risco de quedas	45	75,0
Ansiedade	42	70,0
Dentição prejudicada	42	70,0
Estilo de vida sedentário	40	66,7
Insônia	36	60,0
Distúrbio na imagem corporal	33	55,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Inferiu-se a partir da Tabela 12 que 8 diagnósticos de enfermagem foram classificados como diagnósticos com foco no problema e 3 como diagnósticos de risco. Posto isto, os diagnósticos com foco no problema foram: Integridade tissular prejudicada (100,0%), Dor aguda (90,0%), Conhecimento deficiente (86,7%), Ansiedade (70,0%), Dentição prejudicada (70,0%), Estilo de vida sedentário (66,7%), Insônia (60,0%) e Distúrbio na imagem corporal (55,0%). À medida que os diagnósticos de risco foram: Risco de infecção (100,0%), Risco de sangramento (98,3%) e Risco de quedas (75,0%).

5.3.2 Relacionamento dos diagnósticos de enfermagem aos domínios da atual taxonomia II da NANDA-I

A Tabela 13 apresenta os diagnósticos de enfermagem agrupados em seus designados domínios.

Tabela 13 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem (n= 60) – Brasília, setembro de dezembro 2017.

(Continua)			
Domínio	Diagnóstico de enfermagem	N	%
Promoção da Saúde	Estilo de vida sedentário	40	66,7
	Comportamento de saúde propenso a risco	29	48,3
	Manutenção ineficaz da saúde	6	10,0
	Proteção ineficaz	4	6,7
	Falta de adesão	3	5,0
	Atividade de recreação deficiente	2	3,3
	Controle ineficaz da saúde	1	1,7
	Controle da saúde familiar ineficaz	1	1,7
	Disposição para controle da saúde melhorado	1	1,7
	Risco de síndrome do idoso frágil	1	1,7
Total		88	8,6

Tabela 13 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem (n= 60) – Brasília, setembro de dezembro 2017.

(Continua)			
Domínio	Diagnóstico de enfermagem	N	%
Nutrição	Sobrepeso	21	35,0
	Obesidade	15	25,0
	Risco de glicemia instável	8	13,3
	Deglutição prejudicada	7	11,7
	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	7	11,7
	Amamentação interrompida	1	1,7
	Risco de desequilíbrio eletrolítico	1	1,7
	Risco de função hepática prejudicada	1	1,7
	Risco de sobrepeso	1	1,7
	Risco de volume de líquidos deficiente	1	1,7
	Volume de líquidos excessivo	1	1,7
Total		64	6,3
Eliminação e Troca	Eliminação urinária prejudicada	26	43,3
	Constipação	18	30,0
	Incontinência urinária de esforço	15	25,0
	Incontinência intestinal	7	11,7
	Risco de constipação	4	6,7
	Troca de gases prejudicada	4	6,7
	Diarreia	3	5,0
	Motilidade gastrointestinal disfuncional	1	1,7
Total		78	7,6
Atividade/Repouso	Insônia	36	60,0
	Fadiga	26	43,3
	Mobilidade física prejudicada	15	25,0
	Déficit no autocuidado (para banho e para vestir-se)	15	25,0
	Padrão de sono prejudicado	9	15,0
	Deambulação prejudicada	8	13,3
	Déficit no autocuidado (para higiene íntima)	4	6,7
	Mobilidade no leito prejudicada	3	5,0
	Débito cardíaco diminuído	1	1,7
	Déficit no autocuidado para alimentação	1	1,7
	Disposição para melhora do autocuidado	1	1,7
	Disposição para o sono melhorado	1	1,7
	Padrão respiratório ineficaz	1	1,7
	Perfusão tissular periférica ineficaz	1	1,7
	Risco de débito cardíaco diminuído	1	1,7
Total		123	12,0

Tabela 13 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem (n= 60) – Brasília, setembro de dezembro 2017.

(Continua)			
Domínio	Diagnóstico de enfermagem	N	%
Percepção/Cognição	Conhecimento deficiente	52	86,7
	Memória prejudicada	6	10,0
	Controle de impulsos ineficaz	4	6,7
	Controle emocional instável	3	5,0
Total		65	6,4
Autopercepção	Distúrbio na imagem corporal	33	55,0
	Baixa autoestima situacional	2	3,3
	Risco de dignidade humana comprometida	2	3,3
	Desesperança	1	1,7
	Identidade pessoal perturbada	1	1,7
	Risco de baixa autoestima situacional	1	1,7
Total		40	3,9
Papéis e Relacionamentos	Interação social prejudicada	15	25,0
	Processos familiares disfuncionais	13	21,7
	Desempenho de papel ineficaz	2	3,3
	Risco de tensão do papel de cuidador	1	1,7
	Tensão do papel de cuidador	1	1,7
Total		32	3,1
Sexualidade	Padrão de sexualidade ineficaz	8	13,3
	Disfunção sexual	7	11,7
Total		15	1,5
Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse	Ansiedade	42	70,0
	Regulação do humor prejudicada	22	36,7
	Sentimento de impotência	17	28,3
	Medo	11	18,3
	Risco de sentimento de impotência	9	15,0
	Tristeza crônica	7	11,7
	Ansiedade relacionada à morte	5	8,3
	Enfrentamento ineficaz	2	3,3
	Pesar complicado	2	3,3
	Planejamento de atividade ineficaz	2	3,3
Total		119	11,6
Princípios da vida	Religiosidade prejudicada	1	1,7
	Risco de sofrimento espiritual	1	1,7
	Sufrimento espiritual	1	1,7
Total		3	0,3

Tabela 13 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem (n= 60) – Brasília, setembro de dezembro 2017.

Domínio	Diagnóstico de enfermagem	N	(Conclusão)
			%
Segurança/Proteção	Integridade tissular prejudicada	60	100,0
	Risco de Infecção	60	100,0
	Risco de sangramento	59	98,3
	Risco de quedas	45	75,0
	Dentição prejudicada	42	70,0
	Risco de aspiração	10	16,7
	Risco de resposta alérgica	8	13,3
	Risco de úlcera por pressão	8	13,3
	Recuperação cirúrgica retardada	5	8,3
	Risco de suicídio	5	8,3
	Risco de choque	3	5,0
	Desobstrução ineficaz de vias aéreas	1	1,7
	Mucosa oral prejudicada	1	1,7
	Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	1	1,7
	Total	308	30,1
Conforto	Dor aguda	54	90,0
	Náusea	23	38,3
	Risco de solidão	7	11,7
	Conforto prejudicado	2	3,3
	Síndrome da dor crônica	1	1,7
	Total	87	8,5

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Para elaboração da Tabela 13, foi tomada como referência a NANDA-I (2015). Ela classifica 239 diagnósticos de enfermagem em 13 domínios, numerados de 1 a 13 e organizados na tabela aqui mencionada em ordem crescente de acordo com a descrição da NANDA-I (2015). Considerando a ausência de crianças na amostra populacional da pesquisa realizada, apenas para o domínio n. 13 - Crescimento/Desenvolvimento - não houve registro de ocorrência de diagnósticos de enfermagem. Em seguida, todas as ocorrências registradas serão descritas a seguir.

A Tabela 13 revelou que para o domínio Promoção da Saúde, dos 12 diagnósticos de enfermagem descritos na NANDA-I (2015), dez constaram neste estudo os quais corresponderam a 8,6% (n = 88) dos diagnósticos identificados nos participantes. Em ordem decrescente de ocorrências no estudo foram eles: Estilo de vida sedentário (66,7%), Comportamento de saúde propenso a risco (48,3%), Manutenção ineficaz da saúde (10,0%),

Proteção ineficaz (6,7%), Falta de adesão (5,0%), Atividade de recreação deficiente (3,3%), Controle ineficaz da saúde (1,7%), Controle da saúde familiar ineficaz (1,7%), Disposição para controle da saúde melhorado (1,7%) e Risco de síndrome do idoso frágil (1,7%).

No domínio Nutrição, entre os 21 diagnósticos de enfermagem descritos na NANDA-I (2015), 11 foram identificados no estudo, somando 6,3% de todos os diagnósticos constatados. Segue a descrição deles em ordem decrescente de frequência: Sobrepeso (35,0%), Obesidade (25,0%), risco de glicemia instável (13,3%), Deglutição prejudicada (11,7%), Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (11,7%), Amamentação interrompida (1,7%), Risco de desequilíbrio eletrolítico (1,7%), Risco de função hepática prejudicada (1,7%), Risco de sobrepeso (1,7%), Risco de volume de líquidos deficiente (1,7%) e Volume de líquidos excessivo (1,7%), conforme a Tabela 13.

Correspondendo a 7,6% do total de diagnósticos de enfermagem desse estudo, dos 19 diagnósticos descritos na NANDA-I (2015) para o domínio Eliminação e Troca, apenas 8 foram catalogados. Em ordem decrescente de registros na Tabela 13 foram eles: Eliminação urinária prejudicada (43,3%), Constipação (30,0%), Incontinência urinária de esforço (25,0%), Incontinência intestinal (11,7%), Risco de constipação (6,7%), Troca de gases prejudicada (6,7%), Diarreia (5,0%) e Motilidade gastrintestinal disfuncional (1,7%).

No domínio Atividade/Repouso são descritos na NANDA-I, (2015) 35 diagnósticos dos quais 15 surgiram, corresponderam a 12% dos diagnósticos neste estudo. Foram eles, em ordem decrescente: Insônia (60,0%), Fadiga (43,3%), Mobilidade física prejudicada (25,0%), Déficit no autocuidado (25,0%), Padrão de sono prejudicado (15,0%), Deambulação prejudicada (13,3%), Déficit no autocuidado (para higiene íntima) (6,7%), Mobilidade no leito prejudicada (5,0%), Débito cardíaco diminuído (1,7%), Déficit no autocuidado para alimentação (1,7%), Disposição para melhora do autocuidado (1,7%), Disposição para o sono melhorado (1,7%), Padrão respiratório ineficaz (1,7%), Perfusão tissular periférica ineficaz (1,7%) e Risco de débito cardíaco diminuído (1,7%), segundo a tabela 13.

De acordo com a descrição na NANDA-I(2015), no domínio Percepção/Cognição são descritos 11 diagnósticos, dos quais quatro contemplaram este estudo. A frequência absoluta de ocorrência de 65 diagnósticos neste domínio correspondeu a 6,4% do total de diagnósticos, conforme Tabela 13, em ordem decrescente seguem eles: Conhecimento deficiente (86,7%), Memória prejudicada (10,0%), Controle de impulsos ineficaz (6,7%) e Controle emocional instável (5,0%).

No domínio Auto percepção são descritos na NANDA-I (2015) 11 diagnósticos, dos quais seis contemplaram este estudo, somando 3,9% dos diagnósticos de enfermagem elencados na amostra. Conforme apresentado na Tabela 13, em ordem decrescente foram eles: Distúrbio na imagem corporal (55,0%), Baixa autoestima situacional (3,3%), Risco de dignidade humana comprometida (3,3%), Desesperança (1,7%), Identidade pessoal perturbada (1,7%) e Risco de baixa autoestima situacional (1,7%).

No domínio Papéis e Relacionamentos, 15 diagnósticos são descritos na NANDA-I (2015) e cinco deles foram levantados neste estudo, correspondendo a 3,1% dos diagnósticos de enfermagem na amostra estudada. Descrevendo-os em ordem decrescente, têm-se: Interação social prejudicada (25,0%), Processos familiares disfuncionais (21,7%), Desempenho de papel ineficaz (3,3%), Risco de tensão do papel de cuidador (1,7%) e Tensão do papel de cuidador (1,7%).

No domínio Sexualidade a NANDA-I (2015) descreve 6 diagnósticos de enfermagem, apenas dois foram identificados neste estudo: Padrão de sexualidade ineficaz (13,3%) e Disfunção sexual (11,7%). Essa ocorrência correspondeu a 1,5% do total de diagnósticos.

Na Tabela 13, para o domínio Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, somaram-se 10 ocorrências de diagnósticos, enquanto a NANDA-I (2015) descreve 37 diagnósticos para essa categoria. Sendo assim, os diagnósticos identificados corresponderam a 11,6% dos diagnósticos totais de enfermagem. Dentre eles, Ansiedade (70,0%), Regulação do humor prejudicada (36,7%), Sentimento de impotência (28,3%), Medo (18,3%), Risco de sentimento de impotência (15,0%), Tristeza crônica (11,7%), Ansiedade relacionada à morte (8,3%), Enfrentamento ineficaz (3,3%), Pesar complicado (3,3%) e Planejamento de atividade ineficaz (3,3%).

No domínio Princípios da vida são descritos na NANDA-I (2015) 12 diagnósticos, sendo identificados três, somando 0,3% do total de diagnósticos na amostra deste estudo. Foram eles: Religiosidade prejudicada, Risco de sofrimento espiritual e Sofrimento espiritual, todos com frequência de 1,7% cada um.

Para o domínio Segurança e Proteção, a NANDA-I (2015) prevê 45 diagnósticos de enfermagem. Com o total de 30,1% dos diagnósticos do estudo, os 14 diagnósticos identificados conforme Tabela 13 foram: Integridade tissular prejudicada (100,0%), Risco de infecção (100,0%), Risco de sangramento (98,3%), Risco de quedas (75,0%), Dentição prejudicada

(70,0%), Risco de aspiração (16,7%), Risco de resposta alérgica (13,3%), Risco de úlcera por pressão (13,3%), Recuperação cirúrgica retardada (8,3%), Risco de suicídio (8,3%), Risco de choque (5,0%), Desobstrução ineficaz de vias aéreas (1,7%), Mucosa oral prejudicada (1,7%) e Risco de desequilíbrio na temperatura corporal (1,7%).

Por fim, no domínio Conforto são descritos 13 diagnósticos na NANDA-I (2015) dos quais cinco foram identificados, sendo eles em ordem decrescente, Dor aguda (90,0%), Náusea (38,3%), Risco de solidão (11,7%), Conforto prejudicado (3,3%) e Síndrome da dor crônica (1,7%). A soma das ocorrências destes diagnósticos correspondeu a 8,5% do total de diagnósticos de enfermagem identificados neste estudo, conforme Tabela 13.

5.3.3 Características definidoras dos diagnósticos de enfermagem de maior prevalência dos participantes

A NANDA-I conceitua características definidoras como:

Indicadores/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico com foco no problema, de promoção da saúde ou de síndrome. Não apenas implica aquelas coisas que o enfermeiro consegue visualizar, mas as vistas, escutadas, tocadas ou cheiradas (NANDA-I, 2015, p. 453).

Como prosseguimento ao estudo realizado, a Tabela 14 reuniu as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema e com frequência superior a 50% na amostra estudada.

Tabela 14 – Características definidoras para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 50% – Brasília, setembro a dezembro 2017.

(Continua)		
Diagnóstico de enfermagem / Características definidoras	N	%
Integridade tissular prejudicada (N = 60)		
Tecido lesado	60	100,0
Tecido destruído	1	1,7
Total		61
Dor Aguda (N = 54)		
Autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor (Escala numérica de classificação)	53	98,1
Foco em si mesmo	24	44,4
Expressão facial de dor (careta)	15	27,8
Comportamento expressivo (agitação)	2	3,7
Gestos de proteção	2	3,7
Posição para aliviar a dor	1	1,9
Total		97

Tabela 14 – Características definidoras para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 50% – Brasília, setembro a dezembro 2017.

(Continua)		
Diagnóstico de enfermagem / Características definidoras	N	%
Conhecimento deficiente (N = 52)		
Conhecimento insuficiente	52	100,0
Comportamentos inapropriados	2	3,8
Desempenho inadequado em um teste	1	1,9
Total	55	
Ansiedade (N = 42)		
Incerteza	34	81,0
Inquietação	33	78,6
Preocupação	33	78,6
Angústia	5	11,9
Preocupações devido às mudanças em eventos da vida	5	11,9
Insônia	4	9,5
Medo	4	9,5
Pouco contato visual	4	9,5
Alteração no padrão do sono	2	4,8
Apreensão	1	2,4
Consciência dos sintomas fisiológicos	1	2,4
Estar irrequieto	1	2,4
Irritabilidade	1	2,4
Nervosismo	1	2,4
Observação atenta	1	2,4
Sensação de inadequação	1	2,4
Total	131	
Dentição prejudicada (N = 42)		
	N	%
Ausência de dentes	40	95,2
Dentes desgastados	29	69,0
Halitose	16	38,1
Cáries nos dentes	10	23,8
Excesso de tártaro	6	14,3
Mal alinhamento dos dentes	3	7,1
Cáries na raiz do dente	1	2,4
Descoloração do esmalte	1	2,4
Excesso de placa	1	2,4
Má oclusão	1	2,4
Perda prematura de dentes primários	1	2,4
Total	109	

Tabela 14 – Características definidoras para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 50% – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Diagnóstico de enfermagem / Características definidoras	(Conclusão)	
	N	%
Estilo de vida sedentário (N = 40)		
Atividade física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade	40	100,0
Falta de condicionamento físico	35	87,5
Preferência por atividades com pouco esforço físico	31	77,5
Total	106	
Insônia (N = 36)		
Alteração no padrão do sono	36	100,0
Insatisfação com o sono	24	66,7
Dificuldade para manter o sono	20	55,6
Dificuldade para iniciar o sono	13	36,1
Alteração no humor	9	25,0
Padrão de sono não restaurador	8	22,2
Estado de saúde comprometido	5	13,9
Energia insuficiente	3	8,3
Total	118	
Distúrbio na imagem corporal (N = 33)		
Alteração na visão do próprio corpo	30	90,9
Comportamento de reconhecimento do próprio corpo	16	48,5
Ausência de parte do corpo	14	42,4
Alteração em função corporal	9	27,3
Foco na aparência anterior	7	21,2
Alteração na estrutura corporal	7	21,2
Sentimentos negativos em relação ao corpo	4	12,1
Percepções que refletem uma visão alterada da aparência do próprio corpo	3	9,1
Foco na função do passado	2	6,1
Medo da reação dos outros	2	6,1
Mudança no estilo de vida	2	6,1
Preocupação com alterações	2	6,1
Despersonalização de parte do corpo pelo uso de pronomes impessoais	1	3,0
Ênfase nos pontos positivos que permaneceram remanescentes	1	3,0
Esconder parte do corpo	1	3,0
Evita tocar o próprio corpo	1	3,0
Personalização de uma parte do corpo por meio de um nome	1	3,0
Preocupação com perda	1	3,0
Total	104	

Fonte: Base de dados da pesquisa.

A Tabela 14 trouxe tanto os oito diagnósticos de enfermagem com foco no problema em ordem decrescente de frequência absoluta, quanto suas respectivas características

definidoras. Vale ressaltar que para cada participante do estudo foi possível a identificação de mais de uma característica definidora dentre as diversas previstas na NANDA-I (2015) de um determinado diagnóstico de enfermagem. Além disso, as características definidoras elencadas referem-se aos diagnósticos mais prevalentes do estudo, ou seja, aqueles superiores a 50%.

A partir da Tabela 14 verificou-se para o diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudicada que todos os participantes (100,0%, n = 60) apresentaram a característica definidora tecido lesado e apenas um (1,7%) teve a característica tecido destruído. Juntas totalizaram 61 ocorrências.

Autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor (98,1%, 53), foco em si mesmo (44,4%, 24), expressão facial de dor (27,8%, 15), comportamento expressivo e gestos de proteção (3,7%, 2) e posição para aliviar a dor (1,9%, 1) foram características definidoras do segundo diagnóstico real mais prevalente – Dor aguda (90,0%).

Conhecimento deficiente esteve presente em 86,7% dos participantes. Para este diagnóstico de enfermagem, conhecimento insuficiente esteve presente em 100,0% (N = 52) dos pacientes. Comportamentos inapropriados e desempenho inadequado em um teste representaram 3,8% (2) e 1,9% (1), respectivamente.

A característica definidora de maior prevalência para o diagnóstico de enfermagem Ansiedade, presente em 70,0% dos participantes, foi incerteza com 81,0% (N = 34). Inquietação e preocupação representaram 78,6% (N = 33), cada. Com 11,9% (N = 5) houve angústia e preocupações devido à mudança em eventos da vida. Insônia, medo e pouco contato visual, totalizaram 9,5% (N = 4) cada um. Logo em seguida veio alteração no padrão do sono com 4,8% (N = 2) e com menor prevalência, apreensão, Consciência dos sintomas fisiológicos, estar irrequieto, irritabilidade, nervosismo, observação atenta, sensação de inadequação com 2,4% (N = 1), respectivamente.

Nos participantes com Dentição prejudicada (N = 42; 70,0%), observou-se como característica definidora em 95,2% dos casos ausência de dentes. Dentes desgastados foram referidos em 69,0% dos participantes. 38,1% continha halitose. 23,8% cárie nos dentes. 14,3% excesso de tártaro. Enquanto 7,1% possuía mal alinhamento dos dentes, 2,4% apresentaram cáries na raiz do dente, descoloração do esmalte, excesso de placa, má oclusão e perda prematura de dentes primários, respectivamente.

Para Estilo de vida sedentário (66,7%) as características definidoras obtidas foram atividade física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade (100,0%), falta de condicionamento físico (87,5%) e preferência por atividades com pouco esforço físico (77,5%).

A característica definidora alteração no padrão do sono esteve presente em todos os participantes (100,0%) que apresentaram o diagnóstico de Insônia (60,0%). Insatisfação com o sono referiu-se a 66,7% do total. Enquanto dificuldade para manter o sono e dificuldade para iniciar o sono alcançou 55,6% e 36,1%, respectivamente. Alteração no humor esteve presente em 25,0% dos participantes, seguido por padrão de sono não restaurador (22,2%), estado de saúde comprometido (13,9%) e apenas 8,3% para energia insuficiente.

Em ordem decrescente de porcentagem presente no estudo, para o diagnóstico de enfermagem Distúrbio na imagem corporal (55,0%), as características definidoras foram: alteração na visão do próprio corpo (90,9%), comportamento de reconhecimento do próprio corpo (48,5%), ausência de parte do corpo (42,4%), alteração em função corporal (27,3%), foco na aparência anterior (21,2%), alteração na estrutura corporal (21,2%), sentimentos negativos em relação ao corpo (12,1%), percepções que refletem uma visão alterada da aparência do próprio corpo (9,1%), foco na função do passado (6,1%), medo da reação dos outros (6,1%), mudança no estilo de vida (6,1%), preocupação com alterações (6,1%), despersonalização de parte do corpo pelo uso de pronomes impessoais (3,0%), ênfase nos pontos positivos que permaneceram remanescentes (3,0%), esconder parte do corpo (3,0%), evita tocar o próprio corpo (3,0%), personalização de uma parte do corpo por meio de um nome (3,0%), preocupação com perda (3,0%).

5.3.4 Fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem de maior prevalência

De acordo com a definição da NANDA-I, fatores relacionados são:

fatores que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Esses fatores podem ser descritos como anteriores a, associados a, relacionados com, contribuindo para ou auxiliares. Somente diagnósticos de enfermagem com foco no problema ou síndromes com foco no problema devem ter fatores relacionados; diagnósticos de promoção da saúde podem ter fatores relacionados se ajudarem a esclarecer o diagnóstico (NANDA-I, 2015, p. 454).

Diante disso, a Tabela 15 apresenta os fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem reais mais prevalentes na amostra estudada, ou seja, com frequência superior a 50%.

Tabela 15 – Fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 50% – Brasília, setembro a dezembro 2017.

(Continua)		
Diagnósticos de Enfermagem / Fatores Relacionados	N	%
Integridade tissular prejudicada (N = 60)		
Procedimento cirúrgico	60	100,0
Circulação prejudicada	1	1,7
Estado nutricional desequilibrado	1	1,7
Mobilidade prejudicada	1	1,7
Total	63	
Dor aguda (N = 54)		
Agente lesivo físico (procedimento cirúrgico)	54	100,0
Agente lesivo biológico (infecção)	2	3,7
Total	56	
Conhecimento deficiente (N = 52)		
Informação insuficiente	52	100,0
Conhecimento insuficiente de recurso	1	1,9
Total	49	
Ansiedade (N = 42)		
Estressores	41	97,6
Crise situacional	40	95,2
Ameaça à condição atual	2	4,8
Ameaça de morte	2	4,8
Abuso de substância	2	4,8
Mudança importante (condição de saúde)	1	2,4
Total	88	
Dentição prejudicada (N = 42)		
Higiene oral inadequada	37	88,1
Conhecimento insuficiente sobre a saúde dental	8	19,0
Dificuldade de acesso a cuidados dentários profissionais	3	7,1
Economicamente desfavorecido	3	7,1
Hábitos alimentares inadequados	2	4,8
Barreiras ao autocuidado	1	2,4
Uso habitual de substância que causa manchas (tabaco)	1	2,4
Total	55	
Estilo de vida sedentário (N = 40)		
Motivação insuficiente para a atividade física	29	72,5
Interesse insuficiente pela atividade física	20	50,0
Treinamento insuficiente para fazer exercício físico	18	45,0
Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde	9	22,5
Recursos insuficientes para a atividade física	6	15,0
Total	82	

Tabela 15 – Fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 50% – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Diagnósticos de Enfermagem / Fatores Relacionados	(Conclusão)	
	N	%
Insônia (N = 36)		
Ansiedade	30	83,3
Desconforto físico	18	50,0
Agente farmacológico	13	36,1
Atividade física diária média é inferior à recomendada para a idade e o gênero	9	25,0
Medo	6	16,7
Estressores	5	13,9
Barreira ambiental	4	11,1
Depressão	2	5,6
Alterações hormonais (gravidez)	1	2,8
Total	88	
Distúrbio na imagem corporal (N = 33)		
Procedimento cirúrgico	32	97,0
Alteração na autopercepção	30	90,9
Doença	11	33,3
Alteração em função do corpo	8	24,2
Regime de tratamento	8	24,2
Trauma	1	3,0
Total	90	

Fonte: Base de dados da pesquisa.

A partir dos oito diagnósticos de enfermagem de maior prevalência no estudo, a Tabela 15 organiza em ordem decrescente de frequência absoluta e porcentagens correspondentes aos fatores relacionados a cada diagnóstico. Depreende-se, dos dados obtidos, que para cada participante foi possível a identificação de mais de um fator relacionado a um diagnóstico de enfermagem específico entre os diversos previstos na NANDA-I (2015).

Considerando o diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudicada o qual representou 100,0% dos participantes, obteve-se que todos (100,0%) possuíam o fator relacionado procedimento cirúrgico, enquanto em um único participante esteve presente o fator relacionado circulação prejudicada, estado nutricional desequilibrado e mobilidade prejudicada, correspondentes a 1,7% dos pacientes com dentição prejudicada cada um.

No diagnóstico de enfermagem Dor aguda, cuja quantidade correspondeu a 90,0%, constataram-se apenas dois fatores relacionados, o agente lesivo físico em todos os participantes

(100,0%) que possuíam o referido diagnóstico e o agente lesivo biológico em apenas duas ocorrências (3,7%).

Para o diagnóstico Conhecimento deficiente cujo valor absoluto foi de 52, esteve presente no estudo em 100% desse total para o fator relacionado informação insuficiente e apenas uma ocorrência (1,9%) para o fator relacionado conhecimento insuficiente de recurso.

No diagnóstico Ansiedade, existente em 70,0% dos participantes ($n = 42$), identifica-se seis fatores relacionados. Os de maior prevalência foram estressores e crises situacionais, 97,6% e 95,2%, respectivamente. Os fatores ameaça à condição atual, ameaça de morte e abuso de substância corresponderam a 4,8% cada um, enquanto o fator relacionado mudança importante contabilizou apenas 2,4% ($N = 1$).

Sete fatores relacionados foram oriundos do diagnóstico de enfermagem Dentição prejudicada (70,0%, $N = 42$). Portanto, o mais abundante foi higiene oral inadequada equivalente a 88,1% do total do rol de participantes para esse diagnóstico. Com porcentagem bem inferior ocorreu 19,0% o fator conhecimento insuficiente sobre a saúde dental. Em seguida, dificuldade de acesso a cuidados dentários profissionais e economicamente desfavorecido obtiveram 7,1%, cada. A causa Hábitos alimentares inadequados alcançou 4,8%, enquanto barreiras ao autocuidado e uso habitual de substância que causa manchas, corresponderam a apenas 2,4% cada um.

No diagnóstico Estilo de vida sedentário frequente em 66,7% ($N = 40$) somaram-se cinco fatores relacionados. O fator relacionado mais frequente foi motivação insuficiente para a atividade física, em 72,5%. Correspondeu a metade das ocorrências (50,0%), o fator interesse insuficiente pela atividade física. Inferior a 50%, constaram treinamento insuficiente para fazer exercício físico (45,0%), conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde (22,5%) e recursos insuficientes para a atividade física (15,0%).

Em ordem percentual decrescente os fatores relacionados referentes ao diagnóstico de Insônia, com frequência absoluta de 36 (60,0%), foram: ansiedade (83,3%), desconforto físico (50,0%), agente farmacológico (36,1%), atividade física diária média é inferior à recomendada para a idade e o gênero (25,0%), medo (16,7%), estressores (13,9%), barreira ambiental (11,1%), depressão (5,6%) e alterações hormonais (2,8).

Na Tabela 15 tem-se o diagnóstico Distúrbio na imagem corporal, identificado em 33 participantes (55,0%), com seis fatores relacionados listados: procedimento cirúrgico (97,0%),

alteração na autopercepção (90,9%), doença (33,3%), alteração em função do corpo (24,2%), regime de tratamento (24,2%) e trauma (3,0%).

5.3.5 Fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem dos participantes que retiraram órgãos

Sabe-se que há fatores de risco associados aos diagnósticos de enfermagem de risco ou vulnerabilidades, nesse contexto, a NANDA-I define os fatores de risco como:

fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento não saudável. Apenas diagnósticos de risco tem fatores de risco (NANDA-I, 2015, p. 453).

Considerando a definição para os fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem, na Tabela 16 apresentam-se os fatores de risco para os diagnósticos de enfermagem de risco mais prevalentes no estudo.

Tabela 16 – Fatores de risco para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 50% – Brasília, setembro a dezembro 2017.

(Continua)		
Diagnósticos de Enfermagem / Fatores de Risco	N	%
Risco de infecção (N = 60)		
Alteração na integridade da pele	60	100,0
Procedimento invasivo	60	100,0
Tabagismo	27	45,0
Obesidade	1	1,7
Total	148	
Risco de sangramento (N = 59)		
Regime de tratamento	59	100,0
Coagulopatia inerente (trombocitopenia)	3	5,1
Função hepática prejudicada (hepatite)	1	1,7
Trauma	1	1,7
Total	64	

Tabela 16 – Fatores de risco para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 50% – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Diagnósticos de Enfermagem / Fatores de Risco	(Conclusão)	
	N	%
Risco de quedas (N = 45)		
Período de recuperação pós-operatória	26	57,8
Mobilidade prejudicada	23	51,1
Neoplasia	20	44,4
Incontinência	16	35,6
Ausência de sono	11	24,4
Dificuldades na marcha	10	22,2
História de quedas	7	15,6
Idade \geq 65 anos	6	13,3
Cenário pouco conhecido	4	8,9
Redução da força em extremidade inferior	4	8,9
Uso de dispositivos auxiliares	3	6,7
Alteração na função cognitiva	3	6,7
Artrite	3	6,7
Desmaio ao estender o pescoço	3	6,7
Morar sozinho	2	4,4
Agente farmacológico (antidepressivos e antihipertensivos)	2	4,4
Deficiência visual	1	2,2
Total	144	

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Considerando os três diagnósticos de enfermagem de risco com maior prevalência nos participantes, a Tabela 16 foi estruturada em ordem decrescente de frequência absoluta e de porcentagens correspondentes aos fatores de risco relacionados a cada diagnóstico. Nota-se a partir dos dados obtidos que para cada participante foi possível identificação de mais de um fator de risco associado a um determinado diagnóstico de enfermagem, entre os diversos previstos na NANDA-I (2015).

Para o diagnóstico de enfermagem Risco de infecção o qual esteve presente na totalidade dos participantes (100,0%), tanto o fator de risco alteração na integridade da pele, quanto o fator de risco procedimento invasivo, apresentaram a mesma porcentagem (100,0%). Além disso, com uma proporção de quase metade (45,0%) das ocorrências para esse diagnóstico de risco, apareceu o tabagismo. Por fim, com apenas uma ocorrência (1,7%) foi identificada o fator obesidade.

Já para o diagnóstico Risco de sangramento, presente em 98,3% dos participantes, dos quatro fatores de risco identificados, o mais expressivo, alcançou 100,0% das ocorrências, sendo ele, regime de tratamento. Em seguida, coagulopatia inerente esteve presente em três ocorrências (5,1%) e com apenas uma ocorrência foram constatados os fatores de risco função hepática prejudicada e trauma, ambos com 1,7% cada um.

Apesar de não ter sido o diagnóstico de risco mais prevalente, Risco de quedas, correspondeu a 75% do total de participantes, tendo o maior número de fatores de risco elencados, 17 ao todo. Foram eles em ordem decrescente de ocorrências: período de recuperação pós-operatória (57,8%), mobilidade prejudicada (51,1%), neoplasia (44,4%), incontinência (35,6%), ausência de sono (24,4%), dificuldades na marcha (22,2%), história de quedas (15,6%), idade \geq 65 anos (13,3%), cenário pouco conhecido (8,9%), redução da força em extremidade inferior (8,9%), uso de dispositivos auxiliares (6,7%), alteração na função cognitiva (6,7%), artrite (6,7%), desmaio ao estender o pescoço (6,7%), morar sozinho (4,4%), agente farmacológico (4,4%) e deficiência visual (2,2%).

5.4 ESCALA DA INCERTEZA NA DOENÇA (MUIS) E A MENSURAÇÃO DOS QUATRO DOMÍNIOS DA INCERTEZA

Os participantes da amostra que se submeteram à retirada de órgãos na Clínica Cirúrgica do HUB foram estudados quanto à aplicação da escala da Incerteza na Doença de Mishel (1981), além disso, foram mensurados os quatro domínios da Incerteza através do instrumento adaptado construído a partir dessa escala original de Mishel (1981). Os resultados obtidos para os 60 participantes serão apresentados nessa seção.

5.4.1 Escala da Incerteza na Doença

A Tabela 17 traz o escore total por paciente obtido através da MUIS. A definição de MUIS e a interpretação do cálculo do escore total foram descritas anteriormente no método do estudo.

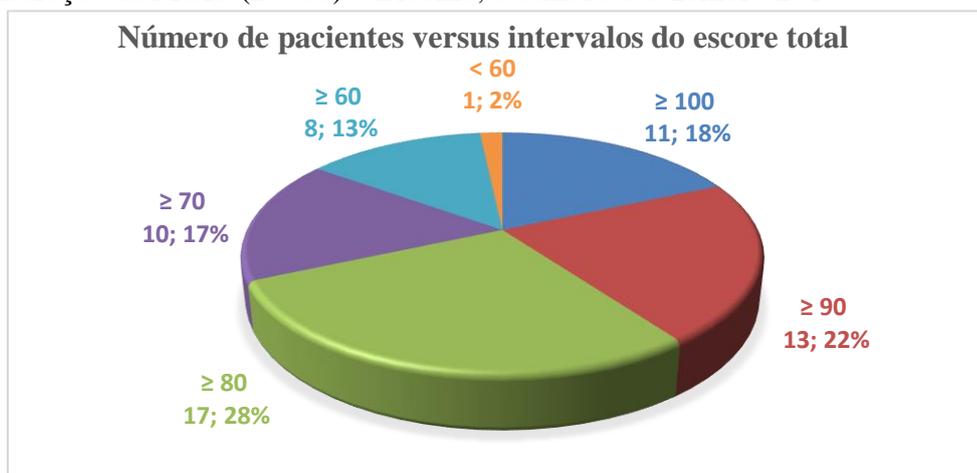
Tabela 17 – Escore total por paciente obtido pela mensuração da MUIS (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Paciente N°	Escore Total						
1	71	16	105	31	102	46	89
2	86	17	93	32	100	47	87
3	61	18	97	33	94	48	67
4	67	19	73	34	92	49	70
5	90	20	81	35	100	50	76
6	66	21	82	36	73	51	104
7	90	22	75	37	96	52	82
8	61	23	102	38	71	53	93
9	68	24	68	39	86	54	88
10	71	25	83	40	95	55	84
11	90	26	88	41	103	56	78
12	85	27	108	42	97	57	83
13	83	28	61	43	93	58	107
14	57	29	101	44	83	59	92
15	80	30	78	45	102	60	87

Fonte: Base de dados da pesquisa.

A Tabela 17 trouxe os valores equivalentes ao escore total para cada paciente participante do estudo. De acordo com a Mishel (1981), o escore total para cada paciente pode variar entre 30 e 150, cujo valor maior representa maior a Incerteza na Doença. Portanto, observou-se que no estudo o escore menor foi de 57 para o paciente identificado com o número 14 e 108 para o paciente de número 27. A fim de um melhor entendimento dos escores obtidos, agrupou-se na Figura 19 os valores em intervalos de 10 em 10 para os escores totais.

Figura 19 – Gráfico do número de pacientes versus intervalos do escore total obtido pela mensuração da MUIS (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Logo, a partir da Figura 19, 11 pacientes alcançaram escore total maior ou igual a 100, 13 pacientes maior ou igual a 90, 17 pacientes maior ou igual a 80, 10 pacientes maior ou igual a 70, 8 pacientes maior ou igual a 60 e 1 menor que 60. O intervalo com maior prevalência de pacientes foi aquele cujos escores foram maiores ou iguais a 80, alcançando 17 pacientes. Enquanto o menor registro foi apenas um paciente para o intervalo menor que 60.

5.4.2 Distribuição das respostas nos domínios da incerteza

A Tabela 18 reúne os dados referentes às respostas dos pacientes quanto aos itens da MUIS, explicitando-os através de suas respectivas frequências e porcentagens, agrupados nos quatro domínios da Incerteza.

Tabela 18 – Frequência das respostas dos participantes aos itens da MUIS agrupada pelos domínios da Incerteza (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

(Continua)

Distribuição da frequência de respostas aos itens da MUIS nos quatro domínios da escala de Incerteza (Adaptado)										
Itens	Ambiguidade									
	CT (5)	%	C (4)	%	I (3)	%	D (2)	%	DT (1)	%
3. Eu não tenho clareza se minha doença está ficando melhor ou pior.	7	11,7	17	28,3	9	15,0	23	38,3	4	6,7
4. Não está claro para mim o quanto minha dor pode ficar pior.	8	13,3	20	33,3	9	15,0	20	33,3	3	5,0
7. Quando eu sinto dor eu sei sobre o que isso significa sobre a minha condição.	0	0,0	8	13,3	5	8,3	46	76,7	1	1,7
9. Meus sintomas continuam mudando de forma imprevisível.	3	5,0	25	41,7	7	11,7	25	41,7	0	0,0
14. É difícil saber se o tratamento ou os medicamentos que estou recebendo estão me ajudando.	2	3,3	15	25,0	10	16,7	32	53,3	1	1,7
16. Devido a imprevisibilidade da minha doença, eu não posso planejar meu futuro.	9	15,0	14	23,3	4	6,7	26	43,3	7	11,7
17. O curso da minha doença continua mudando. Eu tenho bons e maus dias.	1	1,7	17	28,3	2	3,3	38	63,3	2	3,3
18. Está vago para mim como vou continuar vivendo após sair do hospital.	0	0,0	19	31,7	8	13,3	30	50,0	3	5,0

Tabela 18 – Frequência das respostas dos participantes aos itens da MUIS agrupada pelos domínios da Incerteza (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

(Continua)

Distribuição da frequência de respostas aos itens da MUIS nos quatro domínios da escala de Incerteza (Adaptado)										
Ambiguidade										
Itens	CT (5)	%	C (4)	%	I (3)	%	D (2)	%	DT (1)	%
19. Eu tenho recebido diferentes opiniões sobre o que está acontecendo de errado comigo.	5	8,3	20	33,3	3	5,0	29	48,3	3	5,0
20. Não está claro o que está acontecendo comigo.	3	5,0	17	28,3	8	13,3	27	45,0	5	8,3
22. É claro para mim quando fico pior ou melhor.	1	1,7	7	11,7	8	13,3	42	70,0	2	3,3
24. É difícil determinar em quanto tempo eu poderei cuidar de mim mesmo/a.	2	3,3	30	50,0	9	15,0	17	28,3	2	3,3
27. Eu tenho certeza que meu vigor físico retornará um dia.	1	1,7	7	11,7	15	25,0	28	46,7	9	15,0
Falta de Clareza										
Itens	CT (5)	%	C (4)	%	I (3)	%	D (2)	%	DT (1)	%
2. Eu tenho várias perguntas que estão sem respostas.	14	23,3	17	28,3	3	5,0	22	36,7	4	6,7
5. As explicações que me dão não são claras para mim.	4	6,7	12	20,0	3	5,0	35	58,3	6	10,0
6. A proposta do tratamento está clara para mim.	1	1,7	11	18,3	6	10,0	34	56,7	8	13,3
8. Eu não sei quando esperar que as coisas sejam feitas para mim.	0	0,0	26	43,3	17	28,3	16	26,7	1	1,7
10. Eu entendo tudo que explicam para mim.	2	3,3	17	28,3	0	0,0	36	60,0	5	8,3
11. Os médicos dizem coisas para mim que podem ter muitos significados.	6	10,0	42	70,0	1	1,7	11	18,3	0	0,0
15. Existem tantos tipos diferentes de médicos especialistas que não está claro para mim quem é responsável pelo que.	1	1,7	25	41,7	4	6,7	24	40,0	6	10,0
28. Os médicos compartilham a mesma opinião sobre como tratar o meu problema.	0	0,0	12	20,0	6	10,0	40	66,7	2	3,3

Tabela 18 – Frequência das respostas dos participantes aos itens da MUIS agrupada pelos domínios da Incerteza (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

(Conclusão)

Distribuição da frequência de respostas aos itens da MUIS nos quatro domínios da escala de Incerteza (Adaptado)										
Falta de Informação										
Itens	CT (5)	%	C (4)	%	I (3)	%	D (2)	%	DT (1)	%
1. Eu não sei o que há de errado comigo.	8	13,3	19	31,7	6	10,0	22	36,7	5	8,3
13. Meu tratamento é muito complexo para ser alcançado.	4	6,7	13	21,7	7	11,7	35	58,3	1	1,7
23. Eles não têm me falado como tratarão a minha doença.	1	1,7	9	15,0	4	6,7	43	71,7	3	5,0
26. Eles me deram tanta informação que eu não sei dizer qual delas é a mais importante.	8	13,3	25	41,7	4	6,7	19	31,7	4	6,7
29. Eles não deram um diagnóstico específico para mim.	3	5,0	7	11,7	4	6,7	42	70,0	4	6,7
Imprevisibilidade										
Itens	CT (5)	%	C (4)	%	I (3)	%	D (2)	%	DT (1)	%
12. Eu posso prever a duração da minha doença.	4	6,7	35	58,3	7	11,7	13	21,7	1	1,7
21. Eu costumo saber se terei um bom ou mal dia.	1	1,7	15	25,0	15	25,0	26	43,3	3	5,0
25. Eu posso no geral prever o curso da minha doença.	3	5,0	23	38,3	11	18,3	23	38,3	0	0,0
30. O sofrimento do meu corpo é previsível; eu sei quando está ficando melhor ou pior.	2	3,3	7	11,7	4	6,7	46	76,7	1	1,7

Legenda: (CT) - concordo totalmente, (C) - concordo, (I) - indeciso, (D) - discordo e (DT) - discordo totalmente.

Fonte: Base de dados da pesquisa.

A partir da Tabela 18, notou-se que nos itens do domínio **Ambiguidade** houve frequência de resposta com tendência para discordância: o quesito “discordo” variou entre 33,3% e 76,7%. Os itens 7 e 22, “Quando eu sinto dor eu sei sobre o que isso significa sobre a minha condição” e “É claro para mim quando fico pior ou melhor”, respectivamente, tiveram porcentagens superiores ou iguais a 70,0% para “discordo”. Seguido pelo item 17, “O curso da minha doença continua mudando. Eu tenho bons e maus dias” com 63,3%. Os percentuais mostram distribuição igualitária para “concordo” e “discordo” para os participantes nos itens 4 e 9, “Não está claro para mim o quanto minha dor pode ficar pior” e “Meus sintomas continuam

mudando de forma imprevisível". Nesses itens, "concordo" e "concordo totalmente" são mais prevalentes (46,6%) quando comparados com as respostas "discordo" e "discordo totalmente". Por fim, apenas o item 24, "*É difícil determinar em quanto tempo eu poderei cuidar de mim mesmo/a*", apresentou maior frequência de respostas para a categoria do "concordo" (50,0%).

No que concerne ao domínio **Falta de Clareza**, dos oito itens previstos, em cinco predominaram as respostas "discordo", o intervalo percentual foi de 66,7% a 36,7%. Os maiores índices foram para os itens 10 e 28, "*Eu entendo tudo que explicam para mim*" e "*Os médicos compartilham a mesma opinião sobre como tratar o meu problema*", 60,0% e 66,7%, respectivamente. Apesar da predominância nesse domínio ter sido para a opção "discordo", a maior frequência percentual (70,0%) foi obtida na categoria "concordo" do item 11, "*Os médicos dizem coisas para mim que podem ter muitos significados*". Foi apontado "concordo", também para o item 8, com frequência de 43,3%, "*Eu não sei quando esperar que as coisas sejam feitas para mim*" e para o item 15, "*Existem tantos tipos diferentes de médicos especialistas que não está claro para mim quem é responsável pelo que*", com frequência de 41,7%.

No tocante ao domínio **Falta de Informação**, prevaleceu a opção "discordo" em quase todos os itens, exceto o item 26, "*Eles me deram tanta informação que eu não sei dizer qual delas é a mais importante*" que teve maior frequência (41,7%) na opção "concordo". Os itens com maiores frequências de respostas para o "discordo", foram o 23, "*Eles não têm me falado como tratarão a minha doença*", (71,7%), e o item 29, "*Eles não deram um diagnóstico específico para mim*" (70,0%).

Em relação aos itens do domínio **Imprevisibilidade**, o item 12, "*Eu posso prever a duração da minha doença*" foi mais frequente na opção "concordo" (58,3%), os itens 21 e 30 foram destaque para "discordo", sendo o maior deles "*O sofrimento do meu corpo é previsível; eu sei quando está ficando melhor ou pior*" (76,7%). Por último, o item 25, "*Eu posso no geral prever o curso da minha doença*" obteve distribuição igualitária tanto para as respostas "concordo", quanto para as "discordo" (ambas com 38,3%), vale ressaltar a alta frequência de "indeciso" (18,3%).

5.5 CORRELAÇÕES DAS VARIÁVEIS À INCERTEZA NA DOENÇA

Essa seção apresenta análises estatísticas para os resultados alcançados e as correlações entre as variáveis do estudo. As conclusões dos testes basearam-se em p-valores referentes a faixa de corte tradicional de 5%.

5.5.1 Confiabilidade da MUIS

A confiabilidade da MUIS adaptada para os quatro domínios da Incerteza na doença aplicada aos pacientes que se submeteram à retirada de órgãos foi verificada através da avaliação da sua consistência interna. A Tabela 19 apresenta o coeficiente Alpha de Cronbach para cada domínio da Incerteza.

Tabela 19 – Distribuição do Alpha de Cronbach para cada domínio da Incerteza.

Domínios da Escala	Número de Itens	Alfa de Cronbach
Escala total	30	0,842
Falta de clareza	8	0,704
Ambiguidade	13	0,677
Falta de informação	5	0,453
Imprevisibilidade	4	0,444

Fonte: Base de dados da pesquisa.

O valor preconizado na literatura como aceitável para o Alpha de Cronbach é 0,70, portanto, a consistência interna de cada domínio foi verificada por seu valor correspondente. A partir da Tabela 19, para a escala total a consistência interna foi considerada “boa” (0,842), para Falta de Clareza “aceitável” (0,704), para Ambiguidade “questionável” (0,677) e para o restante, Falta de Informação e Imprevisibilidade “não aceitáveis”, (0,453 e 0,444).

5.5.2 Correlação entre a média dos diagnósticos de enfermagem e os domínios da Incerteza

Na Tabela 20 retrata-se a correlação de Spearman entre as médias dos diagnósticos de enfermagem e os domínios da Incerteza na doença.

Tabela 20 – Correlação entre a média de diagnósticos de enfermagem e os domínios da Incerteza (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Domínios da Incerteza	R	P valor
Falta de clareza	0,427	0,001
Ambiguidade	0,336	0,009
Falta de informação	0,373	0,003
Imprevisibilidade	0,425	0,001
Total	0,440	0,000

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Na tabela 20, a correlação de Spearman, representada por “R” variou de 0,336 a 0,427 (valores positivos). Embora a correlação não seja forte, pode-se afirmar que as médias dos diagnósticos de enfermagem e os domínios da Incerteza se correlacionam positivamente, ou seja, um aumento nos valores de “Falta de clareza” gera incremento nos valores da média dos diagnósticos de enfermagem, o caminho inverso também se correlaciona diretamente proporcional. Por fim, os p-valores corroboram a existência de significância nas correlações (associações), p variando de aproximadamente 0 a 0,009.

5.5.3 Associações entre os domínios da Incerteza e as variáveis sociodemográficas e clínicas do estudo

Foram testadas todas as variáveis estudadas e são apresentadas apenas as variáveis que resultaram diferenças estatisticamente significativas.

A Tabela 21 apresenta as medidas estatísticas descritivas necessárias para testar a relação entre os domínios de incerteza e a escolaridade dos participantes do estudo.

Tabela 21 – Escolaridade e domínios da incerteza (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Domínio da Incerteza	Escolaridade	Média	Desvio Padrão	p.valor
Falta de Clareza	Fundamental Incompleto	23,76	4,33	0,001
	Fundamental Completo	22,75	4,57	
	Médio Completo	18,76	3,59	
	Superior	21,00	6,20	
Ambiguidade	Fundamental Incompleto	39,16	4,77	0,077
	Fundamental Completo	42,25	2,87	
	Médio Completo	35,56	6,24	
	Superior	36,50	10,01	
Falta de Informação	Fundamental Incompleto	15,96	2,11	0,01
	Fundamental Completo	15,25	1,50	
	Médio Completo	13,36	2,93	
	Superior	13,67	4,32	
Imprevisibilidade	Fundamental Incompleto	12,20	2,08	0,077
	Fundamental Completo	12,25	2,63	
	Médio Completo	10,60	2,20	
	Superior	10,67	3,33	
Total	Fundamental Incompleto	91,08	10,19	0,002
	Fundamental Completo	92,50	8,66	
	Médio Completo	78,28	11,12	
	Superior	81,83	20,99	

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Na tabela 21, com o teste de Mann-Whitney, entre a variável escolaridade e os domínios da Incerteza, constatou-se significância estatística nos domínios Falta de clareza, Falta de informação e também no total da escala. O “total” corresponde ao teste de significância dos

quatro domínios como um todo, ou seja, todos os itens. A tabela 21 trouxe um p-valor para cada domínio, variando entre 0,001 e 0,07. Além de apresentar as médias e desvio padrão para cada nível de escolaridade associado ao domínio da incerteza.

A fim de verificar a variação de comportamento dos domínios de Incerteza com o gênero dos participantes foi aplicado o Teste Mann-Whitney. Expressam-se os parâmetros estatísticos na Tabela 22.

Tabela 22 – Teste Mann-Whitney – relação entre gênero e os domínios da Incerteza (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Domínio da Incerteza	Sexo	Média	Desvio Padrão	p.valor
Falta de Clareza	Masculino	104,49	17,79	0,161
	Feminino	112,62	14,45	
Ambiguidade	Masculino	37,06	6,43	0,183
	Feminino	39,54	5,01	
Falta de Informação	Masculino	14,45	3,12	0,464
	Feminino	15,15	2,08	
Imprevisibilidade	Masculino	11,32	2,46	0,892
	Feminino	11,62	2,14	
Total	Masculino	167,32	27,38	0,202
	Feminino	178,92	20,49	

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Na tabela 22, a média, o desvio padrão e o p-valor associados ao teste de Mann-Whitney foram obtidos para cada sexo juntamente com os quatro domínios da Incerteza e o total da escala. Observando-se os p-valores, concluiu-se que não existe diferença significativa entre os valores calculados para os domínios da Incerteza e o sexo. Exemplificando para o domínio “Falta de Clareza”, com o p-valor igual a 0,161, significa dizer que os valores calculados para este domínio são iguais tanto para os pacientes do sexo masculino, quanto para os do sexo feminino.

Por último, na Tabela 23 encontram-se as medidas estatísticas descritivas (média e desvio padrão) para os quatro domínios da Incerteza comparadas aos procedimentos cirúrgicos hysterectomia via abdominal e mastectomia, bem como o resultado do teste estatístico. Vale ressaltar que foram aplicados teste de hipóteses a todos os procedimentos cirúrgicos advindos da amostra, contudo, os dois anteriormente citados foram aqueles que apresentaram resultados significativos.

Tabela 23 – Cirurgias, histerectomia via abdominal e mastectomia, pelos domínios da Incerteza (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Domínio da Incerteza	Histerectomia via abdominal	Média	Desvio Padrão	p.valor
Falta de Clareza	Sim	20,07	5,30	0,196
	Não	21,76	4,55	
Ambiguidade	Sim	36,00	5,82	0,277
	Não	38,13	6,30	
Falta de Informação	Sim	13,27	2,90	0,048
	Não	15,04	2,83	
Imprevisibilidade	Sim	11,20	2,30	0,622
	Não	11,44	2,44	
Total	Sim	80,54	13,75	0,135
	Não	86,40	12,80	

Domínio da Incerteza	Mastectomia	Média	Desvio Padrão	p.valor
Falta de Clareza	Sim	22,88	3,87	0,29
	Não	21,10	4,87	
Ambiguidade	Sim	41,88	6,15	0,064
	Não	36,94	5,99	
Falta de Informação	Sim	17,75	1,98	0,001
	Não	14,12	2,75	
Imprevisibilidade	Sim	12,50	2,78	0,101
	Não	11,21	2,30	
Total	Sim	95,00	10,62	0,018
	Não	83,37	12,91	

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir do teste de Mann-Whitney, para os procedimentos cirúrgicos da tabela 23, Histerectomia via abdominal e Mastectomia, comparados aos domínios da Incerteza, concluiu-se que houve relação significativa em alguns casos. Através dos p-valores a relação foi significativa somente para o domínio “Falta de informação” entre a Histerectomia (0,048), sendo maior no grupo que não fez essa cirurgia (média de 15,04 e desvio padrão de 2,83).

No caso da Mastectomia, houve relação tanto com o domínio “Falta de informação” (p=0,001), quanto para o “Total” de domínios de Incerteza (p=0,018). Vale ressaltar, que para cada domínio da Incerteza e para o total de domínios foram avaliados a média e desvio padrão, tanto para a resposta “Sim”, quanto para a resposta “Não” referentes às cirurgias testadas.

5.5.4 Associações entre os domínios da Incerteza e os Diagnósticos de Enfermagem do estudo

Os testes de hipóteses foram aplicados aos diagnósticos de enfermagem que se relacionavam mais diretamente ao construto estudado, referentes aos domínios Percepção/Cognição, Auto percepção, Enfrentamento/Tolerância ao estresse e Princípios da Vida.

Apenas os diagnósticos Conhecimento deficiente e Sentimento de impotência apresentaram resultados com significância estatística. A Tabela 24 mostra o teste de associação entre o diagnóstico de enfermagem “conhecimento deficiente”, os quatro domínios da Incerteza e o Total.

Tabela 24 – Domínios da Incerteza para o diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Domínio da Incerteza	Conhecimento deficiente	Média	Desvio padrão	p.valor
Falta de Clareza	Sim	21,81	4,85	0,053
	Não	18,25	2,60	
Ambiguidade	Sim	38,52	6,01	0,001
	Não	31,62	3,66	
Falta de Informação	Sim	14,96	2,92	0,009
	Não	12,25	1,67	
Imprevisibilidade	Sim	11,69	2,19	0,024
	Não	9,38	2,72	
Total	Sim	86,98	12,48	0,002
	Não	71,50	9,44	

Fonte: Base de dados da pesquisa.

De acordo com os p valores da Tabela 24, com o teste de Mann-Whitney, entre o diagnóstico de enfermagem “conhecimento deficiente” e a escala de Incerteza, somente o domínio “Falta de Clareza” não apresentou diferença significativa com o fato do paciente ter ou não conhecimento deficiente ($p = 0,053$). Foram calculados, na Tabela 24, os valores da média e do desvio padrão para cada condição de presença ou ausência do diagnóstico (sim e não, respectivamente), comparativamente aos domínios da escala e ao total. Para os demais domínios, as médias obtidas foram maiores na presença do diagnóstico Conhecimento deficiente, com valores estatisticamente significativos assim descritos: Ambiguidade, média de 38,52 ($\pm 6,01$) com $p=0,001$; Falta de informação, média de 14,96 ($\pm 2,92$) e $p=0,009$; Imprevisibilidade, média de 11,69 ($\pm 2,19$) com $p=0,024$; e Total, média de 86,98 ($\pm 12,48$) com $p=0,02$.

Além disso, o diagnóstico de enfermagem Sentimento de impotência, também foi testado para os quatro domínios da Incerteza e o Total. Na Tabela 25 serão apresentadas apenas as medidas estatísticas descritivas e o teste para esse diagnóstico.

Tabela 25 – Domínios da Incerteza para o diagnóstico de enfermagem - Sentimento de impotência (n = 60) – Brasília, setembro a dezembro 2017.

Domínio da Incerteza	Sentimento de impotência	Média	Desvio Padrão	p.valor
Falta de Clareza	Sim	25,12	4,4	0

	Não	19,88	4,04	
Ambiguidade	Sim	40,94	4,35	0,008
	Não	36,28	6,36	
Falta de Informação	Sim	17,00	1,87	0
	Não	13,65	2,72	
Imprevisibilidade	Sim	13,00	2,24	0
	Não	10,74	2,14	
Total	Sim	96,06	8,74	0
	Não	80,51	12,01	

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Na Tabela 25 está apresentado o teste de Mann-Whitney, para o diagnóstico de enfermagem Sentimento de impotência, o qual mostrou relações significativas nas comparações desse diagnóstico com todos os domínios de Incerteza e o Total. Os valores da média e do desvio padrão para a presença do diagnóstico (sim), comparativamente aos domínios da escala e ao total, mostraram-se sempre maiores, estatisticamente significativo. Quanto à Falta de clareza, a média foi de 25,12 ($\pm 4,4$) com $p=0$; Ambiguidade, 40,94 ($\pm 4,35$) com $p=0,008$; Falta de informação, 17,00 ($\pm 1,87$) com $p=0$; Imprevisibilidade 13,00 ($\pm 2,24$) com $p=0$; e Total, 96,06 ($\pm 8,74$) com $p=0$.

6 DISCUSSÃO

A fim de avançar no campo das ciências, a enfermagem orienta sua trajetória, como uma ciência única, desenvolvendo competências próprias, orientadas e contextualizadas pelas atuais necessidades nos diferentes campos da saúde, de modo que permita o encontro entre os resultados encontrados nas pesquisas e que reflitam na prática profissional, impactando positivamente o cuidado (SILVA, I. R. et al., 2017).

Dessa forma, é importante considerar as diversas faces do conhecimento científico, e valorizar cada conhecimento proposto como relevante e construtor de novas formas de cuidado. É importante discutir os resultados encontrados nas pesquisas, conhecendo as características de populações específicas, traçando o perfil social, epidemiológico, clínico e demográfico, inserindo novas proposições e possibilidades de intervenções a fim de dirimir as iniquidades em saúde, estando elas relacionadas ao aspecto psicossocial, epidemiológico ou clínico, associado a outros conhecimentos científicos já estabelecidos e ao mesmo tempo valorizando o saber do paciente (PIRES, 2013; SALVIANO et al., 2016).

A investigação por meio da coleta de dados exige uma discussão desses resultados, a fim de que sejam melhor conhecidas as características de determinada população, que no caso deste estudo refletirá uma amostra de pacientes internados na Clínica Cirúrgica em período pós operatório de cirurgias diversas que envolvem a retirada de órgãos.

A realização desse estudo é influenciada pelo atual cenário de procedimentos cirúrgicos cada vez mais realizados, demandando também o crescimento da qualificação profissional (MOURA; MENDES, 2012). Tendo em vista os aspectos fisiológicos que envolvem os procedimentos cirúrgicos, deve haver cada vez mais um movimento que vá de encontro aos aspectos psicológicos envolvidos nessa dimensão. A incerteza vivenciada por esses pacientes, necessita ser melhor conhecida e amplamente divulgada para que também esses aspectos ganhem destaque no cenário assistencial (MISHEL, 1988).

A seguir serão discutidos os resultados obtidos, que refletirão a ordem de apresentação das tabelas, iniciando com a caracterização do perfil sócio econômico clínico e demográfico da amostra, seguido da discussão dos diagnósticos de enfermagem identificados com frequência acima de 50% e por fim a aplicação da escala da incerteza na doença e suas associações com as variáveis do estudo.

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Com relação às variáveis estudadas, a amostra revelou que o gênero majoritariamente predominante foi o feminino, representando mais de 70% da amostra. Esse dado corrobora com outras pesquisas envolvendo a temática (GIORDANI et al., 2015; MARTINS et al., 2017; SELL et al., 2016). Em outro estudo, realizado em um Hospital Universitário, houve predominância do sexo feminino, representando 80% dos pacientes estudados (MATTIA et al., 2011). Em contra partida, um estudo para identificar o perfil de pacientes em unidade de Clínica Cirúrgica, evidenciou predominância do sexo masculino na amostra (MUNHOZ et al., 2018). Uma das possíveis explicações para esse resultado é que as mulheres tendem a buscar mais os serviços de saúde comparadas aos homens, justificado muitas vezes pela associação entre o ser mulher e o cuidado, mesmo o cuidado consigo mesmo, considerado um atributo feminino, e que o homem representado culturalmente pela força, virilidade e invulnerabilidade não necessitaria da busca por sua saúde. E isso consequentemente reflete no não diagnóstico e tratamento dos agravos em saúde. Outra associação encontrada na literatura está relacionada ao medo de descobrir que a saúde não vai bem, embora esse sentimento seja comum a ambos os gêneros (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Quanto à faixa etária da amostra, a média de idade foi de 51,9 anos. Houve predominância entre pacientes com as faixas etárias de 41 a 50 anos, seguido da faixa etária entre 61 a 70 anos. A idade mínima encontrada foi de 18 anos e a máxima 87, demonstrando uma grande dispersão entre as idades dos participantes da amostra. Um estudo quantitativo realizado em uma Unidade de Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário de grande porte no Rio Grande do Sul, corroborou com a média de idade semelhante a do atual estudo, com mediana de idade de 55,5 anos (MUNHOZ et al., 2018).

Dados sobre o perfil de cirurgias de um hospital escola na região Sul do Brasil, também evidenciou pacientes na faixa etária adulta, predominantemente (MARTINS et al., 2017). Se tratando da população de idosos, a presente pesquisa revelou que são responsáveis pela segunda maior porcentagem de faixa etária mais predominante, eles representam a caracterização do envelhecimento populacional e a tendência a maior predominância na população mundial. Apesar do aumento da expectativa de vida, acompanha proporcionalmente em termos de saúde a elevação das doenças crônicas degenerativas associadas aos agravos do envelhecimento, bem como o aumento das internações hospitalares acompanhado da elevação do número de

procedimentos cirúrgicos, como um recurso terapêutico que oferece diversas finalidades, por exemplo, no diagnóstico de doenças e em seu tratamento (MENDOZA; PENICHE, 2009).

Com relação à escolaridade, uma quantidade significativa de participantes caracteriza-se com baixa escolaridade (41,7%), embora 41,7% possuam o ensino médio completo. Uma pesquisa com pacientes oncológicos cirúrgicos evidenciou que a escolaridade dos seus participantes em sua maioria também foi baixa, 47,6% apresentavam apenas o 1º grau (COSTA; LEITE, 2009). Houve baixa porcentagem de pacientes que concluíram o ensino superior (10%), o que tem sido demonstrado em diversos trabalhos, onde no geral a escolaridade dos participantes não ultrapassa o ensino fundamental ou médio (JANSSEN et al., 2015; MARTINS et al., 2017; SELL et al., 2016). Dados da CODEPLAN (2014) destacam que embora o Distrito Federal seja citado como um território livre de analfabetismo pelo Ministério da Educação (MEC), mesmo tendo recebido um selo de reconhecimento para esse fim em 2013, muitas são as disparidades encontradas quando analisados os diferentes achados da literatura.

A baixa escolaridade apresentada pela maioria dos pacientes pode influenciar em um importante diagnóstico de enfermagem, o Conhecimento deficiente (APOSTOLO et al., 2007). A dificuldade em entender o que lhe é dito por problemas cognitivos ou recursos limitados, pode estar relacionado a esse diagnóstico.

Estudo de APOSTOLO et al. (2007), relata que a falta de informação sobre a saúde antecede a incerteza pois não permite ao paciente a própria elaboração de um quadro de referência, e este dado está associado intrinsecamente à qualidade da informação recebida, que refletirá na compreensão ou não das falas direcionadas ao paciente. Essa condição geradora do diagnóstico conhecimento deficiente pode ser facilmente corrigida, por meio da boa comunicação entre profissional de saúde e paciente, pois a compreensão das informações não depende diretamente do grau de escolaridade, mas sim fazer-se compreender.

A concordância do paciente na aceitação da terapêutica proposta está diretamente relacionada às suas condições sociodemográficas e clínicas, pois essas variáveis são consideradas relevantes na adesão dos tratamentos (APOSTOLO et al., 2007).

A etnia dos participantes mostrou-se variada, com predominância de pardos, negros e brancos. O Distrito Federal no ano de 2010, era caracterizado por uma população de mais de 2,5 milhões de habitantes, sendo que 56,2% eram negros ou pardos. A predominância das etnias citadas dá-se pelas características miscigenatórias ocorridas em todo o país, refletidas no

Distrito Federal. Ressalta-se que a informação de raça/cor é autodeclarada, influenciada pela subjetividade do entrevistado (CODEPLAN, 2014).

Quanto ao perfil religioso, as denominações cristãs católica e protestante ganharam destaque, católicos com 61,7%, seguido da protestante 26,7%. Uma porcentagem de 8,3% de participantes declarou não possuir religião. A prática religiosa é comumente observada entre a população idosa do Distrito Federal. Dados da CODEPLAN (2013) revelaram que a maior predominância entre as religiões no território é a católica, seguido da evangélica, dado que ratifica o perfil religioso estudado. Pesquisas evidenciam a transição do perfil religioso da população, com uma oscilação numérica entre as diferentes religiões (CAVENAGHI; CARVALHO, 2017; CODEPLAN, 2013). A religião é um discurso presente na fala de muitos pacientes que vivenciam o adoecimento, pois a fé oferece suporte, alívio e conforto (BEGOSSI, 2003). Ainda que a Teoria da Incerteza na Doença não faça alusão direta à religião, podemos relacioná-la como uma possível estratégia para geração de novas perspectivas.

A maioria dos participantes da amostra é casada, assim como demonstram outros estudos (JUNGES et al., 2016; VASCONCELOS; NETO, 2008). Em relação à situação conjugal, pesquisas apontam que a união estável, está relacionada ao maior apoio social (CAVENAGHI; CARVALHO, 2017; JUNGES et al., 2016).

Pode-se relacionar esse dado a outra variável estudada: rede de apoio, que esteve presente em 90% dos participantes. A rede de apoio pode ser caracterizada por cônjuges, familiares e amigos presentes na família que contribuam com os cuidados em saúde e atuem como suporte emocional. Junges et al. (2016) relatam que os pacientes revelam uma menor incerteza relacionada a presença de apoio sócio familiar. Estes resultados podem demonstrar o apoio familiar vivenciado pelos pacientes, o que lhes permite revelar as suas emoções. A TID trabalha um importante conceito, que se relaciona diretamente a essas variáveis, os fornecedores de estrutura, que atuam como suporte e representam os recursos existentes auxiliando na interpretação do quadro de estímulos (MISHEL, 1988).

Dos participantes do estudo, 40% possuem de 2 a 3 filhos, e 25% de quatro a sete filhos. Apesar da tendência a redução do número de filhos nas famílias brasileiras, nota-se que uma importante porcentagem dos participantes da amostra é de idosos, o que justifica a elevada quantidade de filhos pelo perfil de famílias numerosas no passado (TOMASSINI; WOLF, 2000).

Quanto à naturalidade, a maioria dos participantes foi proveniente do Nordeste brasileiro (46,7%), seguido da região Centro-Oeste (36,7%). Uma pesquisa realizada no Distrito Federal intitulada: Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal (PDAD/DF2015) de autoria da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) realizou levantamento, revelando que 51,8% da população residente do Distrito Federal são imigrantes, sendo que 52,15% são oriundos da região Nordeste do país.

Quanto à ocupação dos participantes da pesquisa, a maioria encontra-se aposentada (35%), fato justificado pelas doenças de base da população do estudo e também pela faixa etária significativa de idosos. A porcentagem da população ativa foi de 28,3%, relacionada à faixa etária de adultos em idade produtiva e os desempregados representaram 20%. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016), os aposentados já representam 17% da população brasileira. Informações da Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) demonstraram em 2017 que o índice de desocupação nacional foi de 13,7% (BRASIL, 2016), dado esse, inferior ao encontrado no estudo, o que representa uma das mazelas da população brasileira, que além de vivenciar o sofrimento associado ao adoecimento sofre com condições sociais injustas representadas pelo desemprego e falta de renda.

Em relação à renda, há pesquisas que demonstram grandes disparidades regionais, revelando rendas que vão de um extremo ao outro, refletindo as desigualdades distributivas (CODEPLAN, 2014). Países da América Latina, como o Brasil, destacam-se pelas evidentes disparidades de renda, sendo que pesquisas destacam que mais necessário do que conhecer a pobreza é conhecer a distribuição da riqueza, sendo o Brasil conhecido por um país que concentra riquezas. O presente estudo revelou que 41,7% recebe de um a dois salários mínimos e que 23,3% dispunha de uma renda inferior à um salário mínimo. Dados da PNAD Contínua demonstram que a renda média do brasileiro está em torno de 2.110,00 reais, aproximadamente de dois salários mínimos (BRASIL, 2016). Sabe-se que a estabilidade financeira é um determinante em saúde, pois é capaz de estabelecer relações com o perfil de saúde de uma população, estudos internacionais apontam que a renda é o principal fator para acesso aos serviços de saúde (CHIAVEGATTO FILHO et al., 2015).

Em relação às condições sanitárias e de tratamento de água, 81,7% possuíam água tratada, 75% rede de coleta de esgoto e mais de 80% possuía o serviço de coleta de lixo. Os que não dispunham de coleta de lixo, moravam em áreas rurais e queimavam seus rejeitos. A fonte de água dos que não possuíam água tratada era a cisterna, com uso da fervura da água para o

consumo. Esse dado demonstra uma boa cobertura sanitária nas localidades dos residentes, mas ainda, com uma importante porcentagem descoberta por esses serviços essenciais. Dados nacionais representam na região Centro-Oeste uma cobertura de 97,8% de água tratada, 48% de esgoto e mais de 90% de coleta de lixo (BRASIL, 2013). Sabe-se que as condições sanitárias de uma região estão diretamente ligadas à qualidade de vida e saúde dos moradores do local. Uma baixa cobertura sanitária representa altos índices de adoecimento populacional (MAGALHÃES et al., 2015). Quanto ao número de cômodos descritos nas moradias dos participantes, mais de 50% dos participantes habitavam em locais com mais de seis cômodos.

6.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA

6.2.1 Características clínico-epidemiológicas pré-existent

No estudo, 81,7% dos participantes apresentaram tempo de internação até a coleta dos dados de 3 a 4 dias, representando um curto período de internação, sendo uma das possíveis causas, os tipos de procedimentos cirúrgicos realizados. O tempo de internação de 5 a 10 dias, concentrou 16,7% dos participantes. São muitas as situações e os tipos de cirurgias que requerem diferentes acompanhamentos no pós-operatório. Cirurgias minimamente invasivas possibilitam uma rápida recuperação dos parâmetros fisiológicos, o que pode diminuir o tempo de internação (LIMA; CARVALHO, 2003). A literatura traz exemplos como a colecistectomia e apendicectomia que levam em média 4 dias de internação, dado que corrobora com o tempo de internação encontrado (SOUSA et al., 2012). A complexidade do tratamento influencia no tempo de permanência no hospital (LIMA; CARVALHO, 2003). Na pesquisa com desenho prospectivo promovida por Salomão et al. (2006) com 1912 participantes internados na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário no período de 2002 a 2004, revelou que o tempo de hospitalização nos pacientes com mais de 65 anos foi significativamente maior que na população de menor faixa etária.

Sabe-se que o tempo de internação pode influenciar na ocorrência de fatores de risco como a infecção; e a recomendação para cirurgias eletivas é de internação o mais próximo possível do momento da cirurgia (SOBECC, 2013). É muito importante conhecer o perfil de cirurgias dos hospitais, para o melhor planejamento da assistência de enfermagem, e aumento das possibilidades de intervenção, tal como a orientação, anterior a alta do paciente na busca de

informá-lo sobre as recomendações necessárias à sua recuperação e diminuição das dúvidas e incertezas.

A respeito das condições patológicas pré-existentes nos participantes, 45% apresentaram de 1 a 3 comorbidades, seguido por 28,3% não apresentando nenhuma condição patológica pré-existente. Constatou-se que 16,7% demonstrou possuir de 3 a 5 condições patológicas e 10% contabilizou mais de 5 comorbidades. A maior porcentagem apresentada corrobora com o estudo de Paranaguá et al. (2016), que ao levantar os indicadores de assistência em uma Clínica Cirúrgica, identificou que 41,6% dos pacientes apresentaram comorbidades. As informações sobre comorbidades possuem um alto nível de importância para o planejamento da assistência ao paciente e isso poderá influenciar na avaliação das respostas do paciente. Outro estudo demonstra a presença de comorbidades em 50% dos pacientes que seriam submetidos à cirurgia. A presença de condições pré-existentes pode influenciar na ocorrência de complicações de ordem funcional (MARTINS et al., 2017).

As doenças crônicas não transmissíveis foram identificadas nesse estudo como as principais causas das condições patológicas pré-existentes. As DCNT são responsáveis pela maioria dos casos de morbimortalidade na população brasileira. Segundo a Organização Mundial de Saúde, chegam a corresponder a 75% dos óbitos. Elas se subdividem em quatro grupos: cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica e diabetes. Elas afetam principalmente países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. O Governo Brasileiro possui um Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil - 2011-2022, que objetiva investimentos e ações necessárias para o enfrentamento a esses grupos de doenças e seus fatores de risco modificáveis que são: tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e má alimentação (BRASIL, 2011b; DUNCAN et al., 2012; MALTA, et al., 2016; WHO, 2014).

As condições patológicas mais prevalentes no estudo foram: Tumor/Câncer/Nódulo (66,7%), Depressão/Transtornos de humor (41,7%), seguido de Hipertensão Arterial Sistêmica (31,7%) e Diabetes *Mellitus* (20%). No estudo de Martins et al. (2017) realizado em duas unidades cirúrgicas de um Hospital Escola no Sul do Brasil com relação ao perfil de comorbidades dos participantes, constatou-se que as mais prevalentes foram: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes *Mellitus* e tabagismo. A obesidade, a má alimentação, os estilos de vida prejudiciais à saúde, representam importantes temas que necessitam ser modificados nas práticas dos brasileiros, justamente pelas características sociodemográficas e regionais

heterogêneas encontradas em todo o país, práticas essas relacionadas aos problemas da sociedade subdesenvolvida demonstradas pelo perfil socioeconômico educacional encontrado, que influencia no seguimento das práticas recomendadas (FERLAY et al., 2015).

Os elevados valores encontrados para tumor/câncer/nódulo são explicados pelas alterações no perfil epidemiológico e demográfico da população mundial e apontam para um maior crescimento do câncer nas próximas décadas (BRASIL, 2017; FERLAY et al., 2015), sendo responsável por mais de 20% das DCNT.

Quanto as condições patológicas de maior porcentagem encontrada na pesquisa, a depressão/transtornos de humor ganham destaque por serem os distúrbios emocionais mais associados aos acometimentos físicos. Estudo realizado com pacientes no período pré-operatório demonstrou que 44,3% deles apresentaram ansiedade ou depressão, dado que corrobora com esse estudo. Alta prevalência pode ser explicada pela antecipação da dor, medo da morte, temor de tornar-se dependente. Outra possível explicação para esse dado é a relação com as doenças de base pré-existentes, muitos pacientes já conviviam com a depressão anteriormente a cirurgia, muitas vezes relacionado ao sofrimento da convivência com essas condições, adicionando-se a isso dificuldades intrafamiliares de ordem financeira, social e emocional (MARCOLINO et al., 2007).

A hipertensão e o diabetes, com distribuições respectivas de 31,7% e 20%, juntas representaram 51,7% das condições patológicas pré-existentes mais frequentes. Essas morbidades são conhecidas por representarem uma grande questão para a saúde pública, pois são cada vez mais incidentes na sociedade, justificadas pelo envelhecimento populacional e aumento nas taxas de sobrepeso e obesidade (ALESSI et al., 2013). Para pacientes diabéticos estima-se duas a três vezes mais chances de desenvolvimento da hipertensão arterial que na população geral. A presença dessas duas condições eleva o risco de eventos cardíacos tais como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e demais doenças cardíacas e renais (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

A hipertensão arterial torna-se especialmente um desafio ao paciente cirúrgico, essa avaliação faz parte do risco cirúrgico. Muitas vezes essa condição representa frustrações ao paciente que pode ter seu procedimento cirúrgico adiado ou suspenso, e realizar cirurgias nessa condição, pode elevar o risco de complicações pós-operatórias (ROCHA, J. C.; ROCHA, A. T., 2000).

Complicações como o diabetes podem levar ao aumento de complicações pós-operatórias, como o aumento do tempo de permanência hospitalar. As chances desses pacientes necessitarem de um procedimento cirúrgico durante sua vida são maiores do que na população geral (PAIVA, 2004).

Os pacientes portadores de tais condições necessitam ser preparados para o ato cirúrgico, por exemplo, um paciente diabético tipo 1 não poderá tolerar longas horas de jejum sem o correto preparo com o aporte nutricional anterior indicado para sua situação (LEVETAN; MAGEE, 2000).

O estresse cirúrgico enfrentado, também é uma condição relevante, condicionado a incerteza na doença, gera impactos na condição orgânica do paciente, como na ativação do sistema nervoso simpático que aumenta a pressão arterial e libera hormônios relacionados ao estresse como catecolaminas, cortisol e glucagon (LEAHY; BONNER-WEIR; WEIG, 1992).

No que se refere ao uso contínuo de medicamentos para o controle das condições pré-existentes, ou mesmo para o controle dos sintomas dos procedimentos cirúrgicos realizados, observou-se uma variedade destes, sendo então distribuídos por classes terapêuticas. Os analgésicos foram utilizados em 93,3% dos participantes, assim como os antieméticos que foram administrados em 83,3% dos participantes cirúrgicos, provavelmente por serem administrados para minimizar os problemas decorrentes dos procedimentos cirúrgicos e da anestesia. O uso de protetor gástrico foi identificado em 48,3% dos participantes, seguido pelo uso de anti-hipertensivos (43.3%).

A ocorrência de dor, com a elaboração do diagnóstico Dor aguda no período pós-operatório, foi um dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes do estudo (90%), dado que justifica o elevado uso de analgésicos. Essa informação demonstra a importância de trabalhar o manejo da dor, pois poderá determinar o retardo da recuperação podendo influenciar no aumento da mortalidade dos pacientes, além da possibilidade da evolução para o estado da dor crônica (GARCIA et al., 2017).

A figura 17 sobre fontes de aquisição de medicamentos mostra que 45% dos participantes adquiriram medicamentos por meios próprios e pelo Sistema Único de Saúde, embora uma porcentagem semelhante de 41,7% adquiriu a totalidade de seus medicamentos por meios próprios. Apenas 13,3% têm a fonte de seus medicamentos acessada integralmente via farmácias integradas pelo SUS. Esse é um dado que chama atenção, de acordo com o

demonstrado sobre as informações socioeconômicas do estudo, ficou evidente que boa parte dos participantes do estudo encontrou dificuldades de aquisição de recursos financeiros ao ter que conviver com baixas rendas, muitos deles demonstram não ter dinheiro suficiente para alimentação, e ainda custeiam seus medicamentos que são muitas vezes expansivamente caros.

Hoje, a assistência farmacêutica pelo SUS é desafiadora por incluir uma grande demanda de recursos financeiros e estratégias de aperfeiçoamento da gestão desses recursos. A Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída em 1998, por meio da Portaria GM/MS n. 3916 (BRASIL, 2002b), estabelece a garantia necessária à segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos assim como, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) visa estabelecer essas garantias. No entanto, com destaque à garantia do acesso da população aos medicamentos torna-se claro, em consonância com o atual estudo, a comprovação do não acesso dessa população a esses recursos onde muitas causas podem ser levantadas.

Uma pesquisa que entrevistou mais de 10 mil pacientes para investigar qual a fonte de obtenção dos medicamentos para tratamento da hipertensão arterial no Brasil, comprovou que quase 30% da amostra estudada adquirem seus medicamentos exclusivamente em farmácias comerciais, e que uma menor porcentagem desses pacientes (22,7%) adquire seus medicamentos em farmácias do sistema público de saúde. Dados que podem ser corroborados com o atual estudo. O estudo citado ainda relata que a aquisição de medicamentos pelo Sistema Público de Saúde diminui de acordo com o aumento da escolaridade, o que pode ser relacionado à maior fonte de aquisição de renda (MENGUE et al., 2015).

Quanto aos hábitos de vida dos participantes da pesquisa, estudos já relataram o quanto influenciam na qualidade de vida da população. Hábitos de vida saudáveis evitam pacientes propensos ao risco de desenvolvimento de doenças. Nos resultados apresentados na tabela 4 (histórico/hábitos de vida), 45% dos participantes relataram fumar ou ter praticado o tabagismo, seguido do etilismo crônico com 11,7% de relatos. O tabagismo influencia no paciente cirúrgico como uma condição de risco para complicações cardiorrespiratórias (BARRETO, 2000).

É sabido que há existência de uma associação expressiva entre o tabagismo e as complicações respiratórias pós-operatórias. Posto que os sintomas respiratórios chegam a ser três a quatro vezes mais incidentes nos fumantes que aqueles que não fazem uso do tabaco (BARRETO, 2000). Uma coorte retrospectiva realizada em um Hospital Universitário sobre

complicações respiratórias no pós-operatório, com uma amostra de mais de 5 mil pacientes, demonstrou haver significância estatística entre o tabagismo e complicações respiratórias pós-operatórias. Dessa forma, a interrupção do hábito de fumar no período pré-operatório, especialmente por mais de oito semanas, diminui os casos e a intensidade dos sintomas e leva a uma menor incidência de complicações respiratórias (NETO; THOMSON; CARDOSO, 2005). Outro estudo, analisando a morbimortalidade de pacientes cirúrgicos constatou que o tabagismo esteve entre 43% dos homens e 71,4% das mulheres, demonstrando também que fumantes apresentam fator de risco para desenvolvimento de insuficiência respiratória especialmente na recuperação pós-cirúrgica (RIBEIRO et al., 2015).

O tabagismo e o consumo de álcool funcionam como indicadores para os hábitos de vida, pois são atribuídos como fatores de risco para o desencadeamento de diversas doenças crônicas (WHO, 2011).

Sobre número de cirurgias já realizadas, 31,7% foram submetidos a um procedimento cirúrgico anterior, 26,7% nunca haviam passado por cirurgias no passado, e 23,3% foram submetidos a dois procedimentos cirúrgicos previamente.

A literatura traz autores que discutiram sobre o estresse cirúrgico, sobre o impacto na qualidade de vida nos doentes. O número de antecedentes cirúrgicos pode influenciar em experiências posteriores. Um estudo de Alberti et al. (2014) relatou que pacientes sem experiências cirúrgicas prévias, reclamaram mais de dor do que os que já haviam vivenciado essa experiência, além de labilidade emocional, sentimentos de angústia, ansiedade o que pode ser explicado pelo fato de os pacientes cirúrgicos lidarem com um evento desconhecido e o fato das experiências anteriores possibilitarem criação de estratégias de enfrentamento e adquirir mais experiência com esse tipo de situação. O estudo ainda relata que os pacientes com cirurgias prévias não foram resistentes à operação ao contrário dos que nunca haviam passado por essa experiência. Esse estudo também demonstra que houve maior frequência de sintomas psíquicos em detrimento dos físicos.

Outro estudo envolvendo a MUIS destaca que pacientes com experiência de internações prévias, sobreviveram melhor a hospitalização, por apresentarem em seu esquema cognitivo um referencial anterior da experiência, resultando na redução do estresse (MISHEL, 1984).

A teoria de Mishel (1988) destaca que os antecedentes da incerteza indicados pelo marco de estímulos que trata sobre a tipologia dos sintomas e a familiaridade dos fatos, aborda que

quanto mais um fato é conhecido e vivenciado pelo paciente, menos chances terá de desenvolver um alto grau de incerteza gerada por uma situação desconhecida, e que essa condição pode se transformar em oportunidade, culminando na adaptação e no enfrentamento do sistema.

6.2.2 Diagnósticos médicos de base e cirurgias mais frequentes

A doença mais prevalente nos pacientes cirúrgicos desse estudo foi o câncer. Essa doença é responsável por cerca de 12% de óbitos em todo o mundo. A tendência é aumento desse número, e isso se dá pelos hábitos de vida da população conjuntamente a exposição aos fatores cancerígenos, suas condições sociais, econômicas e ambientais (DANAIEI et al., 2005).

No Brasil os diferentes tipos de câncer que tem afetado a população são reflexo da transição epidemiológica e demográfica sofrida pela população. O envelhecimento representa o aumento da expectativa de vida, mas ao mesmo tempo é verificado um aumento proporcional a ocorrência de doenças como o câncer. Ao passo que outros fatores estão fortemente associados a ocorrência de determinadas neoplasias, como por exemplo, as condições sócias econômicas precárias, associadas ao câncer de mama, próstata e cólon e reto, fortemente evidenciados nesse estudo (BRASIL, 2015).

A presença dessas doenças encontradas na população estudada é resultado de práticas como sedentarismo, má alimentação, consumo de álcool e outras drogas, possíveis ausências nas imunizações e doenças cardiovasculares. Esses exemplos representam práticas encontradas na população do atual estudo, o que pode indicar possíveis causas para tantas ocorrências (BRASIL, 2015).

Os diagnósticos médicos de base mais frequentes na amostra serão discutidos junto das cirurgias mais frequentes. Foram identificados na amostra 18 tipos diferentes de cirurgias, sendo as mais frequentes: histerectomia via abdominal, mastectomia, retossigmoidectomia, colecistectomia, gastrectomia, prostatectomia e salpingectomia. Estas cirurgias serão discutidas junto do diagnóstico de base que originaram esses tratamentos, por sua relevante prevalência na amostra.

A miomatose uterina, também chamada de leiomiomas, é caracterizada por tumores benignos originados de células do miométrio, responsáveis por uma parcela importante no aumento da morbidade em mulheres em idade reprodutiva, podendo assumir a forma sintomática ou não (BULLETINS-GYNECOLOGY, 2001).

É comum que mulheres entre 40 e 50 anos apresentem sintomas; faixa etária relacionada ao perfil encontrado no estudo atual. É detectada por meio de exames de imagem, como a ultrassonografia transvaginal ou mesmo a histeroscopia. Os riscos para o desenvolvimento de leiomiomas estão relacionados a nuliparidade, obesidade, consumo de carnes vermelhas, etnia (mulheres negras) e histórico familiar. Quando sintomática, a mulher pode manifestar sintomas como menorragia, sangramentos prolongados, anemia, dor e incontinência urinária, ocasionada pela compressão da bexiga pelo mioma (BORGFELDT; ANDOLF, 2000).

A histerectomia é um tratamento definitivo por encerrar as chances de complicações futuras, indicada para mulheres que não desejam mais ter filhos e que possuam sintomas importantes. É o tratamento de maior escolha, embora nem sempre as condições descritas para esse tratamento sejam as mais ideais, quando por exemplo a mulher em idade fértil tem que decidir entre a continuidade da sua fertilidade e conviver com sintomas desagradáveis ou eliminar as chances de fertilidade e encerrar os sintomas derivados da doença (MORONI et al., 2015).

A histerectomia é definida pela retirada cirúrgica do útero, podendo ser realizada por via abdominal ou vaginal. A via de acesso deve ser discutida com o paciente, mas a via ideal é incerta, pois depende de circunstâncias clínicas e das habilidades do cirurgião. No entanto, a literatura também apresenta que a histerectomia por via vaginal é de melhor escolha quando comparado a menores chances de sangramentos, tempo cirúrgico reduzido e menor custo de tratamento (DARAÏ et al., 2001; SESTI et al., 2008). É a cirurgia ginecológica mais realizada (SOUSA et al., 2013). Nesse estudo as principais indicações clínicas encontradas foram: miomatose uterina, sangramento uterino anormal e doenças malignas ou pré-malignas.

A retirada desse órgão pode resultar em conflitos interiores, medo, ansiedade e insegurança. A maior parte desses sentimentos está na maioria das vezes associada ao medo de mudanças nos padrões sexuais, além da associação entre perda da identidade feminina, mudanças nos padrões de relacionamento com o parceiro e medo de ser enxergada como uma mulher incompleta. Essas condições influenciam na recuperação pós-operatória e na qualidade de vida posterior a recuperação cirúrgica. Khastgir et al. (2000) relatam que a maior morbidez após a realização dessa cirurgia é a psicológica.

O câncer de mama é uma doença altamente incidente nas mulheres e estima-se que em 2018 haja uma incidência de 1020 novos casos a cada 100 mil habitantes, no Distrito Federal (BRASIL, 2018). É uma doença com bom prognóstico desde que detectada e tratada

precocemente, no entanto, as taxas de mortalidade só crescem por haver falha na prevenção primária e no rastreamento da doença, o que resulta em tratamentos mais agressivos e maiores chances de óbito. Em um estudo com 250 mulheres com diagnóstico primário do câncer de mama recrutadas de seis hospitais da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, evidenciou média de idade semelhante ao atual estudo, escolaridade e renda mensal. O estudo mostrou que desde a detecção da doença as mulheres levaram em média 90 dias para o início do tratamento específico, e que quanto menor a escolaridade maior o tempo demandado ao primeiro acesso ao tratamento. Esse atraso de três meses para o início do tratamento traduz um aumento da chance de mortalidade em 12%. Outro aspecto levantado no mesmo estudo é que mulheres com indicação de tratamento cirúrgico, já apresentavam-se com estadiamento IV, o que corresponde ao avanço da doença e mau prognóstico (BARROS; UEMURA; MACEDO, 2013; TRUFELLI et al., 2008).

A mastectomia é um procedimento cirúrgico motivado principalmente pelo câncer de mama, que é responsável pela maior parte dos casos de mortalidade em mulheres com a doença, pois na maioria das vezes o diagnóstico só é revelado em estágios avançados da doença e como consequência, muitas mulheres são submetidas a cirurgia de retirada parcial ou radical da mama. Há sérias consequências e prejuízos relacionados a esse procedimento, tanto físicos quanto psicológicos. Quanto às complicações físicas, podem ocorrer infecções, limitações na mobilidade de membros superiores, dores e necessidade de reabilitação. Em relação aos aspectos sociais e psicológicos, esse tratamento demanda acompanhamento psicológico, necessidade de apoio emocional constante e de ressignificação do próprio corpo, pois não é incomum nos relatos das pacientes o termo mutilação corporal, perda da autoestima, amputação e autoimagem distorcida (FERREIRA; FRANCO; QUEIROZ, 2002).

A TID é um importante referencial teórico a ser contextualizado a esse tipo de cirurgia, pois os componentes da teoria, como os conceitos e postulados oferecem formas de reconstrução desses significados, como por exemplo os fornecedores de estrutura, autoridade credível, apoio social e fornecimento de informações podem culminar na nova perspectiva de vida (MISHEL, 1990).

O câncer colorretal é designado pela formação de pólipos que são projeções do intestino, classificados em neoplásicos e não neoplásicos. Estes são detectados em exames de rastreio, sendo a malignidade determinada pelo tipo de pólipo encontrado, quanto ao aspecto da lesão. Os fatores de risco associados a ocorrência da doença são: tabagismo, obesidade e histórico

familiar da doença. O rastreamento da doença é pela busca de sangue oculto nas fezes anualmente, seguido da colonoscopia ou retossigmoidoscopia para pacientes com o primeiro exame positivo (DIAS; GOLLNER; TEIXEIRA, 2007).

Já a estimativa realizada para o câncer de cólon e reto para o sexo feminino é de 120 novos casos a cada 100 mil habitantes para o ano de 2018, e para o sexo masculino 180 novos casos, para o Distrito Federal (BRASIL, 2017).

A retossigmoidectomia ou ressecção anterior do reto é motivada em muitos dos casos por neoplasias malignas colorretais. Costuma ter bom prognóstico quando diagnosticado no período inicial da doença. Estimou-se para o Brasil para o ano de 2016 16.660 novos casos da doença em homens. Por ser altamente incidente a doença possui protocolo de rastreamento pelo Ministério da Saúde, assim como para o câncer de mama e colo de útero. O procedimento cirúrgico é muito utilizado para o tratamento do câncer colorretal retirando a parte do intestino afetada e os linfonodos regionais (BASSE et al., 2005; BRASIL, 2011a; FERLAY et al., 2013).

Quando essa modalidade de tratamento é instituída, a ressecção de parte do intestino ocasiona temporariamente ou definitivamente um estoma, uma abertura externa para saída de suas excretas (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007). Ainda, outras patologias podem levar a necessidade de realização da retossigmoidectomia e instalação de colostomias, como por exemplo, complicações da doença de Crohn, retocolite ulcerativa e perfurações diversas (SOUZA et al., 2011).

As doenças que motivam esse tratamento cirúrgico são por si só altamente impactantes na vida dos pacientes que as vivenciam, associado a isso as opções de tratamentos na maior parte dos casos são complexas em seus aspectos práticos, trazendo consequências as condições emocionais dos pacientes. A recuperação desse tipo de cirurgia e readaptação com a inserção de uma estomia demanda muito do paciente fisiologicamente e psicologicamente (BECHARA et al., 2005).

Algo que causa muito impacto é a forma que a sociedade constrói seus hábitos e como os demonstra socialmente; o hábito de evacuar, por exemplo, é culturalmente associado a algo sujo, que deve ser realizado em âmbito privado, sendo um padrão estabelecido. Quando o trânsito intestinal tem que ser desviado do seu trajeto habitual por meio de um estoma, causa grandes impactos no paciente por ver a exteriorização de algo considerado sujo, feio ou ruim. Esses fatores devem ser levados em consideração na assistência de enfermagem desde a fase

pré-operatória. Imaginar que o paciente já refletiu o risco de instalação de um estoma, por assinar o termo de concordância cirúrgica que cita o fato, não é suficiente para ofertar informações precisas ao paciente. Além disso, permitir que expresse suas impressões sobre o que está acontecendo com ele e como irá interpretar isso em seu dia a dia é uma condição importante de apoio. Como profissionais da saúde é importante refletir com o paciente e com toda equipe qualquer condição que se distancie das regras culturalmente padronizadas, por gerarem diferenças que necessitam ser respeitadas e aceitas pela sociedade (BECHARA et al., 2005; SOUZA et al., 2011).

A colecistectomia é uma cirurgia motivada na maioria dos casos por colelitíase. A maior parte da realização dessa cirurgia é via ambulatorial, cerca de 87,7% dos casos. É comum que a necessidade desse procedimento surja a partir dos 35 a 55 anos (FELICIO et al., 2017). No SUS essa cirurgia é realizada com frequência; no ano de 2008 foram realizadas cerca de 18 mil colecistectomias. Pode ser realizada por duas vias, a aberta e a por vídeo, a diferença entre as duas técnicas é que a via - vídeo é minimamente invasiva, diminuindo o tempo de internação, e melhor recuperação, a aberta também possui suas vantagens, apesar do maior rompimento da integralidade da pele, o que determinará a técnica empregada é a decisão entre o paciente e cirurgião. A cirurgia trata da retirada da vesícula biliar, para aliviar os sintomas gerados pelos cálculos e permitir maior liberdade na dieta. Sua finalidade é motivada por retirada de cálculos biliares, colecistite ou até mesmo por neoplasias. Apesar da cirurgia demonstrar baixos índices de mortalidade, o ato cirúrgico por si só, já gera medos e incertezas nos pacientes (BARRETO et al., 2010). Dessa forma a literatura apresenta que os profissionais de saúde devem preocupar-se com esses aspectos, tanto quanto com os aspectos técnicos do cuidado, assim, é importante não negligenciar as condições psicológicas em detrimento das físicas (GREEN; MONTAGUE; HART-JOHNSON, 2009).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de cálculos estão relacionados ao perfil nutricional e também as comorbidades dos pacientes. Obesidade, tratamento hormonal, diabetes *mellitus* e multiparidade podem estar relacionados ao surgimento de complicações na vesícula (BRUNNER; SUDDARTH, 2012), dados evidenciados na atual amostra.

Em estudo que avaliava a necessidade de informação ao paciente em pré-operatório de colecistectomia evidenciou-se que a maior parte dos participantes era de mulher, na faixa etária entre adulto/idoso e casada, perfil que corrobora com o atual estudo (BARRETO et al., 2010). Nos resultados apresentados pela pesquisa elegeram-se categorias de assuntos que são

necessários serem melhor discutidos com os pacientes na oferta de informações relacionadas a essa cirurgia, que foram: cirurgia/anestesia; recuperação pós-operatória e retorno as atividades laborais, orientações nutricionais, como se formam os cálculos biliares, risco cirúrgico e interferência das condições patológicas pré-existentes. O que demonstra que mesmo cirurgias consideradas simples podem desencadear dúvidas e receios. A oferta de informações é essencial para a boa assistência (BARRETO et al., 2010).

A gastrectomia consiste na excisão do estômago, geralmente motivada por adenocarcinoma em 95% dos casos. É uma doença que manifesta sinais e sintomas inespecíficos, tais como perda de peso, náuseas, sensação de empachamento e dores; em alguns casos já se detecta massa palpável e hepatomegalia, em estágios mais avançados da doença. O câncer de estômago tem como principal causa a bactéria *H. pylori*, sendo responsável por induzir uma intensa resposta inflamatória na mucosa gástrica podendo levar a ocorrência de úlceras gástricas, considerado um fator carcinogênico (COLDITZ; SELLERS; TRAPIDO, 2006). Para o Distrito Federal, estima-se 180 novos casos para homens a cada 100 mil habitantes para o ano de 2018 (BRASIL, 2017).

O diagnóstico é por meio da endoscopia digestiva e exames de imagem. O tratamento cirúrgico inclui a retirada parcial ou total do órgão. Estudo demonstra que essa patologia é mais incidente em mulheres, com idades superiores a 50 anos e com baixa escolaridade, além do hábito de fumar, e más escolhas nutricionais, o que corrobora com a amostra desse estudo (GUERRA; GALO; MENDONÇA, 2005).

O enfermeiro da área cirúrgica deve dar suporte ao paciente para que compreenda e escolha juntamente com a equipe multiprofissional a melhor opção para seu tratamento. O enfermeiro deve cumprir seu papel de educador em saúde intervindo em aspectos como ansiedade, estresse e os medos advindos da intervenção cirúrgica (SILVA, R. M. et al., 2017).

A hiperplasia prostática benigna junto com a neoplasia maligna da próstata foram responsáveis pela realização das prostatectomias do estudo.

A hiperplasia prostática benigna (HPB) é uma das doenças mais relatadas em pacientes do sexo masculino a partir dos 50 anos de idade, podendo levar a ocorrência de vários sintomas urinários, tal como incontinência e retenção urinária, interferindo na atividade de vida diária, como a regulação do ciclo sono vigília devido à noctúria. O diagnóstico pode ser clínico, baseado nos sintomas. É comumente realizado o toque retal, além de exames complementares

tais como exame de urina, função renal e ecografias, que podem ser utilizados no diagnóstico da doença. O tratamento pode ser medicamentoso ou cirúrgico. Quando cirúrgico pode ocasionar complicações como ejaculação retrógrada (50%), disfunção erétil (1% a 12%), sintomas miccionais, contratura do colo vesical (2,7%), infecção urinária e hematúria recorrente (AVERBECK et al., 2010; CUNNINGHAM; KADMON, 2011; GRATZKE et al., 2015).

A prostatectomia consiste na retirada da próstata do paciente motivada por causas diversas, sendo uma das principais o câncer de próstata. No Brasil, esse é o segundo tipo de câncer mais incidente nos homens, atrás somente do câncer de pele. Um dado curioso é que esse tipo de câncer é mais incidente em países desenvolvidos quando comparados aos países em desenvolvimento. É comum ser encontrado em pacientes idosos, ocorrendo geralmente acima dos 65 anos de idade. Espera-se que para o ano de 2018, 850 novos casos de câncer de próstata a cada 100 mil habitantes no Distrito Federal (BRASIL, 2017).

A realização da prostatectomia radical é o procedimento mais utilizado no tratamento do câncer, no entanto, pode levar a sérias consequências ao paciente, como por exemplo, incontinência urinária e diminuição da potência sexual. Estudos, utilizando a TID, avaliam os impactos dessa cirurgia na qualidade de vida dos pacientes que a realizaram, demonstrando graus significativos de incerteza entre os participantes, o que se justifica pelo alcance das consequências cirúrgicas, explicadas por questões culturais, altamente impactantes para os homens (FREDERICKS et al., 2010; McCORKLE et al., 2007). A possibilidade de disfunção erétil, ejaculação precoce e sintomas miccionais, aumentam a resistência e o medo desse tipo de tratamento (AVERBECK et al., 2010).

A educação em saúde e aconselhamentos constantes são essenciais no acompanhamento de homens submetidos a essa cirurgia. O auto cuidado assimilado pelo paciente pode aumentar as chances da recuperação. A consciência das consequências e sobre o que fazer com elas tornará o paciente mais seguro (MATA et al., 2014).

Um dos estudos de Mishel et al. (2002) com homens prostatectomizados utilizou como método de intervenção, ligações telefônicas em que uma enfermeira avaliava a preocupação e incertezas relacionadas ao câncer, oferecia conjuntamente orientações para melhora da disfunção erétil, como os exercícios de Kegel e métodos de comunicação efetiva entre os familiares para que discutissem os sintomas no gerenciamento dos problemas. Como resultado, foi demonstrada a diminuição dos sintomas e o grupo das intervenções relatou controle sobre o desejo miccional e redução da incerteza na doença.

O câncer de ovário não é frequentemente detectado, por ser difícil de ser diagnosticado, incluindo poucas chances de cura, por apresentarem-se em fases avançadas da doença quando detectado. Influências hormonais, ambientais e genéticas podem tornar-se fatores de risco para o desenvolvimento da doença, assim como a nuliparidade, histórico de câncer de mama ou colorretal. Para o câncer de ovário a estimativa de novos casos para 2018 é de 120 a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2017).

A salpingectomia e ooforectomia, assim como outras cirurgias relacionadas ao sistema geniturinário, estão associadas a aspectos sociais e culturais fortemente enraizados, despertando preocupações quanto à fertilidade, feminilidade e sexualidade. A retirada das trompas, do útero e da mama é relatado na literatura como algo que provoca a sensação de vazio e perda de parte de si mesmo (SILVA; VARGENS, 2016).

Os sentidos da retirada de um órgão, especialmente para uma mulher, estão relacionados cultural e socialmente a construção do ser feminino, que traçam suas características naturais e biológicas, especialmente, no que concerne a capacidade de gestar e nutrir (SILVA; VARGENS, 2016).

O atual modelo de saúde é reflexo de um sistema fragmentado, que trabalha com partes, não interagindo com o todo. A literatura reflete que em cada atendimento em saúde, quando na prestação do cuidado, se fragmenta a assistência, lançando o olhar somente para o útero, a trompa ou o ovário que será retirado e, não, para o paciente integralmente. Ou seja, ocorre a hipervalorização dos componentes biológicos em detrimento do todo (SILVA; VARGENS, 2016).

Quanto à análise dos indicadores antropométricos na amostra estudada, tal como o índice de massa corporal, tem-se que este foi calculado seguindo a proposta da Taxonomia da NANDA-I (NANDA-I, 2015). Esse índice representa uma importante medida de avaliação do peso e distribuição de gordura corporal e funciona como um preditor de morbimortalidade (MARIN et al., 2008).

Os pacientes foram estadiados segundo seu índice em: sem risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade. O índice classificatório de sobrepeso foi o mais incidente na amostra, que determina o IMC entre 25 a 30 Kg/m² com 40% de incidência nos participantes do estudo, seguido dos que não apresentavam risco de sobrepeso (< 25 Kg/m²) representando 35% dos participantes. A obesidade, não menos importante, foi constatada em 25% da população do

estudo. Dados esses que evidenciam a alta frequência de sobrepeso e obesidade na população. O índice de massa corporal (IMC), determinado pela relação entre o peso corporal e estatura é, na prática diária, amplamente utilizado, sendo um importante preditor do estado nutricional (MARIN et al., 2008).

Os resultados do atual estudo sugerem, fortemente, o que já foi dito em relação à prevalência das DCNT, pois muitas delas estão diretamente relacionadas ao aumento do peso. Isso se dá pelos hábitos alimentares e sedentarismo que frequentemente são encontrados entre os brasileiros. A obesidade na faixa etária adulta está em elevado crescimento. A importância do estado nutricional está atrelado ao comportamento funcional do organismo ao passar por uma cirurgia, que poderá influenciar nas respostas orgânicas às condições do trauma cirúrgico, no tempo de internação e na resposta ao tratamento. O estado nutricional do organismo é um fator relevante na reparação das feridas (ARMSTRONG et al., 2014). Um estudo transversal de abordagem quantitativa com pacientes cirúrgicos, demonstrou que 48,4% apresentou sobrepeso e 20,2% obesidade. Valores que são semelhantes ao atual estudo (ARAÚJO et al., 2014).

Em outra pesquisa realizada com o objetivo de relacionar o IMC com o risco de desenvolvimento da hipertensão arterial revelou que em cerca de metade dos homens e mais de um terço das mulheres, o IMC deu acima do limite superior dos parâmetros considerados normais, indo ao encontro dos resultados apresentados no presente estudo (ARAÚJO et al., 2014). Estudo observacional com delineamento transversal em um município brasileiro apresentou em seus resultados a relação entre a elevação do IMC com a média de renda. Logo, caracterizando a influência da obesidade com o valor da renda média. Dados demonstram que regiões em desenvolvimento, com populações de baixa renda, são mais propensas ao desenvolvimento da obesidade, pois tendem a ingerir alimentos com alto teor calórico por serem economicamente mais acessíveis (TEICHMANN et al., 2006). Essa explicação pode ser associada ao perfil dos pacientes desse estudo, que por suas condições de renda assemelham-se ao perfil econômico do estudo referenciado.

6.2.3 Aplicação das escalas de padrão de risco

Foram aplicadas seis escalas de avaliação: Escala de Morse, Escala de Braden, Índice de Katz, Escala visual/verbal numérica para mensuração da intensidade da dor, Mini Exame do Estado Mental de Folstein e Escala de Bristol. Essas escalas foram utilizadas para subsidiar a elaboração dos diagnósticos de enfermagem.

A Escala de Morse é um dos métodos utilizados para se avaliar o risco de quedas em ambiente hospitalar, sendo importante para se avaliar os indicadores relacionados à segurança do paciente nesse ambiente (MORSE, 1989). A Organização Mundial da Saúde reconhece a temática da segurança do paciente como um aspecto de extrema prioridade (BRASIL, 2013a; WHO, 2008).

Quanto ao risco de quedas mensurado nos pacientes do estudo, constatou-se que quase metade dos participantes apresentava moderado risco de quedas, e que mais de um terço deles (33,3%) apresentava alto risco de queda. Um estudo quantitativo, transversal desenvolvido na Clínica Cirúrgica de um hospital de médio porte, com 627 participantes, detectou 30,1% com risco moderado e 31,7% com risco elevado para quedas. O estudo ainda revelou associação positiva entre idosos e o risco de queda, dado esse, que pode ser relacionado ao atual estudo que demonstra importante percentual de idosos e com risco de queda. O estudo ainda avaliou o fato da internação ser em uma clínica cirúrgica, revelando maior associação com o risco elevado de quedas e condição associada ao procedimento cirúrgico, por influenciar na memória, mobilidade física do paciente, junto aos efeitos dos fármacos anestésicos, bem como o controle algico, que potencializam esse risco (COSTA; FERREIRA, 2014).

Algumas comorbidades como o diabetes, estão associadas ao risco de quedas, pelas complicações fisiopatológicas que a doença produz, tais como retinopatia e neuropatia que afetam a visão e a sensibilidade de membros importantes para a locomoção (BITTENCOURT et al., 2017).

A escala de Braden avalia o risco de lesão por pressão a partir dos seis domínios: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Pode-se mensurar a presença ou ausência de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão (BRADEN; BERGSTROM, 1987).

O presente estudo demonstrou que 83,3% dos participantes não apresentaram risco para o desenvolvimento de lesão por pressão, corroborando com o estudo de Lopes et al. (2016), em que o escore médio da escala não conferiu risco. O desenvolvimento da lesão por pressão decorrente de posicionamento cirúrgico depende do tipo de cirurgia realizada, do posicionamento cirúrgico, o tempo demandado na cirurgia e do estado fisiológico do paciente (LOPES et al., 2016).

O Índice de Katz é amplamente utilizado na prática clínica, pois avalia o grau de dependência para o desenvolvimento das atividades de vida diária. Essas atividades relacionam-se ao autocuidado tal como banho, alimentação, continência, locomoção, uso do banheiro, vestir-se, transferência da cama para cadeira e vice-versa e higiene pessoal (AYKAWA; NERI, 2005; KATZ et al., 1963).

Sobre o Índice de Katz a maior parte da amostra mostrou-se independente para as atividades de vida diária. Estudo semelhante, demonstra que maioria dos pacientes internados na clínica médica de um hospital geral público apresentava comprometimento da mobilidade física. Esse dado pode ser explicado pelo perfil de pacientes atendidos em uma Clínica Médica em detrimento de uma Clínica Cirúrgica, onde o grau de dependência dos pacientes costuma ser variado (FRANÇA et al., 2013). É comum que durante a internação e recuperação cirúrgica algum membro seja afetado e se restrinja sua mobilidade momentaneamente ou permanentemente, e isso explica a porcentagem de quase um terço da amostra apresentar dependência moderada.

A escala de dor foi muito relevante para esse estudo, pois subsidiou um dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, denominado Dor aguda. A Escala visual/verbal numérica para mensuração da intensidade da dor, avalia de zero a dez o grau de dor do paciente, e o subdivide em: sem dor, dor leve, dor moderada e intensa. Para maioria da amostra a dor intensa foi frequente. A dor pós operatória é tipo mais prevalente de dor aguda. Traduz uma resposta autonômica, de ordem psicossomática ou de expressão comportamental advinda de uma resposta orgânica a uma lesão tecidual manifestada fisicamente e psiquicamente como algo indesejado e desagradável (FORTUNATO et al, 2013; SECOLI et al., 2009).

Quando não controlada, o paciente torna-se vulnerável ao estado de dor crônica pós-operatória, com impacto importante em sua qualidade de vida. A literatura aponta que nem todo paciente cirúrgico desenvolve dor crônica, no entanto, progressos no entendimento da neurobiologia desse tipo de dor incluem achados científicos de fatores de exposição, com impacto importante sobre a medula espinhal, elevando os mecanismos de aumento da dor (OLIVEIRA et al., 2013).

O controle eficiente da dor se traduz por uma analgesia bem planejada, que leve em consideração o grau de manipulação do procedimento cirúrgico, as áreas afetadas e o grau de intensidade da dor. O preparo do paciente para o bom controle algico se inicia desde o pré-operatório, orientando o paciente dessa possível ocorrência e as melhores estratégias de

enfrentamento, pois se sabe que a experiência sensorial da dor é subjetiva e necessita de um planejamento individualizado (PEREIRA, R. J. et al., 2013).

Quando o procedimento cirúrgico é realizado de forma ambulatorial, tem-se a possibilidade de preparo do paciente para esse momento (PEREIRA, R. J. et al., 2013; WHITE, 2008).

O Mini Exame do Estado Mental de Folstein demonstra-se amplamente aplicado em pesquisas na população em geral (BERTOLUCCI et al., 1994), e é utilizada em larga escala em idosos (ARGIMON et al., 2012; CANEDO, 2013; LOURENÇO; VERAS, 2006).

Nenhum paciente participante do estudo apresentou declínio cognitivo, de acordo com a aplicação do MEEM. Este foi um dos critérios de exclusão dos participantes do estudo, caso apresentassem algum déficit cognitivo. Foi aplicada para se constatar a ausência desse indicativo e confirmar se o participante do estudo encontrava-se apto para responder ao questionário.

A última escala a ser discutida é a escala de Bristol, que foi utilizada para subsidiar diagnósticos de enfermagem como constipação, risco de constipação e diarreia. A escala avalia a consistência das eliminações intestinais e dá sinais do hábito intestinal do paciente, que irá relacionar-se à frequência da evacuação e ao seu estado nutricional (MARTINEZ; AZEVEDO, 2012). O segundo tipo de Bristol mais frequente nesse estudo foi o tipo 2, dado que corrobora com o estudo de Jesus e Diniz. (2017). Os tipos 1 e 2 indicam estados ou tendência à constipação.

O formato das fezes pode sugerir diversas doenças intestinais, sua descrição pode ser determinante no diagnóstico de patologias relacionadas ao sistema gastrointestinal. A escala de Bristol é uma escala visual descritiva da aparência das fezes, pois apresenta figuras que correspondem aos sete tipos de Bristol (MARTINEZ, AZEVEDO, 2012).

6.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS, FATORES RELACIONADOS E FATORES DE RISCO

6.3.1 Diagnósticos de enfermagem identificados nos participantes

Os resultados apontaram para a distribuição de diagnósticos em praticamente todos os domínios da NANDA-I, excetuando-se apenas o domínio 13, visto que esse trata de condições de risco relacionadas ao crescimento e desenvolvimento, que não foram contempladas na população estudada.

Os demais domínios foram representados por pelo menos dois diagnósticos de enfermagem, dos quais Atividade/Repouso e Segurança/Proteção receberam o maior número deles, com 15 e 14 diagnósticos, respectivamente. Em se tratando de pacientes pós-cirúrgicos, esse dado apenas corrobora com as condições esperadas para esses pacientes, visto que os diagnósticos presentes nesses dois domínios referem-se às limitações na “produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos” (NANDA-I, 2015) e nos perigos relacionados à lesão física ou danos aos sistemas imunológico e cutâneo (BRUNNER; SUDDARTH, 2012).

O domínio Segurança/Proteção foi representado por cinco diagnósticos com frequências superiores à 50%, sendo que os demais, ou não tiveram ou receberam apenas um diagnóstico com prevalência maior que 50% da amostra, como o caso dos domínios Promoção da Saúde, Atividade/Repouso, Percepção/Cognição, Autopercepção, Enfrentamento/Tolerância ao Estresse e Conforto, todos com um diagnóstico de maior prevalência.

Segundo a NANDA-I (2015), os diagnósticos que pertencem ao Domínio Segurança/Proteção atendem à definição de “estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico; conservação contra perdas e proteção da segurança e da ausência de perigos”. Fizeram parte desse domínio os diagnósticos mais prevalentes: Integridade tissular prejudicada, Risco de infecção, Risco de sangramento, Risco de quedas e Dentição prejudicada. Os quatro primeiros intimamente relacionados ao cuidado do paciente cirúrgico (BRUNNER; SUDDARTH, 2012).

6.3.2 Diagnósticos de enfermagem mais prevalentes e seus componentes

Foram identificados 1022 diagnósticos de enfermagem arrolados a pesquisa, participando de 12 domínios da NANDA-I, e divididos nas tabelas em diagnósticos com foco no problema, risco (vulnerabilidade) e promoção da saúde. Foram encontrados 93 diagnósticos diferentes, e uma média de 16,39 diagnósticos por paciente. Em um estudo realizado em uma Clínica Cirúrgica com a participação de 250 pacientes, foram identificados 2973 diagnósticos

com mais de 50 enunciados diferentes (JUNTTILA et al., 2010). Outro estudo encontrou 301 diagnósticos de enfermagem para 28 pacientes (NOVAES; TORRES; OLIVA, et al., 2015). Ainda na literatura foi encontrado uma pesquisa realizada em Clínica Cirúrgica com o número amostral igual ao da presente amostra, e foi evidenciado 337 diagnósticos totais, sendo que a média desses diagnósticos foi de 5,6 por paciente, o que contrasta com o atual estudo em que a média de diagnósticos por paciente foi altamente superior (VOLPATO; CRUZ, 2007).

Serão discutidos os diagnósticos de enfermagem com frequência igual ou acima de 50% correspondente a 11 diagnósticos: Integridade tissular prejudicada, Risco de sangramento, Dor aguda, Risco de infecção, Conhecimento deficiente, Ansiedade, Dentição prejudicada, Estilo de vida sedentário, Risco de quedas, Insônia e Distúrbio na imagem corporal.

6.3.2.1 Integridade tissular prejudicada

O diagnóstico Integridade tissular prejudicada diz respeito ao domínio Segurança/Proteção pertencente à classe 2 (lesão física), e é definido por “Dano em membrana mucosa, córnea, tecido tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento.” (NANDA-I, 2015).

Esse diagnóstico foi encontrado em todos os participantes do estudo, justamente por estar associado ao procedimento cirúrgico realizado. Nesse estudo, todos os pacientes apresentaram a característica definidora ‘Tecido lesado’. O fator relacionado predominante foi ‘procedimento cirúrgico’.

Houve importantes variações na dimensão da integridade tissular prejudicada, algumas cirurgias demandaram dano extenso ao tecido lesado, implicando em uma importante ferida operatória, outras, no entanto, apresentaram apenas pequenas incisões, mas sempre acompanhado de retirada de um ou múltiplos órgãos, seja por via aberta ou por via videolaparoscópica. Cabe ressaltar, que a integridade também foi prejudicada em decorrência de outros procedimentos invasivos tais como: administração de medicamentos por via endovenosa e subcutânea, além da coleta de exames laboratoriais (BERTONCELLO; CAVALCANTI; ILHA, 2013).

O DE integridade tissular prejudicada é um dos mais incidentes em clínica cirúrgica (FONTES; CRUZ, 2007; SEGANFREDO; ALMEIDA, 2010). O exame físico na avaliação da pele pode indicar muitos dados a respeito da saúde geral, por ser o órgão mais extenso do corpo,

possuindo como funções a proteção, termorregulação, síntese de vitaminas e sensibilidade (MOORE; DALLEY, 2007).

Esse diagnóstico de enfermagem, chama a atenção do enfermeiro para o cuidado com a ferida operatória. Esse profissional deve estar atento a todas as fases do processo de cicatrização, observando a boa evolução e se a ferida está livre de sinais de infecção, o risco de sangramentos também deve chamar a atenção do enfermeiro, pois esta condição poderá interferir na boa evolução da cicatrização da ferida. Os cuidados no momento da realização do curativo, devem preconizar todas as boas práticas instituídas para o tratamento da ferida e não exposição a fatores que influenciam a ocorrência de infecções (FERREIRA; ANDRADE, 2006).

6.3.2.2 Dor aguda

O tratamento da dor no pós-operatório é essencial, por ser um fenômeno altamente presente, representando cerca de 80% dos pacientes que se submetem a alguma cirurgia (APFELBAUM et al., 2003). O diagnóstico de “Dor aguda” foi o segundo diagnóstico de enfermagem mais incidente entre os DE com foco no problema com frequência de 90%. É definido por “Experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível.” (NANDA-I, 2015). E conforme característica definidora ‘auto relato da intensidade utilizando escala padronizada de dor’, permitiu embasamento para o levantamento desse diagnóstico, além de outras características ‘foco em sim mesmo’ e expressões faciais de dor. A análise e a qualificação da dor aguda podem ser muito variadas e relacionadas ao intervalo entre as avaliações, assim como do instrumento utilizado para quantificação. A escala escolhida para essa avaliação foi a escala visual/verbal numérica para mensuração da intensidade da dor, que possui fácil entendimento e utilização, mensurando a dor de zero a dez (FORTUNATO et al., 2013).

A dor é uma experiência sensorial subjetiva, que implica, no caso do ato cirúrgico, em alterações fisiológicas e de caráter emocional que ao não serem adequadamente controladas, vulnerabilizam os doentes a complicações e podem prolongar o tempo de internação (SILVA; RIBEIRO FILHO, 2011). É um fenômeno muito constante no pós operatório e ainda muito

complexo para ser mensurado ou controlado e pode manifestar-se de muitas formas. Conforme dados coletados a partir das características definidoras da NANDA-I, evidenciou-se nos pacientes da amostra: foco em si mesmo, expressão facial da dor, gestos de proteção e posições para aliviar a dor.

A dor mal controlada está relacionada a participação do sistema nervoso simpático e consequente aumento da resposta hormonal ao estresse. Essa condição pode gerar inúmeros eventos indesejados no pós-operatório, tais como: isquemia miocárdica, arritmias cardíacas, hipercoagulabilidade, complicações pulmonares, elevação das taxas de delírio e infecção da ferida cirúrgica. Somando-se a isso a dor intensa afeta a satisfação dos pacientes, atrasa a deambulação precoce e está relacionada com o surgimento de dor crônica pós-operatória (HUANG; SAKATA, 2016).

O diagnóstico de “Dor aguda” apresentou frequência semelhante a de estudos similares, representado sempre como um dos mais prevalentes, fato que deve ganhar a atenção contínua do enfermeiro. O empenho profissional por meio da capacitação para o alívio da dor é extremamente importante, a fim de aumentar a qualidade da assistência ministrada (VARDER NIEUWENHUYZEN et al., 1995; PIMENTA, 1993). Em um estudo para estimativa da dor em pacientes em pós operatório foram avaliados mais de 100 mil pacientes de mais de 500 Centros Cirúrgicos distintos. Os pacientes informaram elevados escores de dor após cirurgias menores, incluindo apendicectomia, colecistectomia, hemorroidectomia e amigdalectomia, em detrimento de outras cirurgias de maior porte, que resultaram em menores escores de dor, dado associado ao correto manuseio da analgesia peridural (GERBERSHAGEN et al., 2013).

O controle algico pós-cirúrgico, tradicionalmente é obtido por meio de opióides, a exemplo da morfina, no entanto, seu uso está associado a possíveis eventos adversos, variando de náuseas, vômitos, problemas urinários e intestinais até depressão respiratória. O uso de opióides pode ainda influenciar no tempo demandado para extubação traqueal, devido à possibilidade de sedação excessiva associada à depressão respiratória (HUANG; SAKATA, 2016).

Além dos opióides, medicamentos anti-inflamatórios são um dos mais utilizados no tratamento da dor pós-cirúrgica. Ao passo que pode trazer complicações, tais como modificações na mucosa gástrica, função renal alterada e inibição da função de agregação plaquetária, o que restringe o uso desses analgésicos (HUANG; SAKATA, 2016).

O papel da enfermagem no controle da dor é de extrema relevância, pois essa área do conhecimento vem se construindo e consolidando para enfermagem, especialmente quando munida de conhecimento e técnicas adequadas, poderá intervir apropriadamente para maior conforto do paciente. Medidas não farmacológicas da dor são tão importantes quanto as farmacológicas, pois não oferecem muitas vezes riscos aos pacientes, entre essas medidas destacam-se a musicoterapia, a massagem terapêutica, a estimulação de pensamentos que aliviem a dor, a aromaterapia e o posicionamento que ofereça conforto. Os enfermeiros e sua equipe são os profissionais mais indicados para oferta dessas medidas, pois são eles que avaliam a intensidade da dor e suas características, além de serem os primeiros profissionais que recebem essa demanda dos pacientes (PAULA et al., 2011; POPOV; PENICHE, 2009).

Cabe destacar também que a dor pode interferir na avaliação do paciente sobre sua doença, contribuindo para aumentar a incerteza.

6.3.2.3 Conhecimento deficiente

É definido por “Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico”. Ele encontra-se no domínio Percepção/Cognição na classe cognição (NANDA-I, 2015).

As características definidoras encontradas nesse diagnóstico foram: Conhecimento insuficiente, Comportamentos inapropriados e Desempenho inadequado em um teste, sendo a primeira, a evidência de maior frequência (100%). Já os fatores relacionados foram: Informação insuficiente e Conhecimento insuficiente de recurso.

Esse foi um diagnóstico que se destacou no levantamento da pesquisa e esteve presente em grande porcentagem dos participantes (86,7%). Por meio dele é possível identificar comportamentos que se tornam obstáculos influenciando na adesão ou nas práticas das recomendações terapêuticas, muitas vezes influenciado pela dificuldade de memória em recordar informações ou fatos ou mesmo pela ausência de atratividade pelo conteúdo divulgado, influenciado muitas vezes pela limitação ao acesso às informações, por interpretações errôneas de dados ou ainda por um déficit cognitivo (PEREIRA; STUCHI; SENA, 2010). Durante a entrevista foi possível constatar, por meio das perguntas realizadas, a dificuldade na compreensão dos questionamentos, como por exemplo, o motivo pelo qual realizou o procedimento cirúrgico, ou se conhecia os cuidados pós-operatórios – em sua maioria as

repostas eram ligadas ao desconhecimento dessas informações, interpretações indevidas ou informações generalizadas.

Em uma pesquisa foi revelado a prevalência de 25% desse diagnóstico na amostra estudada, (PEREIRA; STUCHI; SENA, 2010) e isso se reflete em importantes impactos, pois a presença desse diagnóstico de enfermagem pode conjecturar o aumento de custos para o tratamento, quando o paciente não compreende sua terapêutica e resulta em comportamentos inadequados ou mesmo exagerados (MISHEL, 1988, 1990).

A informação insuficiente é apresentada como uma das grandes causas para o estabelecimento desse diagnóstico, e sendo fortemente associada a amostra do estudo. Em relação a atual pesquisa, muitos pacientes relataram não entender o porquê de estarem se submetendo a determinado procedimento cirúrgico, desconhecendo o que os levou àquela condição, ou compreendendo parcialmente, mas geralmente satisfeitos por conseguirem o atendimento pelo Sistema Único de Saúde.

A Teoria da Incerteza na Doença fala sobre as manifestações da incerteza em seus postulados. A incerteza poderá manifestar-se por meio da ambiguidade, complexidade, falta de informação e imprevisibilidade (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

A falta de informação é um grande gerador de incertezas. A teoria comenta que os profissionais da saúde, são importantes provedores de informações (GONDIM; CARVALHO, 2012; MISHEL et al., 2009). O provimento de informação é uma importante estratégia e frequentemente utilizada (BAILEY et al., 2004). Lembrando que ao comunicar informações ao paciente é importante que ele saiba interpreta-las, assimila-las e reproduzi-las; para isso o profissional de saúde deve utilizar estratégias para se fazer compreender. Muitos estudos descrevem experiências negativas com os provedores do sistema de saúde, reportando falta de informações ou informações parciais, muitas vezes não recebidas durante o tratamento. Estudos ainda revelam que é necessário um sincronismo entre a comunicação do profissional e do paciente, pois enquanto um está pensando em como gerenciar os efeitos colaterais de determinado tratamento, o outro pode estar pensando em seu tempo de sobrevivência, ou tempo de recuperação, nesse sentido é importante harmonizar o objetivo da comunicação (CLAYTON; MISHEL; BELYEA, 2006; SILVA, F.; SILVA, M.; GOMES, 2014).

Outro fator que pode influenciar nesse diagnóstico é o nível de escolaridade dos pacientes - este pode dificultar a compreensão das informações, assim como dificultar a

identificação de recursos para o gerenciamento de sintomas. Níveis educacionais podem afetar adversamente a comunicação entre paciente e profissional de saúde, podendo haver barreiras para a compreensão das opções de tratamento e gerenciamento de sintomas. Uma das possíveis razões é quando os pacientes não compreendem palavras e explicações e muitas vezes se sentem desconfortáveis pedindo esclarecimentos por se sentirem envergonhados (DAVIS et al., 2002; LERMAN et al., 1993).

6.3.2.4 Ansiedade

Encontra-se no domínio Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, na classe respostas de enfrentamento, e é definido por “Vago incomodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não especificada ou desconhecida para o paciente); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao paciente tomar medidas para lidar com ameaça.” (NANDA-I, 2015).

Esse diagnóstico foi detectado em 42 participantes (70%), sendo o que apresentou uma maior variedade de características definidoras, das quais foram mais prevalentes: incerteza, inquietação e preocupação. Os fatores relacionados mais frequentes foram: estressores e crise situacional.

O contexto do paciente cirúrgico é envolto de uma atmosfera cheia de sentimentos, como a ansiedade e a incerteza, que permeia os pensamentos e as expectativas para a realização do ato cirúrgico. Apesar de todo aparato existente, com tecnologias de alta densidade, que conferem cada vez mais novos avanços nos tratamentos, ainda hoje constitui-se em evento difícil para o ser humano. Uma cirurgia implica muitas vezes na perda temporária ou definitiva de algum membro, limitação na sua mobilidade, tempo restrito demandado a sua recuperação, e muitas vezes alto grau de estresse físico e psicológico. A falta de comunicação pode gerar importantes níveis de ansiedade, pois o imaginário do paciente formula resultados que não são esperados para determinada cirurgia. Ou mesmo, quando o procedimento cirúrgico é realizado e o paciente cria suas expectativas de resultados ótimos em determinado período de tempo e sente-se frustrado quando fica sujeito a algum evento adverso, como infecção do sítio cirúrgico ou quando algo repercute no funcionamento do seu sistema imunológico e em seu estado de bem estar geral (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

A ansiedade está presente especialmente na fase pré-operatória, mas permanece no pós-operatório, enquanto o paciente aguarda sua recuperação. A equipe de enfermagem desempenha funções decisivas na expectativa de minimizar a ansiedade, pois ela pode oferecer informações de qualidade que minimizem essa ansiedade, além de acolher o paciente com todos os seus sentimentos e demandas, tanto no pré-operatório, quanto no pós-operatório (GONÇALVES et al., 2016).

Contemplar os aspectos psicológicos do paciente é tão importante quanto estar munido do conhecimento da técnica cirúrgica que foi utilizada. Estar preparado para acolher as expectativas e emoções do paciente é exercer a enfermagem com conhecimento e humanização (PRITCHARD, 2009).

Estudo com pacientes em pré-operatório de cirurgias cardíacas demonstrou um elevado nível de ansiedade nesses, revelando que os enfermeiros devem incluir em sua abordagem a investigação da ansiedade na sua avaliação. Uma das estratégias para trabalhar com os pacientes que vivenciam a ansiedade é o *coping*, também citado na teoria da incerteza na doença, que significa enfrentamento, por meio do suporte social e familiar e utilizando recursos do próprio paciente, tal qual a religiosidade e espiritualidade (GONÇALVES et al., 2016).

Outro estudo, com pacientes cirúrgicos demonstrou que em mais de 30% dos participantes havia a presença da ansiedade, e que havia associação entre esse dado e a maior ocorrência de dor pós-operatória; ainda foi constatado que ansiedade foi mais prevalente nas mulheres (GONÇALVES et al., 2016; NAVARRO et al., 2011).

A característica definidora 'incerteza' esteve presente em muitos participantes. Kim, Lee R. e Lee K. (2012) destacam a ansiedade e a incerteza como manifestações possíveis, quando o paciente experimenta a incerteza advinda de uma doença ou tratamento, que poderá resultar em estresse que afeta a mente, o corpo e as relações sociais. Assim como demonstrado nesse estudo.

Os profissionais de saúde podem reduzir a incerteza fornecendo informações e oferecendo seu conhecimento sobre a doença. O suporte social e os fornecedores de estrutura auxiliam os paciente a reduzir o nível de ansiedade. A incerteza não resolvida pode resultar em um desajuste emocional ou ansiedade (MISHEL, 1983). Níveis elevados de incerteza estão altamente relacionados a ansiedade, depressão e desajuste emocional (McCORMICK, 2002).

Segundo Bay e Algase (1999), ansiedade pode ser definida como um estado de inquietação a uma ameaça potencial aos eventos esperados.

Definir a relação entre incerteza e ansiedade é importante, pois pode levar a estudos posteriores que enfocam a simultâneagestão da incerteza e ansiedade, bem como seu impacto na qualidade de vida (BAY, ALGASE, 1999).

6.3.2.5 Dentição prejudicada

É definida por “Ruptura nos padrões de desenvolvimento/erupção dentários ou na integralidade estrutural de cada dente”. Pertence ao domínio Segurança/Proteção na classe lesão física.

Esse diagnóstico foi identificado em 42 dos 60 participantes. As características definidoras mais comuns foram: ausência de dentes, dentes desgastados, halitose, cárie nos dentes, entre outros. Já os fatores relacionados foram: higiene oral inadequada, conhecimento insuficiente sobre a saúde dental, dificuldade de acesso a cuidados dentários profissionais, economicamente desfavorecido, entre outros.

A higiene oral precária, também é encontrada em diversos outros estudos (BALDANI et al., 2010; FERREIRA et al., 2009; REIS; MARCELO, 2006). No estudo de Volpato e Cruz (2007), com pacientes cirúrgicos, o diagnóstico de dentição prejudicada também foi um dos mais prevalentes, corroborando com os resultados do atual estudo.

O acesso a serviços odontológicos ainda é um desafio a ser vencido em nível nacional e local. Dados da Vigitel em Brasil (2010) demonstram que no Distrito Federal somente 6,2% da população consegue atendimento pelo SUS, sendo que mais de 50% da população do Distrito Federal necessitou de atendimento odontológico. Dessa forma, a outra alternativa que restou a população foi pagar pelos serviços na rede privada, o que ocasiona, gastos inapropriados gerados por um sistema que não alcança minimamente a população. Uma das informações mais citadas no estudo de Baldani et al. (2010) foi a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos e a insuficiência de recursos para atender a essa demanda, fazendo com que a população não tenha acesso a esses serviços, gerando péssimas condições na sua saúde bucal, pois nem mesmo orientações básicas são acessivelmente ofertadas.

Sabe-se que as condições da saúde-bucal do paciente o estão relacionadas a ocorrência de outras doenças, a má higiene bucal propicia o ambiente adequado para o crescimento

bacteriano, quanto maior a formação de biofilme, maior a possibilidade de interações entre bactérias residentes e outros patógenos, podendo levar a complicações como pneumonias e até mesmo infecções sistêmicas; além de que uma boa avaliação odontológica pode influenciar na não ocorrência de eventos adversos futuros, podendo determinar desfechos clínicos, reduzindo o que possa afetar o tratamento sistêmico (NOGUEIRA, 2016; PINHEIRO; ALMEIDA, 2014; VOLPATO; CRUZ, 2007). Essas condições são ainda mais preocupantes em pacientes cirúrgicos, que são expostos a procedimentos invasivos e necessitam de um bom estado geral, incluindo especialmente a boa saúde bucal.

Para a enfermagem é importante atentar-se a essas condições, avaliar e orientar em todo o período da assistência prestada as condições bucais do paciente e realizar os encaminhamentos necessários ao profissional da odontologia, tendo consciência de que é uma responsabilidade também inerente a enfermagem, como cuidado essencial (BALDANI et al., 2010).

6.3.2.6 Estilo de vida sedentário

“Refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física” (NANDA-I, 2015). Pertence ao domínio Promoção da Saúde da classe Percepção da saúde. As características definidoras encontradas foram: atividade física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade, falta de condicionamento físico e preferência por atividades com pouco esforço físico. Já os fatores relacionados foram: motivação insuficiente para a atividade física, interesse insuficiente pela atividade física, treinamento insuficiente para fazer exercício físico, conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde e recursos insuficientes para a atividade física.

Esse diagnóstico corrobora com os elevados níveis encontrados entre os pacientes que apresentaram sobrepeso e obesidade. Dados da Vigitel (BRASIL, 2013b), sobre a prática da atividade física na população adulta, relata estar presente em apenas 38,7% da população do Distrito Federal. Esse é um dado preocupante, pois além da atividade física associar-se a impactos positivos na saúde, ainda influencia no controle de peso, melhora de doenças crônicas como a hipertensão e diabetes.

Estima-se que cerca de 6% da população mundial são atingidas por doenças cardiovasculares devido a inatividade física (LEE et al., 2012). A literatura traz que o

sedentarismo gera altos custos nos tratamentos de saúde, pois a inatividade física leva a doenças de alta morbi-mortalidade acarretando em mais internações hospitalares e crescimento de gastos (LEE et al., 2012).

São muitos os fatores que influenciam na adesão às práticas esportivas, mas é preciso que os profissionais da saúde incentivem a participação da comunidade adequada ao seu contexto, para o abandono do sedentarismo. Programas como a academia da saúde, visam estratégias de promoção e produção do cuidado com a saúde, a partir da implantação de espaços públicos, gratuitos para prática dessas atividades (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011).

6.3.2.7 Insônia

É definida por “Distúrbio na quantidade e qualidade do sono que prejudica o funcionamento” (NANDA-I, 2015). Pertence ao domínio Atividade/Repouso, classe sono/Repouso. Esse diagnóstico apresentou as seguintes características definidoras, mais frequentes: alteração no padrão do sono, insatisfação com o sono, dificuldade para manter o sono e dificuldade para iniciar o sono. Os principais fatores relacionados foram: ansiedade, desconforto físico, agente farmacológico e atividade física diária média é inferior à recomendada para a idade e o gênero.

O sono é fundamental para a saúde humana, sua característica restauradora, conservação energética e proteção são essenciais. Existem altas taxas de distúrbios do sono, especialmente na população adulta, estima-se 15% a 27% na população mundial. No Brasil, essa estimativa é de aproximadamente dez a vinte milhões de pessoas. As consequências desse distúrbio variam de hospitalizações, ausências no trabalho, riscos de acidentes de trânsito e de desenvolvimento de distúrbios mentais, além de associações com depressão, ansiedade, irritabilidade, raiva, medo, fadiga, falta de energia e dores no corpo (MULLER; GUIMARAES, 2007).

Estudo envolvendo a aplicação da MUIS, com pacientes sobreviventes do câncer de mama, constatou-se que a fadiga, a insônia e as alterações de humor estão presentes como as manifestações mais deletérias a mente e ao corpo para os sobreviventes do câncer. Além disso, essa literatura sugere que esses sintomas são duas vezes mais presentes nos grupos sobreviventes do câncer de mama do que na população geral (HALL; MISHEL; GERMINO, 2014).

Esse diagnóstico esteve presente em mais de 50% dos participantes e representou a má qualidade do sono dos pacientes. Um estudo transversal com mais de 600 pacientes, obteve que quase 50% dos pacientes sofria insônia e que esse diagnóstico estava relacionado diretamente ao aumento de quedas nos idosos participantes do estudo (PEREIRA; CEOLIM; NERI, 2013).

Um dos fatores mais levantados relacionados a insônia foi a ansiedade e o uso de fármacos indutores do sono, como já foi exposto sobre a ansiedade, ela pode influenciar diretamente na qualidade de vida dos pacientes de uma forma geral, além de que a necessidade do uso desses fármacos evidencia a não resolutividade própria do paciente com esse distúrbio, tendo que recorrer a medidas mais interventivas. Observar o ciclo-sono-vigília do paciente é um importante cuidado de enfermagem, uma noite bem dormida determina a redução de labilidade de humor do paciente e aumenta sua disposição para recuperação (MULLER; GUIMARAES, 2007).

6.3.2.8 Distúrbio na imagem corporal

Esse diagnóstico está presente no domínio Auto percepção, classe: Imagem Corporal. É definido por “Confusão na imagem mental do eu físico” (NANDA-I, 2015). As características definidoras mais prevalentes foram: alteração na visão do próprio corpo, comportamento de reconhecimento do próprio corpo, ausência de parte do corpo e alteração em função corporal, enquanto que os fatores relacionados foram: procedimento cirúrgico, alteração na auto percepção, doença, alteração em função do corpo, regime de tratamento e trauma.

Esse diagnóstico se destacou em função da problemática do estudo, por envolver pacientes que sofreram retirada de um ou múltiplos órgãos. A retirada desses órgãos gerou incerteza e sofrimento em grande parte dos participantes, além das alterações sofridas pela própria doença de base. A aparência externa mostrou-se relevante nas mulheres pesquisadas, muitas demonstraram preocupações quanto ao aspecto exterior da cirurgia, receio de cicatrizes e outras marcas no corpo.

Após o procedimento cirúrgico, é provável que o paciente sinta dor, perda momentânea da função do órgão e algum nível de dependência de cuidados que influencia em suas atividades de vida diária; somando-se a isso é comum o receio da reincidência da doença, medo das limitações pós-cirúrgicas e sofrimento emocional. Essa escolha envolve riscos inerentes ao procedimento cirúrgico, tais como, complicações pós operatórias incluindo formação de trombos e êmbolos, deiscência da ferida e infecções, assim como de sentimentos de ansiedade,

tristeza, depressão e estresse psicológico (KIM; LEE, R.; LEE, K. S., 2012; McCORKLE et al., 2009).

Na presente amostra, muitas integrantes realizaram mastectomia total, onde passaram por uma alteração drástica da sua imagem corporal, e isso influenciou na forma como passaram a se enxergar, a ausência de uma parte do corpo que possui significados culturais e sociais pode afetar sua relação com a sexualidade e autoimagem (OLIVEIRA et al., 2010).

Estudo realizado com mulheres mastectomizadas evidenciou o diagnóstico Distúrbio na imagem corporal em sua amostra, e apontou que para o manejo dessa condição, são importantes as seguintes medidas: modificação da auto percepção, promoção da esperança, *copying*, presença de familiares e amigos, reforço positivo da autoestima, equilíbrio do processo familiar, maior socialização, estruturamento emocional, religiosidade e espiritualidade e melhoria da auto imagem corporal (RIBEIRO et al., 2016).

6.3.2.9 Risco de Infecção

O risco de infecção pertence ao domínio Segurança/Proteção, classe infecção. É definido por “Vulnerabilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde.” (NANDA-I, 2015). No presente estudo, esse diagnóstico esteve associado aos seguintes fatores de risco: procedimento invasivo, alteração na integridade da pele, tabagismo e obesidade.

É um diagnóstico de extrema importância, pois implica ainda mais atenção em razão dos procedimentos cirúrgicos realizados. Está associado a condições como a própria suscetibilidade do organismo, estado geral do paciente, condições nutricionais, faixa etária, comorbidades, entre outros fatores. Somando-se a isso, o risco de infecção pode estar associado à própria técnica cirúrgica empregada, à quebra da técnica asséptica, à antisepsia da pele, aos materiais esterilizados inadequadamente e ao tipo de classificação da cirurgia (SOUZA; CARVALHO; PALDINO, 2012).

Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as infecções de sítio cirúrgico, representam um dos grandes problemas relacionados à assistência hospitalar, sendo responsável por 17% das infecções. Esse dado é perturbante, pois pode levar a importantes consequências relacionadas a elevação das taxas de morbimortalidade, aumento dos custos de tratamento, prolongamento da internação hospitalar e aumento das chances de reinternação após a desospitalização (OMS, 2009).

Destaca-se a importância do processo de enfermagem, especialmente com o julgamento clínico e boas práticas de saúde, para observar e constatar a presença de sinais indicativos de infecção, através da coleta do histórico de saúde, exame físico, levantamento dos diagnósticos e planejamento das intervenções com avaliação das ações realizadas (PIVOTO et al., 2010).

Estudo feito em uma Clínica Cirúrgica demonstrou que o tabagismo apresentou forte associação com o risco de desenvolvimento de infecções, assim como obesidade. Condições clínicas pregressas como, hipertensão, tabagismo, obesidade e doenças crônicas, têm sido apontadas como responsáveis por maior predisposição às infecções (BITENCOURT et al., 2011; FALCI et al., 2011; PIVOTO et al., 2010). Pacientes tabagistas são suscetíveis à diminuição dos mecanismos de defesa do trato respiratório. Dessa forma, procedimentos como a intubação, com a finalidade da ventilação mecânica, necessária em muitos procedimentos cirúrgicos, levam ao risco de exposição das vias aéreas a microrganismos patogênicos aumentando as chances do desenvolvimento de agravos infecciosos (LEDUR et al., 2011).

6.3.2.10 Risco de sangramento

O risco de sangramento foi o segundo diagnóstico mais prevalente da amostra (98,3%) e ele é definido por “Vulnerabilidade à redução no volume de sangue que pode comprometer a saúde” (NANDA-I, 2015). O principal fator de risco encontrado foi o regime de tratamento, relacionado ao procedimento cirúrgico realizado, que implica riscos de sangramento especialmente no período perioperatório e pós cirúrgico, na cicatrização da ferida. Outros fatores de risco encontrados na amostra, ainda que em menores proporções foram: coagulopatia inerente (por exemplo, trombocitopenia, uso trombolíticos), função hepática prejudicada e trauma.

Outros estudos abordam esse mesmo risco em pacientes cirúrgicos (NASCIMENTO et al., 2011; SOUZA; CARVALHO; PALDINO, 2012); em outra abordagem, esse diagnóstico é apresentado em pacientes hemodialíticos (FERNANDES et al., 2012). A literatura classifica as complicações pós-operatórias em precoces e tardias. As precoces estão comumente relacionadas ao procedimento cirúrgico, como por exemplo, por sangramentos persistentes, levando uso contínuo dos fatores de coagulação além de lesões nos vasos, nas vísceras parenquimatosas, podendo evoluir para eventos tromboembólicos. As complicações tardias podem surgir como fístulas, trombos e infecções.

O uso de anticoagulantes na prática clínica é cada vez mais comum, especialmente para evitar condições de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar. São usados para tratamento e em modelos preventivos de eventos tromboembólicos, no entanto, seu uso pode levar a complicações dentre elas a trombocitopenia (HARENBERG et al., 2001). Associado a esses riscos, acrescenta-se fatores como idade, número de comorbidades, estado nutricional e uso concomitantes de outros medicamentos.

A principal preocupação na anticoagulação é o risco de sangramento, no entanto, esse risco não deve ser considerado a parte na decisão do tratamento clínico, sendo essencial considerar o custo-benefício de toda a terapia (TERRA-FILHO et al., 2010).

Levantar esse tipo de diagnóstico é papel primordial no processo de enfermagem. A avaliação criteriosa e individualizada de todo o contexto gerará juntamente à equipe multiprofissional a melhor decisão para o paciente (SOUZA; CARVALHO; PALDINO, 2012).

6.3.2.11 Risco de quedas

É definido por “Vulnerabilidade ao aumento da suscetibilidade a quedas, que pode causar dano físico e comprometer a saúde” (NANDA-I, 2015). Pertence ao domínio Segurança/Proteção e classe Lesão Física. Ocorreu em mais da metade dos participantes da amostra e apresentou diversos fatores de risco tais como: Período de recuperação pós-operatória, Mobilidade prejudicada, Neoplasia, Incontinência, Ausência de sono, Dificuldades na marcha entre outros. Apesar da NANDA-I (2015) não referenciar a Escala de Morse como um componente indicador para elaboração do diagnóstico risco de queda, muitos dos fatores de risco associados ao diagnóstico constam na escala e por isso foi utilizada para subsidiar o diagnóstico.

A busca pela qualidade na assistência, e pelo cuidado livre de iatrogenias é um dos grandes objetivos da enfermagem. Essa busca esta preconizada pelo programa de segurança do paciente. A queda é um evento adverso que necessita ser prevenido pelas instituições de saúde, pois pode levar a lesões teciduais, traumas e retiradas não programadas de drenos, sondas e cateteres, fraturas, piora clínica, sofrimento psíquico, aumento no tempo de internação, elevação dos gastos da instituição e do suporte social do paciente além do principal, a desconfiança do paciente em relação aos cuidados prestados pela enfermagem (COSTA et al., 2011).

Costa et al. (2011), em estudo que avaliou a ocorrência de quedas em pacientes internados em uma Clínica Cirúrgica, observaram-se que os fatores de risco mais prevalentes foram: Mobilidade física prejudicada, Patologias associadas, Pacientes em período de recuperação de estado agudo, como por exemplo, procedimento cirúrgico e características ambientais, fatores que corroboram com os achados do presente estudo.

Em uma coorte retrospectiva para verificar a ocorrência de eventos adversos em uma clínica cirúrgica, observou-se que as quedas foram o segundo evento adverso mais prevalente, e uma das razões é pelo próprio procedimento cirúrgico realizado, que demanda uma maior vigilância pós-operatória, especialmente para avaliar como paciente retornará de seu estado pós-sedação (CARNEIRO et al., 2011).

Medidas como elevação da grade da cama, monitoramento contínuo do paciente e diminuição dos fatores de risco são estratégias a serem utilizadas para evitar esse tipo de acidente (CARNEIRO et al., 2011).

6.4 ESCALA DA INCERTEZA NA DOENÇA (MUIS) E A MENSURAÇÃO DOS QUATRO DOMÍNIOS DA INCERTEZA

6.4.1 Escala da Incerteza na Doença

A respeito da incerteza na doença– MUIS nos pacientes da Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília, obtiveram-se importantes resultados. Essa escala objetiva medir a incerteza na doença, por meio de itens subdivididos em domínios, a saber: ambiguidade, complexidade, inconsistência e imprevisibilidade, das quais as afirmações representam as formas de manifestação da incerteza. A escala é utilizada amplamente, especialmente pela comunidade norte-americana, como aponta a literatura, se adapta a variados públicos, há uma versão comunitária para pacientes crônicos não hospitalizados, outra a ser aplicada aos pais de crianças doentes, e versão para mensurar a incerteza de familiares e cuidadores quando um membro da família encontra-se enfermo (TOMEY; ALLIGOOD, 2002). É uma ferramenta de grande aplicabilidade e utilizada para a mensuração dos níveis de incerteza na doença (BOLÍVAR MONTES; MONTALVO, 2016; LIEN et al., 2008; MISHEL, 1991, 1999).

Utilizou-se nesse estudo a escala baseada no primeiro modelo formulado pela teórica, para ser aplicado em doentes hospitalizados, contendo trinta itens (MISHEL, 1981). A

pontuação de cada um dos itens é baseada no formato tipo Linkert, onde as respostas variam de 1 a 5, do concordo totalmente ao discordo totalmente, e quanto maior for a pontuação do paciente, maior o grau de incerteza na doença, variando de 30 a 150 pontos. Como já mencionado, a escala utilizada foi adaptada, baseando-se na tradução de escalas semelhantes (BARBOSA, 2012), onde foi feita a correspondência de cada um dos itens para o português, por meio da tradução, pois não há na literatura escala validada para o Brasil, voltada ao público adulto hospitalizado. Foi encontrada apenas uma tese de validação da escala voltada aos membros familiares de pessoas doentes (BARBOSA, 2012).

Cabe ressaltar que muitos desafios foram encontrados ao se aplicar a escala, pois esta demanda esforço de compreensão para alguns pacientes, especialmente pelo grau de escolaridade da amostra, além do fato de ser extensa. No entanto, a escala é bem completa, fazendo com que haja a avaliação de variados parâmetros e a obtenção de dados diversos e completos.

A pontuação dos participantes foi muito expressiva, pois 75% deles apresentaram pontuações significativas da vivência da incerteza. A pontuação dos participantes variou de 57 a 108 pontos. Outros artigos evidenciaram pontuações semelhantes. Em estudo aplicado a pacientes com câncer de mama, para avaliar a incerteza, obteve como resultado grau moderado da presença da incerteza entre os participantes, com uma escala que variava de 33 a 165 (HAGEN et al., 2015). Outro estudo envolvendo pacientes gastrectomizados revelou que seus pacientes apresentaram elevado nível de incerteza (JEON et al., 2016).

6.4.2 Distribuição das respostas nos domínios da incerteza

Quando Mishel publicou sua primeira escala, ela descreveu que a incerteza pode manifestar-se por meio da ambiguidade, falta de informação, imprevisibilidade e falta de clareza. A autora destaca que o instrumento surgiu para ser utilizado na investigação da incerteza (MISHEL, 1981).

A **ambiguidade** é a característica mais geral da incerteza, e é definida pela inabilidade de tornar um evento compreensível, especialmente se um evento é ambíguo sem causa ou efeito definido, onde a incerteza é instalada. O paciente não consegue tomar decisões ou mesmo planejar-se (MISHEL, 1983). O domínio Ambiguidade apresentou respostas variadas, com concentração da maior parte das respostas para o “discordo”.

A princípio, a maior frequência para a opção “discordar” nos itens ambíguos sugere uma menor incerteza na doença, pois a amostra tenderia a não concordar com itens que fossem por sua natureza, dúbios ou incertos. Porém, nesse domínio há quatro itens reversos, quais foram: o sete (*Quando eu sinto dor eu sei sobre o que isso significa sobre a minha condição*), o 17 (*O curso da minha doença continua mudando. Eu tenho bons e maus dias*), o 22 (*É claro para mim quando fico pior ou melhor*) e o 27 (*Eu tenho certeza que meu vigor físico retornará um dia*), mostrando que o discordar, na verdade reflete a ausência de clareza ou de aceitação ao que se está afirmando, portanto, maior incerteza ou indefinição.

Também nos itens 3 (*Eu não tenho clareza se minha doença está ficando melhor ou pior*), 4 (*Não está claro para mim o quanto minha dor pode ficar pior*) e 9 (*Meus sintomas continuam mudando de forma imprevisível*) houve distribuição igualitária entre as opções “concordo” e “discordo” (com metade da amostra em cada classe) e no item 24 (*É difícil determinar em quanto tempo eu poderei cuidar de mim mesmo/a*), a maioria apontou “concordo”, o que indica um caráter de ambiguidade e portanto, maior incerteza na doença.

Essa variação nas respostas quanto ao domínio ambiguidade também pode ser reflexo da heterogeneidade da amostra, onde o público estudado vivenciava diferentes reações quanto ao tratamento cirúrgico realizado (MISHEL, 1983).

A **falta de clareza** é a segunda característica a se discutir, que resulta de explicações incompletas ou falta de explanação e compreensão sobre algo, resultante da informação recebida e não compreendida. Essa característica está relacionada ao fato da equipe estar sempre ocupada e não poder disponibilizar a informação (MISHEL, 1983).

Esse domínio apresentou respostas variadas, mas com predominância da discordância de itens que demonstram altos escores de incerteza.

Apesar de mais de 36,7% dos participantes não concordarem que há várias perguntas sem resposta (item 2), considerando os que concordaram totalmente e os que concordaram, um total de 51,6% dos participantes consideraram que “*eu tenho várias perguntas que estão sem respostas*”, indicando predominante grau de incerteza.

Ainda quanto ao domínio em questão, **Falta de clareza**, havia três itens com escore reversos, os itens 6, 10 e 28, os quais se mostraram com respostas coerentes com a incerteza da doença, visto que a maioria dos participantes discordou com “*a proposta do tratamento está clara para mim; eu entendo tudo que explicam para mim; e os médicos compartilham a mesma*”

opinião sobre como tratar o meu problema”. A resposta a esses itens também corrobora com a falta de compreensão das informações prestadas.

A maioria dos participantes concordou com os itens 8 (*eu não sei quando esperar que as coisas sejam feitas para mim*), 11 (*os médicos dizem coisas para mim que podem ter muitos significados*) e 15 (*existem tantos tipos diferentes de médicos especialistas que não está claro para mim quem é responsável pelo que*), indicando a falta de clareza e conseguinte, incerteza quanto à doença.

Apenas o item 5, “*as explicações que me dão não são claras para mim*” teve respostas incoerentes, onde a maioria (58,3%) apontou discordar dessa afirmação. Uma possível explicação seja o fato de ser uma afirmação na negativa, o que tornou o item de difícil entendimento.

Similarmente a falta de clareza está relacionada também a **falta de informação**. Isso ocorre quando a informação não é conhecida ou não é compartilhada. A ausência do diagnóstico é um exemplo onde a informação não é conhecida (MISHEL, 1983).

Assim, quanto ao domínio **Falta de informação**, houve respostas com predomínio de discordância das afirmações, o que, aparentemente indica que a maioria dos participantes não considerou que tais itens remetam à incerteza. Isso pode ser comprovado, especialmente, nos itens 13 (*meu tratamento é muito complexo para ser alcançado*), 23 (*eles não têm me falado como tratarão a minha doença*) e 29 (*eles não deram um diagnóstico específico para mim*). Em parte, pode-se dizer que a maioria dos pacientes não considera ter falta de informação quanto ao tratamento ou ao diagnóstico da doença, mas talvez, esses aspectos não estejam claros diante de tantas informações (a maioria concordou com a afirmação 26, “*eles me deram tanta informação que eu não sei dizer qual delas é a mais importante*”).

Mishel et al. (2005) relata que os **fornecedores de informação**, no caso os profissionais da saúde, podem diminuir a incerteza, por meio da promoção da informação necessária, que produza interpretação positiva e adequada, fornecendo assistência com métodos de enfrentamento. Quando a autora, reflete sobre a informação necessária, ela também remete a quantidade de informação fornecida, indicando que uma quantidade elevada de informações ofertadas, nem sempre refletem a absorção das mesmas, e que é preciso ofertar informações necessárias com qualidade, verificando sempre a interpretação realizada pelo receptor.

Outro estudo, envolvendo a oferta de informações para mulheres diagnosticadas com câncer, relata que a quantidade de informações ofertadas pelos médicos era tamanha, que não se recordavam parcialmente do que foi falado ou do que era mais importante (LIAO; CHEN, M.; CHEN, S., 2008). Embora também hajam estudos que relatam o contrário, ou seja, a insuficiência das informações recebidas gerando insatisfação e busca própria por mais informações (DEANE; DEGNER, 1998; LIAO et al., 2007).

O paciente cirúrgico, muitas vezes, já recebe o diagnóstico e a forma de tratamento mesmo antes de se submeter à cirurgia, por essa razão, sua percepção seja não necessariamente de falta de informação, mas de incertezas. Incertezas quanto à recuperação, novos caminhos e tratamentos necessários daí para frente.

A **imprevisibilidade**, a quarta característica da incerteza, se traduz pela incapacidade de prever o futuro. Em outras palavras, quando não se sabe o que pode ser feito para obter bons resultados para conter a doença, especialmente, quando o período de hospitalização é prolongado (MISHEL, 1983).

Portanto, quanto ao domínio **Imprevisibilidade** houve distribuição similar entre os itens, sendo que, majoritariamente discordaram com as afirmações “*eu costumo saber se terei um bom ou mal dia*” (item 21) e “*o sofrimento do meu corpo é previsível; eu sei quando está ficando melhor ou pior*” (item 30), o que indica maior incerteza.

Houve distribuição equivalente entre aqueles que concordaram e discordaram (ambos com 38,3%) quanto ao item 25 (*eu posso no geral prever o curso da minha doença*), mas com um número considerável de indecisos (18,3%), o que pode sugerir que este item foi neutro quanto à incerteza, na amostra estudada.

Quanto ao item 12 (*eu posso prever a duração da minha doença*), as respostas não refletiram a incerteza, visto que a maioria concordou com a afirmação. A explicação pode estar no fato dos pacientes acreditarem que com a cirurgia todos os problemas ficarão resolvidos e a doença eliminada.

Assim, a **imprevisibilidade**, nos participantes estudados está mais relacionada ao fato do paciente não ter o domínio do corpo do que à própria condição de evolução da doença.

Em estudo envolvendo a MUIS, a falta de informação foi relacionada ao domínio imprevisibilidade, o que foi explicado pelo fato da falta de informação ser um fator estressante

e uma medida que aumenta a incerteza, o que pode levar a imprevisibilidade para o enfrentamento de eventos (MISHEL, 1983).

6.5 CORRELAÇÕES DAS VARIÁVEIS À INCERTEZA NA DOENÇA

6.5.1 Confiabilidade da MUIS

A confiabilidade dos itens da escala diz respeito ao grau de coerência ou precisão que podem ser medidas em um atributo que seja mensurável, e isso refletirá se o instrumento está apto a ser claro e preciso, além de avaliar se o instrumento apresenta características estáveis e semelhantes, de modo que as partes reproduzam coerentemente o todo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Usualmente tem-se que um nível aceitável de confiabilidade é de 0,70 (Alpha de Cronbach). No entanto, não é incomum que os autores padronizem seu coeficiente Alpha (BARBOSA, 2012). Mishel em uma de suas obras utilizou um parâmetro próximo de 0,90 para avaliação da consistência interna dos itens de sua escala (PATTERSON, 1981). No entanto, consta na literatura, parâmetros de variação do Alpha em uma faixa de 0,74 a 0,92 (MISHEL, 1997b).

No presente estudo, o valor de Alpha de Cronbach para o domínio falta de clareza foi considerado aceitável (0,704) pelo proposto na literatura, que corrobora com o valor de Alpha encontrado em um estudo de validação da escala MUIS para pacientes crônicos na Itália (GIAMMANCO et al., 2015). Os demais domínios foram correspondentes a valores inferiores ao preconizado, no entanto, o escore total do Alpha, que mede a consistência interna dos itens de modo geral demonstrou um valor considerado como bom ($\alpha=0,842$). O que corrobora com o resultado do estudo italiano, onde o valor total de alfa para escala foi aceitável (GIAMMANCO et al., 2015).

Em pesquisa com 313 sobreviventes do câncer de mama utilizou a Escala de Mishel da Incerteza na Doença – MUIS, o Alpha de Cronbach total foi de 0,84 (HALL; MISHEL; GERMINO, 2014). Já em outro estudo da aplicação da MUIS, o coeficiente dos itens da escala foi considerado aceitável (0,72) (ORTEGA; AMARO, 2015).

Uma das explicações possíveis para os valores preconizados, quanto aos outros três domínios abaixo do valor aceitável, é heterogeneidade dos participantes. Essa característica demonstra uma grande variabilidade no perfil dos pacientes e nos tipos de cirurgias realizadas.

Enquanto uns realizavam o procedimento cirúrgico para aumentar sua qualidade de vida e bem estar, como por exemplo, ao cessar sangramentos provocados por miomas uterinos, outros interpretavam a perda do seu órgão como um luto. Para o segundo caso, imaginando que faria falta ao bom funcionamento do corpo, e que perdia de certa forma, uma parte de si mesmo. Outra possível explicação está no fato de ter havido algum grau de dificuldade de entendimento dos itens por parte da população estudada.

Em outro estudo, destaca-se que, embora a confiabilidade possa ser baixa, ainda assim a escala pode ser válida, mostrando-se como um instrumento confiável. Dessa forma, apresentou-se válido por conseguir mensurar a incerteza (FABRÍCIO - WEHBE et al., 2013).

6.5.2 Correlação entre a média dos diagnósticos de enfermagem e os domínios da Incerteza

Em relação entre os domínios da incerteza e a média dos diagnósticos de enfermagem, concluiu-se que a correlação entre os domínios e a média é positiva, ou seja, quando os valores de incerteza aumentaram, os valores da média também aumentaram e vice-versa. Uma das explicações para isso é que quanto mais diagnósticos o paciente apresentar, maior será a probabilidade de maiores níveis de incerteza.

A média de diagnósticos por paciente foi elevada, conforme já foi discutido, acima da média encontrada na literatura. No entanto, não foram encontrados estudos envolvendo a média de diagnósticos de enfermagem e a aplicação da MUIS. O achado abre portas ao levantamento de outros estudos que abordem o referido tema, pois há grandes chances das duas variáveis influenciarem uma na outra, conforme apontado nesse estudo.

As considerações que podem ser feitas a respeito desse resultado é comparando os sintomas ou causas da doença relacionadas aos altos escores de incerteza, por exemplo, no estudo de Hall, Mishel e Germino (2014). No estudo deles, foi identificado na amostra de pacientes sobreviventes do câncer de mama, elevado grau de incerteza, associado a sintomas como fadiga e insônia. A mensuração foi realizada com escalas específicas a esses sintomas, logo, corroboram com diagnósticos levantados na atual pesquisa.

Dessa forma, quanto mais diagnósticos o paciente tem, mais sinais e sintomas ele apresenta e conseqüente, mais chances de apresentar incertezas.

Em outro estudo que aborda o manejo da incerteza na decisão de tratamentos para o câncer de próstata em estágio inicial, aborda que a falta de informação evidenciada na amostra trabalha a favor do aumento da incerteza (MISHEL et al., 2009). A falta de informação é um sinal que estabelece o diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente. Ainda sobre os estudos envolvendo a MUIS, sobre a quantidade de sinais/sintomas e a incerteza, os resultados mostraram a presença de dor como um fator determinante para o aumento da incerteza assim como a insônia (KIM; LEE, R.; LEE, K. S. 2012). No presente estudo, um dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes na amostra foi a dor.

Dessa forma podemos concluir que muitos diagnósticos de enfermagem revelados na amostra, sugerem relação com a incerteza, como foi demonstrado na literatura. Alguns diagnósticos de enfermagem foram relacionados a incerteza obtendo como resultado significância estatística e serão discutidos mais a frente.

6.5.3 Associações entre os domínios da Incerteza e as variáveis sociodemográficas e clínicas do estudo

Foram feitos testes estatísticos comparativos com todas as variáveis sociodemográficas e clínicas e os domínios da incerteza. Houve diferença estatisticamente significativa apenas com as variáveis escolaridade e os procedimentos cirúrgicos de histerectomia via abdominal e mastectomia.

Sobre a escolaridade dos participantes da amostra correlacionada à incerteza na doença, observou-se no presente estudo valor significativo em relação aos baixos níveis de escolaridade e a maioria dos domínios da incerteza.

No estudo de Acuffe e Jabson (2016), não foi encontrada relação significativa entre a escolaridade e o nível de incerteza, no entanto, a maioria dos estudos envolvendo a temática demonstra o contrário: associação direta entre a incerteza na doença e aos baixos níveis de escolaridade (GOMEZ-PALENCIA; CASTILLO-ÁVILA; ALVIS-ESTRADA, 2015).

De acordo com a TID, existe uma relação inversamente proporcional entre o nível educacional e a incerteza (MISHEL, 1988). Em um estudo, utilizando a teoria, foi encontrado que tanto a baixa escolaridade quanto a baixa renda foram fatores preditivos para elevados níveis de incerteza, corroborando com o atual estudo. A maioria dos domínios apresentou uma correlação significativa entre renda menor que um salário mínimo e subescalas da incerteza (GOMEZ-PALENCIA; CASTILLO-ÁVILA; ALVIS-ESTRADA, 2015).

A escolaridade está associada ao grau de incerteza, a presença de baixa escolaridade, pode afetar a capacidade de assimilação e compreensão da informação médica recebida a respeito de sua enfermidade (KIM; LEE, R.; LEE, K. S. 2012; MISHEL et al., 2009; GOMEZ-PALENCIA; CASTILLO-ÁVILA; ALVIS-ESTRADA, 2015).

Em uma adaptação cultural da escala da incerteza, na aplicação aos pacientes que realizavam hemodiálise, quanto aos aspectos sociais, ficou evidente que os pacientes que haviam cursado mais anos de estudo apresentaram menor incerteza. Os anos de formação recebidos pelos pacientes se relacionam com a incerteza, e isso evidencia uma das afirmações de Mishel que reconhece a educação como um pilar fundamental para se formular a interpretação dos acontecimentos relacionados a enfermidade. Os pacientes com maior formação, dispõem de mais recursos para realizar questionamentos, conhecer a etiologia da doença, a tipologia dos sintomas e as formas de tratamento, e isso influenciará na autonomia do paciente sobre sua saúde, apoiando-o em suas decisões (ORTEGA; AMARO, 2015).

Outro estudo que analisa a qualidade de vida de pacientes diagnosticados com neoplasia de cabeça e pescoço, evidenciou que o conhecimento do paciente acerca da sua doença, e suas condições sócio econômicas associado a escolaridade sugerem que essas variáveis possuem um grande impacto sobre a incerteza (SUSUKI, 2012).

O status econômico desfavorável influencia na diminuição da qualidade de vida do paciente e pode influenciar na incerteza. Apesar da TID não deixar isso claro, o que talvez possa ser uma limitação do modelo, a renda mensal do paciente pode ter associação com eventos relacionados a incerteza, pois poucos foram os pesquisadores que fizeram associações entre o status sócio econômico e a presença da incerteza (SUSUKI, 2012).

No presente trabalho, não houve associação estatisticamente significativa quando comparado com a renda familiar ($p > 0,05$).

Ao relacionar os domínios da incerteza com as variáveis relativas ao gênero, não houve diferenças significativamente estatísticas, o que permite afirmar que os valores calculados para todos os domínios são iguais, tanto para os pacientes do sexo masculino, quanto para o sexo feminino.

Em estudo com a participação de 379 pacientes ao avaliar a incerteza na doença em pacientes diagnosticados com diabetes tipo 1, também encontrou que não houve associação positiva entre gênero e incerteza (ACUFFE; JABSON, 2016).

Em outro estudo, foi encontrada associação significativa entre o sexo e os níveis de incerteza. Foi demonstrado que as mulheres apresentaram níveis maiores de incerteza do que os homens. Uma das hipóteses apontadas no estudo foi que geralmente os homens possuem maior apoio social, visto que recebem suporte da rede familiar, o que funciona como um fator protetor da incerteza. No entanto, para mulheres, funcionam como um fator expositor, já que culturalmente o cuidado com a família é fornecido por elas, o que aumenta suas responsabilidades (ORTEGA; AMARO, 2015).

Quanto às variáveis relativas aos procedimentos cirúrgicos, histerectomia via abdominal e mastectomia, os quais foram os mais prevalentes na amostra (com frequências de 21,74% e 11,59%, respectivamente), concluiu-se que essas cirurgias apresentaram resultados significativos com os domínios da incerteza.

Inicialmente, para a cirurgia histerectomia via abdominal, o domínio “Falta de informação” obteve maiores médias, significativamente. Porém, na escala da incerteza, a relação com o tipo de cirurgia foi maior, em média, para todos os outros pacientes que não fizeram a histerectomia via abdominal.

O fato de outras cirurgias terem gerado mais incertezas nos pacientes do estudo que a cirurgia de histerectomia via abdominal, pode ser explicado em decorrência, talvez, da maior necessidade de informações que outras cirurgias requerem.

Para os pacientes da amostra, os procedimentos cirúrgicos, decorrentes da necessidade de se extirpar um tumor ou mesmo para cessar problemas como sangramentos constantes e dores, representaram a saída para problemas vivenciados, muitas vezes, por anos. A retirada de um órgão impõe a necessidade de se conviver com essa ausência, o que gera muitas inseguranças e incertezas. No presente estudo, houve uma diversidade de indicações cirúrgicas o que trouxe uma variedade de situações das quais todas, de maneira geral, ocasionaram um grau de incerteza.

Embora tenha havido diferença estatística da incerteza entre o grupo que fez cirurgia de histerectomia via abdominal e aquele que não o fez, no quesito “Falta de informação”, os valores médios foram muito aproximados.

A cirurgia de histerectomia é um recurso terapêutico muito utilizado para diversas finalidades de tratamento. Representa a segunda cirurgia mais utilizada em mulheres em idade fértil, a nível nacional (SOUSA et al., 2013). Consiste na retirada do útero, que é um órgão

muito importante para a fisiologia feminina especialmente no que concerne à fertilidade. Além do aspecto fisiológico envolvido, estão os aspectos psicológicos, emocionais e sexuais relacionados. O ato cirúrgico de retirada desse órgão pode desencadear mudanças na forma de interpretação do corpo, relacionar-se com o outro e medo de comprometer sua sexualidade. Além da possibilidade de consequências a curto e longo prazo, tais como incontinência urinária; prolapsos de órgãos pélvicos; constipação intestinal; sangramento; qualidade de vida; imagem corporal e sexualidade (SOUSA et al., 2013).

A histerectomia é um procedimento que pode ocasionar angústia, ansiedade, temor, dúvida, e incertezas relacionadas ao bem estar físico, mental e social (MELO; BARROS, 2009). Há estudos que revelam que mulheres histerectomizadas podem ser rejeitadas por seus parceiros (MELO; BARROS, 2009; MONTGOMERY; BERENSTEIN; MARCOLINI, 2002).

Destaca-se também que o útero é um órgão extremamente importante para a mulher, vinculado a sua sexualidade, feminilidade e fecundidade. Dessa forma, torna-se importante que os enfermeiros utilizem o recurso da autoridade com credibilidade, que segundo a TID é definida pela credibilidade, ou seja, a confiança que as pessoas têm nos profissionais de saúde, para informar à mulher e também ao seu parceiro a desmistificação do saber comum com embasamento científico, valorizando o saber popular simultaneamente e informando sobre as reais consequências da retirada do órgão, além de fornecer opções terapêuticas para eventuais necessidades (APOSTOLO et al., 2007; BAILEY Jr; STEWART, 2011).

Há também na literatura, relato dos benefícios em se realizar a histerectomia. Muitas mulheres realizam a retirada do útero devido aos episódios de anemia, fadiga, constantes sangramentos, que alteram a qualidade de vida das mulheres, expondo-as a situações desconfortáveis. A cirurgia pode também ser enxergada como possibilidade de cura e resolução de problemas, e nesses casos a retirada do órgão passa ser mais facilmente aceita, mas para isso é preciso que a mulher passe por um processo de reflexão e construção de significado (SBROGGIO; OSIS; BEDONE, 2005).

Portanto, ao passo que há o medo da cirurgia, a incerteza sobre como será a vida após a retirada do órgão e o medo da perda da feminilidade, há também o benefício da melhora dos sintomas e a possibilidade da cura (SALVADOR; VARGENS; PROGIANTI, 2008).

No estudo de Silva, Santos e Vargens (2010), de abordagem qualitativa, com mulheres com proposta cirúrgica de histerectomia, revelou que as mulheres eram resistentes ao

procedimento cirúrgico devido aos medos gerados e incertezas relacionadas a esse tipo de cirurgia, mas ao mesmo tempo desejavam obter os benefícios relacionados a esse procedimento, demonstrando ambivalência de sentimentos.

No que se refere à mastectomia, houve associação significativa com a incerteza no domínio “Falta de informação” e o “Total”. Ou seja, considerando o domínio “Falta de informação” e o “Total”, houve maior incerteza, em média, para aquelas que fizeram a mastectomia comparativamente às que não fizeram.

A mastectomia realizada nas participantes da amostra foram motivadas pelo câncer e em um dos casos, por infecção na mama. Independente da motivação cirúrgica, esse procedimento gera sérios impactos psicológicos, sociais e físicos nas mulheres. A mudança ocasionada na imagem corporal, por meio da vivência de uma ausência visível de uma parte do corpo, pode influenciar na relação com a família, com o parceiro sexual e consigo mesma. Soma-se a isso o medo constante do retorno da doença e a imprevisibilidade do futuro (HILTON, 1989).

A mama é vista como componente importante da feminilidade, da fertilidade e da sexualidade. A mastectomia é um procedimento cirúrgico radical, gerando o medo da morte, do sentir-se rejeitada, o trauma sofrido pela mutilação, a ambiguidade de sentimentos, o medo de recidivas e a incerteza que incapacita enquanto não progride para a ressignificação dos acontecimentos (MOURA et al., 2010).

Estudo relatou que pacientes com câncer ginecológico que tinham ensino superior, apresentaram menores níveis de incerteza do que aqueles com menor escolaridade, devido à sua capacidade de compreender melhor as informações sobre sua condição. Esse dado corrobora com a atual pesquisa, que é composta em sua maior parte por pessoas com baixa escolaridade e com níveis de incerteza significativos (HILTON, 1989).

Estudo de abordagem qualitativa com mulheres no pré-operatório de mastectomia revelou que as instruções médicas anteriores ao procedimento cirúrgico se concentraram somente no passo a passo proposto pela cirurgia, o que evidencia que o discurso desse profissional se encontra distante do que é preconizado pelas práticas de saúde. Afinal, não envolveram o acolhimento, não consideraram a pessoa como um ser integral, como um sujeito que demonstra sentimentos e possui apreensões, que tem dúvidas e incertezas e, que necessita de tempo e atenção cuidadosa. Quanto à avaliação do profissional enfermeiro, este foi visto

como alguém que faz perguntas para reunir informações sobre o estado de saúde da paciente e confere instruções a respeito do preparo cirúrgico. Diante dessa visão, é necessário que o profissional enfermeiro não seja somente aquele que coleta dados e disponibiliza instruções, mas sim o que acolhe, o que escuta, o que conforta e o que acalma. Afinal, o enfermeiro tem potencial no pré-operatório de tornar a cirurgia um momento mais tranquilo e menos traumatizante. Isso repercutirá na recuperação posterior ao tratamento (NASCIMENTO et al., 2014).

Os profissionais da enfermagem têm esquecido práticas no cuidado que são transformadoras e muitas vezes impõem barreiras de acesso como muitos outros profissionais. A enfermagem deve atuar como elo entre a ciência e a humanização no cuidado. Deve fazer parte dos cuidados de enfermagem ouvir o paciente, permitir a expressão de sentimentos, estar aberto e disponível (NASCIMENTO et al., 2014).

O domínio que mais apresentou relação significativa foi falta de informação, como já foi dito, a falta de informação impede a formação do esquema cognitivo que é a interpretação pessoal do paciente a respeito de sua doença, tratamento e hospitalização (MISHEL, 1988).

Muitas mulheres alegavam que não sabiam como seriam suas vidas após a realização da mastectomia, como fariam para reconstruir a mama, acesso a acompanhamento psicológico e outros cuidados necessários. Mais uma vez torna-se evidente a necessidade da melhora na comunicação entre a equipe multiprofissional e o paciente. Chama atenção o profissional da enfermagem, que deve ter seu foco centrado no paciente para a oferta do cuidado. Atentar-se a esses questionamentos por parte do paciente e buscar respondê-los é uma competência a ser desenvolvida ou mesmo resgatada nesses profissionais (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Muitas vezes quando o paciente busca o enfermeiro para sanar suas dúvidas, este explica que o profissional médico que irá respondê-las, eximindo-se de sua competência, muitas vezes justificada pela falta de tempo e inúmeras atividades solicitadas por outros pacientes entre atendimentos e procedimentos. Essa realidade não pode tornar-se um hábito, pois demandar tempo a comunicação com o paciente sempre que solicitado é uma atividade tão importante quanto o acompanhamento da ferida operatória (TAKESHITA; ARAUJO, 2011). Também é importante oferecer a estrutura necessária a esse profissional para que ofereça a atenção necessária ao paciente, o correto dimensionamento de profissionais, recursos materiais, físicos e apoio multiprofissional são medidas que auxiliam no desempenho dessas funções (LORENZETTI et al., 2015).

Entretanto, mesmo que essas condições não estejam ideais, é preciso não aceitar o conformismo e realizar mudanças nas pequenas ocasiões, fazendo a diferença na vida de cada paciente que passa pelos seus cuidados; muitas vezes não é preciso muito, a simples e boa comunicação facilita enormemente a relação terapêutica com o paciente.

6.5.4 Associações entre os domínios da Incerteza e os Diagnósticos de Enfermagem do estudo

Para a relação entre os domínios da incerteza e Diagnósticos de enfermagem foi utilizado o teste de Mann-Whitney.

Alguns diagnósticos de enfermagem encontraram associação positiva com a incerteza na doença, um deles foi o diagnóstico Conhecimento deficiente, pois como já foi discutido, ele representa importante associação com o construto. Pode-se concluir, a partir dos p-valores, que para todos os domínios na escala MUIS utilizada existe diferença significativa entre a avaliação da pessoa ter o conhecimento deficiente ou não.

Assim, foram encontradas relações significativas entre todos as subescalas da incerteza e o conhecimento deficiente. A teoria refere que a falta de informação antecede a incerteza, não abrindo espaço para que o paciente desenvolva seu próprio quadro de referência, razão pela qual não possui parâmetros para isso. A falta de informação é simples de ser ajustada, pois é necessário somente que os profissionais se atentem a esse paciente e forneçam informações compreensíveis, quantitativamente ajustadas, especialmente, esclarecendo dúvidas e verificando a interpretação (MISHEL; BRADEN, 1988). A qualidade da informação recebida e a frequência influenciam para redução dos níveis da incerteza. Informações credíveis são muito importantes para esse resultado (APOSTOLO et al., 2007).

Em outro estudo descritivo, com 163 pacientes, identificou-se nível moderado de incerteza na amostra de diabéticos, revelando que quanto mais informações um paciente possui, maior o grau de adaptação à doença, pois propicia maior familiarização com enfermidade e, em consequência, menor grau de incerteza. A familiaridade com os fatos está correlacionada ao nível de acesso à informação desses pacientes (WALLANCE, 2005).

Mishel afirma em sua teoria que quando o paciente sente-se alheio ao seu contexto clínico, isso torna-se uma barreira para compreender a linguagem utilizada pelos profissionais

da saúde ao comunicar-se com o paciente. A eficiência cognitiva do paciente é afetada junto com sua capacidade de abstrair ideias dos discursos recebidos, o que causa a incerteza (HALL; MISHEL; GERMINO, 2014).

A enfermagem pode intervir para diminuir o grau de incerteza do paciente na medida em que fornece informações sobre sua condição. Oferecer suporte educativo, social e estrutural é requisito importante para que possam conhecer e compreender todo o contexto em que estão envolvidos, isso é fornecer mecanismos de enfrentamento (GOMEZ-PALENCIA; CASTILLO-ÁVILA; ALVIS-ESTRADA, 2015). Outra pesquisa revela que quanto mais o paciente está informado, maiores são as chances de grandes mudanças e bons resultados no tratamento, e que o número de contatos entre o médico e o paciente, além de toda equipe multiprofissional, influencia no sucesso dos tratamentos (DAVISON; GOLDENBERG, 2003).

O conhecimento é o principal meio dos pacientes realizarem o manejo da incerteza. Por isso é tão importante a informação fornecida pela enfermagem e toda a equipe multidisciplinar. A informação precisa ser personalizada e adaptada ao seu nível cultural, pois auxilia o paciente a desenvolver sua compreensão e experiência do sentido da doença a fim de obter mais estratégias para enfrentar as mudanças implicadas por essa condição (BAYLE e STEWART, 2011; CHOU-PING; YOU-CHEN, 2011; LEATHERLAND, 2007)

Outro diagnóstico de enfermagem, Sentimento de impotência, pertencente ao domínio Enfrentamento/Tolerância ao estresse foi associado aos domínios da incerteza em todas as subescalas. Esse diagnóstico é definido por “Experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado” (NANDA-I, 2015). Por definição esse diagnóstico tem parcial correspondência aos conceitos da teoria, pois esta enfatiza que, com o surgimento da incerteza na doença, pode haver a sensação de ausência de controle sobre eventos da vida e sentimentos negativos, entre eles isolamento, perda da identidade, desesperança e desmoralização (MISHEL, 1990). Tais sentimentos e essa percepção sobre si mesmo afetam diretamente a vivência da incerteza. Além disso, a literatura apresenta que o processo de submeter-se a um procedimento cirúrgico pode levar a sentimentos como ansiedade, tristeza, depressão e estresse psicológico (McCORKLE et al., 2009; MISHEL, 1990).

Em pesquisa com pacientes prostatectomizados, tornou-se evidente os sentimentos de medo, vergonha, desamparo, hostilidade, raiva e tristeza como reações ao tratamento cirúrgico e pelo alto grau de estresse desenvolvido pelo adoecimento. Ainda apresentou em seus

resultados o diagnóstico de enfermagem, sentimento de impotência, associado ao procedimento cirúrgico e hospitalização (NAPOLEÃO; CALDATO; FILHO, 2009).

7 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incerteza pode ser analisada sobre a perspectiva do perigo ou da oportunidade (MISHEL; SORENSON, 1991). Mishel (1988) relata que a incerteza é uma experiência neutra, até que seja avaliada como um perigo ou uma oportunidade. Dessa forma, a incerteza deve ser encarada como um acontecimento natural da vida e não como uma experiência negativa. Ela ensina a necessária habilidade de readaptação e de enfrentamento as variadas circunstâncias que a vida impõe, como por exemplo, na situação de adoecimento ou da necessidade da realização de um procedimento cirúrgico, se valorado positivamente.

E se as estratégias de enfrentamento usadas em qualquer avaliação são eficazes, a adaptação ocorrerá. Sinais de dificuldade na adaptação não referem-se à incerteza em si, mas à capacidade do enfrentamento, estratégias para manipular a incerteza na direção desejada; isto é, reduzi-la se for considerada um perigo ou mantê-lo se for avaliada como uma oportunidade (MISHEL, 1990). A incerteza vista como oportunidade inclui o fato de quando instalado o negativismo quanto a uma situação ameaçadora, é preferível optar pela incerteza. Com o tempo, uma avaliação de incerteza como perigo pode evoluir para avaliação da incerteza como experiência positiva, isso reflete o que diz a teoria quando trata o paciente como um sistema aberto, que troca experiências com o seu meio. A incerteza como oportunidade ou perigo, não deve ser vista como escolha única, mas como o processo em que ambas as situações podem ser experienciadas. A avaliação da incerteza tem por parte do profissional enfermeiro orientar o paciente e promover uma visão probabilística da vida. Quando se encoraja os pacientes a considerar alternativas e escolhas como possibilidades, lhes ensinam a alterar seus pensamentos mecanicistas para o pensamento probabilístico.

O presente estudo realizou o levantamento dos diagnósticos de enfermagem nos pacientes cirúrgicos que realizaram a retirada de um ou múltiplos órgãos. Além de traçar o perfil segundo características sociais, clínicas e demográficas, mensurou-se, por meio da Escala da Incerteza na Doença de Mishel (MUIS), os níveis de incerteza relacionados a essa condição.

Em relação ao perfil de pacientes, observou-se participantes majoritariamente femininos, com faixa etária predominante dos 41 aos 50 anos de idade e com baixa escolaridade. Quanto à etnia, a maioria declarou-se pardo. Em relação à religião, a maior parte foi caracterizada por católicos. Quanto ao estado civil, a maioria foi de casados, com maior prevalência para o número de filhos de dois a três. Em relação às condições de habitação, a

maioria dos participantes relatou acesso ao saneamento básico. Quanto à ocupação dos participantes, a maioria encontrava-se aposentada, a renda familiar variou de 1 a 2 salários mínimos para 41,7% dos participantes e a naturalidade da maior parte foi da região Nordeste. O tempo de internação na Clínica Cirúrgica da maioria deles foi de 3 a 4 dias.

Sobre as condições patológicas pré-existentes as mais prevalentes foram: Tumor/Câncer/Nódulo, Depressão, Transtornos do humor e Hipertensão. As classes medicamentosas mais utilizadas na amostra foram os analgésicos e os antieméticos. Sobre o número de antecedentes cirúrgicos a maioria dos participantes já havia realizado pelo menos um procedimento cirúrgico. Os diagnósticos médicos mais frequentes foram: Neoplasia maligna da mama Miomatose uterina, Neoplasia Maligna do estômago e Colelitíase.

De acordo com a taxonomia da NANDA-I foram identificados 1022 diagnósticos de enfermagem para o total dos 60 participantes da amostra, distribuídos em doze domínios onde foi realizada a relação entre os diagnósticos de enfermagem e os domínios da NANDA-I. A média de diagnósticos de enfermagem por paciente foi de 16,39. Foram elaboradas 93 afirmações diagnósticas diferentes, sendo que 67 foram com foco no problema, 23 foram diagnósticos de vulnerabilidade (risco) e 3 de promoção da saúde. Apenas 11 diagnósticos de enfermagem obtiveram frequência superior a 50% na amostra, que foram: Integridade tissular prejudicada, Risco de infecção, Risco de sangramento, Dor aguda, Conhecimento deficiente, Risco de quedas, Ansiedade, Dentição prejudicada, Estilo de vida sedentário, Insônia e Distúrbio na imagem corporal.

Quanto à aplicação da Escala da Incerteza na Doença de Mishel (MUIS), observou-se que a menor pontuação foi de 57 e a maior 108, em uma escala que variou de 30 a 150. Quanto à confiabilidade nos itens da escala o α de Cronbach foi de 0,842. No teste de correlação de Spearman entre a média de diagnósticos de enfermagem e os domínios da incerteza, observou-se que a média de diagnósticos de enfermagem se relaciona positivamente com a incerteza. O teste de Mann-Whitney revelou valores estatisticamente significativos para os diagnósticos de enfermagem Conhecimento deficiente e Sentimento de impotência e os domínios da incerteza. Houve correlação entre os domínios da incerteza e a escolaridade do paciente, bem como entre as cirurgias mastectomia e histerectomia por via abdominal.

O estudo foi capaz de responder à pergunta norteadora “Quais são os diagnósticos de enfermagem relacionados aos pacientes cirúrgicos que realizaram cirurgias de retirada de órgão e a vivência da incerteza na doença?”. Ainda foi possível verificar as correlações

existentes entre os diagnósticos de enfermagem, conhecimento deficiente e sentimento de impotência e variáveis sociais, clínicas e demográficas com a incerteza na doença.

Chama atenção a importância da implementação da SAE através do processo de enfermagem. Quando realizado o levantamento dos diagnósticos dos pacientes, é muito importante subsidiar os dados com as escalas de avaliação utilizadas na pesquisa. Afinal, conferem maior confiabilidade nas avaliações, conforme foi evidenciado no estudo.

Como principais resultados, a escala adaptada MUIS, mostrou-se confiável para mensurar a incerteza nos pacientes internados na Clínica Cirúrgica. O estudo demonstrou a presença de níveis significativos de Incerteza, verificados pelos escores dos pacientes e pelas relações estatísticas comprovadas por meio dos testes.

Salienta-se a necessidade do profissional enfermeiro realizar a investigação da incerteza nos pacientes cirúrgicos, bem como seus níveis de ansiedade. Outra necessidade é buscar o manejo adequado a cada situação, especialmente, melhorando a comunicação – enfermeiro, paciente - a fim de que as mensagens emitidas e recebidas possam ser compreendidas. Aspectos como perfil socioeconômico do paciente, nível educacional e renda precisam ser levados em consideração no tratamento.

O fato da maior parte das admissões ser realizada sob agendamento possibilita que o enfermeiro possa se preparar para a acolhida do paciente à Clínica Cirúrgica. Dispensar tempo para atividades individualizadas de orientação, preparo, estratégias para diminuir ansiedade, informações sobre as possíveis ocorrências no pós-operatório, como dor, possibilidade de complicações entre outros efeitos do tratamento, familiarizam os pacientes com o processo cirúrgico. Conseqüentemente, podendo diminuir consideravelmente a incerteza.

A pesquisa abordou a coleta de dados e o levantamento dos diagnósticos de enfermagem aos pacientes. A quantidade de diagnósticos levantadas e sua diversidade identificam as diferentes áreas do cuidado que o enfermeiro deve estar apto para prestar seus cuidados, além de que o levantamento dessas informações deposita no enfermeiro maior poder de cuidado sobre o paciente.

Uma das limitações do estudo foi o fato do gênero dos participantes serem predominantemente feminino. Essa característica pode ter influenciado nos resultados

obtidos através da MUIS. Afinal, isso implica tanto nos tipos de cirurgias de retirada de órgãos, quanto no enfrentamento da incerteza na doença.

Outro ponto a ser observado é que, apesar da escala aplicada aos pacientes ter sido considerada confiável, durante a coleta dos dados, observou-se dificuldade por parte dos participantes na compreensão das informações o que pode influenciar nas respostas. Além disso, sugere-se a realização de uma pesquisa de adaptação da escala MUIS direcionada ao paciente adulto hospitalizado, pois ainda não consta na literatura uma escala adaptada para o Brasil referente a esse público. Ainda pode ser destacado como limitação, a abrangência da amostra e sua característica de amostra de conveniência, que sujeita a pesquisa a possíveis vieses.

Apesar dos resultados identificados possuírem similaridade a estudos envolvendo diagnósticos de enfermagem em Clínicas Cirúrgicas, esse foi um estudo inovador, envolvendo a temática da incerteza em pacientes cirúrgicos traçando ao mesmo tempo seu perfil diagnóstico. A temática levantada por seu caráter único, leva a necessidade da realização de outros estudos, que contribuam para melhor caracterização do perfil dos pacientes cirúrgicos, que são representados na literatura em grande estado de fragilidade e incertezas, e que proponham medidas interventivas a fim de reduzir essa condição ou resignificar a incerteza para ser vista como transformação e oportunidade.

Espera-se que esse estudo seja capaz de subsidiar informações ou mesmo inspirar novas pesquisas na busca da melhora na assistência ao paciente cirúrgico, especialmente quando vivencia a retirada de algum órgão, e tornar mais conhecida a Teoria da Incerteza na doença, para que possa ser cada vez mais aplicada à realidade brasileira, especialmente no Distrito Federal, onde foi constatada uma alta prevalência da incerteza.

REFERÊNCIAS

- ACUFFE, L. M.; JABSON, J. M. Uncertainty and the duration of Disease in adults with type 1 diabetes. **The Plaid Journal**. v. 2, n. 2, 2016.
- ALBERTI, L. R.; DAIAN, M. R.; PETROIANU, A. A experiência cirúrgica prévia interfere no estresse psíquico em pacientes submetidos à operações de grande porte. **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 41, n. 1, p. 43-48, 2014.
- ALESSI, A. I. Posicionamento Brasileiro em Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*. **Arq Bras Cardiol**. v. 100, n. 6, p. 491-501, 2013.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- AMARAL, J. R.; MARQUES, C. S. Luto e melancolia: o que se perde ao adoecer? **Rev. Mineira de Ciênc. da Saúde**. v. 3, 70-87, 2011.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes - 2013. **Diabetes Care**. v. 36, suppl. 1, p. 11-66, 2013.
- AMTHAUER, C. et al. Atividades de educação em saúde com pacientes cirúrgicos em um hospital universitário: Relato de Experiência. **Revista Contexto & Saúde**. v. 11, n. 20, p. 705-710, 2013.
- ANDRADE, R. P. A construção do conceito de incerteza: uma comparação das contribuições de Knight, Keynes, Shackle e Davidson. **Nova econ**. v. 12, n. 2, 2011.
- APFELBAUM, J. L. et al. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. **Anesth Analg**. v. 97, n. 2, p. 534-540, Aug. 2003.
- APOSTOLO, J. L. A. et al. Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.14, n. 4, jul-aug, 2007.
- ARAÚJO, N. R.; ARAÚJO, R. A.; BEZERRA, S. M. N. S. Repercussão do sobrepeso e da obesidade no pós-operatório da cirurgia de revascularização miocárdica. **Rev Esc Enferm USP**. v. 48, n.2, p.236-241, 2014.
- ARGIMON, I. I. L. et al. Gênero e escolaridade: estudo através do miniexame do estado mental (MEEM) em idosos. **Aletheia**, Canoas, n. 38-39, p. 153-161, dez. 2012.
- ARMSTRONG, D. G. Effect of oral nutritional supplementation on wound healing in diabetic foot ulcers: a prospective randomized controlled trial. **Diabet Med**. v. 31, n. 9, p. 1069-1077, Sep. 2014.

ARNOLD, M. et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. **BMJ**, London, 2016. Disponível em: <<http://www-dep.iarc.fr/includes/Gut2016-Arnold-gutjnl-2015-310912.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

AVERBECK, M.; BLAYA, R.; SEBEN, R. R.; LIMA, N. G.; DENARDIN, D.; FORNARI, A.; RHODEN, E. L. Diagnóstico e tratamento da hiperplasia benigna da próstata. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 471-477, 2010.

AYKAWA, A. C.; NERI, A. L. Capacidade funcional. In: NÉRI, A. L.(Org.). **Palavras-chave em Gerontologia**. 2 ed. Campinas: Alínea; 2005.

BAILEY JR., D. E.; STEWART, J. L. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. In: ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, M. A. (Ed.). **Modelos y teorías en enfermería**. 7. ed. Madrid: España: Elsevier Science, 2011. p. 599-617.

BAILEY JR., D. E.; WALLACE, M.; MISHEL, M. H. Watching, waiting and uncertainty in prostate cancer. **J Clin Nurs**. v. 16, n. 4, p. 734-741, 2007.

BAILEY, D. E.; MISHEL, M. H. et al. Uncertainty intervention for watchful waiting in prostate cancer. **Cancer Nurs**. v. 27, n. 5, p. 339-346. Sep.-Oct. 2004.

BALDANI, M. H. et al. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Rev Bras Epidemiol**. v. 13, n. 1, p. 150-162, 2010.

BARBOSA, I. V. **Tradução, Adaptação e Validação da Mishel: Uncertainty in illness scale for family**: Aplicação em familiares de Pessoas com Paraplegia. 2012. 130f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

BARRETO, N. J. **Avaliação prospectiva do risco cardiopulmonar em cirurgia abdominal alta eletiva**. 2000. 116 f. Tese (Doutorado em Pneumologia) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

BARRETO, R. A. S. S. et al. A necessidade de informação do cliente em pré-operatório de colecistectomia. **Reme**. v. 14, n. 3, p. 369-375, 2010.

BARROS, A. F.; UEMURA, G.; MACEDO J. L. S. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 35, n. 10, p. 458-463, 2013.

BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BARROS, A. L. B. L. et al. **Processo de enfermagem: guia para a prática**. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: COREN-SP, 2015. p. 113.

BASSE, L. et al. Functional recovery after open versus laparoscopic colonic resection: a randomized, blinded study. **Ann Surg**. v. 241, n. 3, p. 416-423, 2005.

BAY, E.; ALGASE, D. Fear and Anxiety: A simultaneous concept analysis. **Nursing Diagnosis**. v. 10, n. 3, p. 103-111, 1999.

BECHARA, R. N. et al. Abordagem multidisciplinar no ostomizado. **Rev.Bras Coloproct**. v. 25, n. 2, p. 146-149, 2005.

BEGOSSI, J. **O luto do filho perfeito: um estudo psicológico sobre os sentimentos vivenciados por mães com filhos portadores de paralisia cerebral**. 2003. 127p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2003.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatria**, v. 52, n. 1, 1994.

BERTONCELLO, K. C. G.; CAVALCANTI, C. A. K.; ILHA, P. Diagnósticos reais e proposta de intervenções de enfermagem para os pacientes vítimas de múltiplos traumas. **Rev. Eletr. Enf**. v. 15, n. 4, p. 905-914, 2013.

BITENCOURT, G. R. et al. Comparação de diagnósticos de enfermagem em adultos e idosos hospitalizados no pós-operatório. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 13, n. 4, p. 604-611, Out-dez. 2011.

BITTENCOURT, V. L. L. et al. Fatores associados ao risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 51, e03237, 2017.

BOLÍVAR MONTES, L. A.; MONTALVO, A. Uncertainty Associated to Parents of Preterm Infants Hospitalized in Neonatal Intensive Care Units. **Invest Educ Enferm**. v. 34, n. 2, p. 360-367, Jun. 2016.

BORGFELDT, C.; ANDOLF, E. Transvaginal ultrasonographic findings in the uterus and the endometrium: low prevalence of leiomyoma in a random sample of women age 25-40 years. **Acta Obstet Gynecol Scand**. v. 79, n. 3, p. 202-207, 2000.

BRADEN, B. J.; BERGSTROM, N. A conceptual schema for study of the etiology of pressure sores. **Rehabil. Nurs**. v.12, n. 1, p. 87-89, 1987.

BRAGA, S. F. M. et al. Sobrevida e risco de óbito de pacientes após tratamento de câncer de próstata no SUS. **Rev Saúde Pública**. v. 51, n. 0, p. 46, 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2018.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015. 122 p.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. (Série B. Textos básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente. **Protocolo de Prevenção de Quedas** [Internet]. Brasília: ANVISA; 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília: Ministério da Saúde, 1. ed.- 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015, 100 p.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 108p.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 31/01/2018.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. 2 v. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BRUYLANDS, M.; PAANS, W.; HEDIGER, H.; MÜLLER-STAUB, M. Effects on the quality of the nursing care process through an educational program and the use of electronic nursing documentation. **Int J Nurs Knowl.**; v. 24, n. 3, p. 163-170, 2013.

BULLETINS-GYNECOLOGY. ACoP. ACOG practice bulletin. Surgical alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. **Int J Gynaecol Obstet.** v. 73, n. 3, p. 285-293, 2001.

CANEDO, B. S. **Mini-exame do estado mental como instrumento de avaliação cognitiva: uma revisão bibliográfica**. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES, Centro Universitário de Brasília - UniCEUB. Brasília, 2013.

CARNEIRO, F. S, et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 204-211, abr-jun. 2011.

CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. 2. ed. Barueri: Manole, 2016.

CASCAIS, A. F. M. V.; MARTINI, J. G.; ALMEIDA, A. P. J. S. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto Contexto Enferm**. v. 16, n. 1, p. 163-7, 2007.

CAVENAGHI, J. E. A. S; CARVALHO, L. F. B. A. Distribuição espacial da transição religiosa no Brasil. **Rev. Tempo Social**. v. 29, n. 2, p. 215-242, 2017.

CENTER, M. M.; JEMAL, A.; WARD, E. International Trends in Colorectal Cancer Incidence Rates. **Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention**, Philadelphia, v. 18, n. 6, p. 1688-1694, 2009.

CHÁVEZ, F. S.; CHOCANO, A. D. “Órgãos” ou “estruturas” fonoarticulatórias: um deslinde teórico- conceitual. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 5, p. 721-726, Oct. 2010.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. et al. Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. v. 49, p. 15, 2015.

CHIBENI, S. S. Certezas e incertezas sobre as relações de Heisenberg. **Revista Brasileira de Ensino de Física**. v. 27, n. 2, p. 181 – 192, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbef/v27n2/a02v27n2.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

CHOU-PING C.; YUN-CHEN, C. Effectiveness of multimedia interactive patient education on knowledge, uncertainty and decision-making in patients with end-stage renal disease. **J ClinNurs**.v. 21, p. 1223-1231, mai-ago. 2011.

CLAYTON, M. F.; MISHEL, M. H.; BELYEA, M. Testing a Model of Symptoms, Communication, Uncertainty, and Well-Being, in Older Breast Cancer Survivors. **Research in Nursing & Health**. v. 29, n. 1, p. 18-39, 2006.

COLDITZ, G. A.; SELLERS, T. A.; TRAPIDO, E. Epidemiology – identifying the causes and preventability of cancer? **Nature**. v. 6, p. 75-85, 2006.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (CODEPLAN). **A população negra no Distrito Federal Analisando as Regiões Administrativas**. 2014.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (CODEPLAN). **Perfil dos idosos no distrito federal, segundo as regiões administrativas**. 2013.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (CODEPLAN). **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal – PDADDF – 2015**. Brasília, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providencias. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 08/02/2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a

implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 08/02/2018.

COSTA, D. M. J. M.; FERREIRA, P. L. Escalas de avaliação de risco de quedas. **Rev Enferm Ref.** v. 4, n. 2, p.153-161, 2014.

COSTA, P. C.; LEITE, R. C. B. O. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 55, n. 4, p. 355-364, 2009.

COSTA, S. G. R. S. et al. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 676-681. Dez. 2011.

COSTA, V. A. F. S. C.; SILVA, S. C. F. S.; LIMA, V. C. P. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Rev. SBPH.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 282-298, 2010.

CRESWELL, J. W. **Pesquisa de métodos mistos.** Porto Alegre: Penso, 2013.

CUNNINGHAM, G. R.; KADMON, D. Medical treatment of benign prostatic hyperplasia. **Rev Urol.** v. 13, n. 1, p. 20-33, 2011.

DANAEI, G. et al. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of mine behavioral and environmental risk factor. **The Lancet.** v. 366, p. 1784-1793, 2005.

DARAI, E. et al. Vaginal hysterectomy for enlarged uteri, with or without laparoscopic assistance: randomized study. **Obstet Gynecol.** v. 97, n. 5, p. 712-716, 2001.

DAVIS, T. C. et al. Health literacy and cancer communication. **CA: A Cancer J Clin.** v. 52, n. 3, p. 134-149, Mai-Jun. 2002.

DAVISON, B. J.; GOLDENBERG, S. L. Decisional regret and quality of life after participating in medical decision-making for early-stage prostate cancer. **BJU International.** v. 91, n. 1, p. 14-17, jan. 2003.

DEANE, K. A.; DEGNER, L. F. Information needs, uncertainty, and anxiety in women who had a breast biopsy with benign outcome. **Cancer Nursing,** v. 21, p. 117-126, 1998.

DIAS, A. P. T. P.; GOLLNER, A. M.; TEIXEIRA, M. T. B. Câncer Colorretal Rastreamento, prevenção e controle. **HU rev, Juiz de Fora,** v. 33, n. 4, p.125-131, out./dez. 2007.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública.** v. 46, p. 126-134, 2012.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira adaptada da Edmonton Frail Scale para idosos residentes na comunidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 21, n. 6, p. 1330-6, nov.-dez. 2013.

- FALCI, E. F. et al. Risk of surgical site infection in patients undergoing orthopedic surgery. **Revista latino-americana de Enfermagem**.v. 19, n. 6, p. 1362-1368, Nov-dez. 2011.
- FELICIO, S. J. O. et al. Mortalidade da colecistectomia videolaparoscópica de urgência versus operação eletiva para colecistite aguda. **ABCD Arq Bras Cir Dig**. v. 30, n. 1, p. 47-50, 2017.
- FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. **Eur J Cancer**. v. 49, n. 6, p. 1374-1403, Apr. 2013.
- FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, Genève, v. 136, n. 5, p. 359-386, 2015.
- FERNANDES, M. G. M. et al. Diagnósticos de enfermagem do domínio atividade/repouso evidenciados por idosos em tratamento hemodialítico. **Rev Rene**. v. 13, n. 4, p. 929-937, 2012.
- FERREIRA, A. M.; ANDRADE, D. Sítio cirúrgico: avaliação e intervenções de enfermagem no pós-operatório. **Arquivos de ciências da saúde**. v. 13, n. 1, p. 27-33, 2006.
- FERREIRA, M. L. S. M.; FRANCO, C. B.; QUEIROZ, F. C. Construindo o significado da mastectomia: experiência de mulheres no pós-operatório. **Rev. Ciênc. Méd.** v. 11, n. 1, p. 47-54, 2002.
- FERREIRA, R. C. et al. Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2375-2385, nov. 2009.
- FERREIRA, S. A. L.; ECHER, I. C.; LUCENA, A. F. Nursing diagnoses among kidney transplant recipients: evidence from clinical practice. **Int J Nurs Knowl**. v. 25, n. 1, p. 49-58, 2014.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **J Psychiatr Res**, v. 12, p. 189-198, 1975.
- FONTES, C. M. B.; CRUZ, D. A. L. M. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. **Rev.da Escola de Enfermagem USP**, v. 41, n. 3, p. 395-402, 2007.
- FORTUNATO, J. G. S.; FURTADO, M. S.; HIRABAC, L. F. A.; OLIVEIRA, J. A. Escalas de dor no paciente crítico: Uma revisão integrativa. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 110-117, 2013.
- FRANÇA, M. J. D. M. et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes com necessidade de locomoção afetada internados em uma unidade hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.** v. 15, n. 4, p. 878-85, 2013.
- FREDERICKS, S. et al. Postoperative Patient Education: A Systematic Review. **Clin Nurs Res**. v. 19, n. 2, p.144-164, May. 2010.

GARCIA, J. B. S. et al. Aprimorar o conhecimento da dor no pós-operatório na América Latina. **Rev Bras Anestesiologia**. v. 67, n. 4, p. 395-403, 2017.

GERBERSHAGEN, H. J.; ADUCKATHIL, S.; VAN, W. A. J. M. et al. Pain intensity on the first day after surgery. **Anesthesiology**. v. 118, n. 4, p. 934-944. Apr. 2013.

GIAMMANCO, M. D. M. A. et al. Adaptation of the Mishel Uncertainty of Illness Scale (MUIS) for chronic patients in Italy. **Journal of Evolution in Clinical Practice**. v. 21, n. 4, p. 649-655, aug. 2015.

GIORDANI, A. T. et al. Perfil de Pacientes Cirúrgicos Atendidos em um Hospital Público. **Rev enferm UFPE**. v. 9, n. 1, p. 54-61, 2015.

GOMES, R.; NASCIMENTO E. F.; ARAÚJO F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 3, p.565-574, 2007.

GOMEZ-PALENCIA, I. P.; CASTILLO-AVILA, I. Y.; ALVIS-ESTRADA, L. R. Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. **Aquichán**, Bogotá, v. 15, n. 2, p. 210-218, Apr. 2015.

GONÇALVES, K. K. N. et al. Ansiedade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev Bras Enferm**. v. 69, n. 2, p. 397-403, mar-abr. 2016.

GONDIM, K. M.; CARVALHO, Z. M. F. Sentimentos das mães de crianças com paralisia cerebral à luz da teoria de Mishel. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 11-16, 2012.

GRATZKE, C. et al. EAU Guidelines on the assessment of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. **European Urology**, Amsterdam, v. 67, n. 6, p. 1099-1109, Jun. 2015.

GREEN, C. R.; MONTAGUE, L.; HART-JOHNSON, T. A. Consistent and breakthrough pain in diverse advanced cancer patients: a longitudinal examination. **J Pain Symptom Manage**. v. 37, n. 5, p. 831-847, 2009.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Rev bras cancerol**. v. 51, n. 3, p. 227-234, Fev. 2005.

GÜLER, E. K.; ESER, I.; KHORSHID, L.; YUCEL SC. Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: A case in Turkey. **Nurs Outlook**. v. 60, n. 1, p. 21-28, 2012.

GUTIÉRREZ, M. G. R.; MORAIS, S. C. R. V. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. **Rev Bras Enferm**. v. 70, n.2, p.455-460, 2017.

HAGEN, K. B. et al. Illness uncertainty in breast cancer patients: validation of the 5-item short form of the Mishel Uncertainty in Illness Scale. **Eur J Oncol Nurs**. v. 19, n. 2, p. 113-119, Apr. 2015.

HALL, D.; MISHEL, M. H.; GERMINO, B. B. Living with cancer-related uncertainty: associations with fatigue, insomnia, and affect in younger breast cancer survivors. **Support Care Cancer**. v. 22, n. 9, p. 2489-95, Sep. 2014.

HARENBERG, J. et al. Cutaneous reactions to anticoagulants: recognition and management. **Am J Clin Dermatol**. v. 2, n. 2, p. 69-75, 2001.

HILTON, B. A. The relationships of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer. **J Behav Med**. v. 12, n. 1, p. 39-54, fev. 1989.

HOFVIND, S.; URSIN, G.; TRETLI, S.; SEBUODEGARD, S.; MOLLER, B. Breast cancer mortality in participants of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. **Cancer**. v. 119, n. 17, p. 3106-3112, 2013.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HUANG, A.P. S.; SAKATA, R. K. Dor após esternotomia – revisão. **Rev. Bras. Anesthesiol**. Campinas, v. 66, n. 4, July/Aug. 2016.

JANSSEN, A. M. S. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev Pesq Saúde**. v. 16 n. 1, p. 29-33, jan-abr. 2015.

JEON, B. H. Relationships between gastrointestinal symptoms, uncertainty, and perceived recovery in patients with gastric cancer after gastrectomy. **Nursing & Health Sciences**. v. 18, n. 1, p. 23-29, Mar. 2016.

JESUS, F. R.; DINIZ, J. C. Prevalência da constipação intestinal em idosos: uma associação aos seus fatores desencadeadores. revista brasileira de ciências da vida. **Revi. bras. de cienc. Vida**. v. 5, n. 2, 2017.

JUNGES, V. M. et al. Perfil do paciente obeso e portador de síndrome metabólica candidato à cirurgia bariátrica em uma clínica particular de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Sci Med**. v. 26, n. 3 p. 26, 2016.

JUNTILA, K.; HUPLI, M.; SALANTERÄ, S. The use of nursing diagnoses in perioperative documentation. **Intern J Nurs Term Clas**. v. 21, n. 2, p. 57-68, 2010.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-919, set. 1963.

KHASTGIR, G.; STUDD, J. W. W.; CATALAN, J. The psychological outcome of hysterectomy. **Gynecol Endocrinol**. v. 14, n. 2, p. 132-141, Apr. 2000.

KIM, S. H.; LEE, R.; LEE, K. S. Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: differences by treatment trajectory. **Journal of Clinical Nursing**. v. 21, n. 7, p. 1014–1023, Apr. 2012.

LEAHY, J. L.; BONNER-WEIR, S.; WEIG, G. C. B-cell dysfunction induced by chronic hyperglycemia. **Diabetes Care**. v. 15, p. 442-55, 1992.

LEATHERLAND, S. Continuing care of the renal patient: A guide for nurses. **Dial Transplant**. v. 1, p. 6-18, 2007.

LEDUR, P. et al. Predictors of infection in post-coronary artery bypass graft surgery. **Revista Brasileira Cirurgia Cardiovascular**. v. 26, n. 2, p. 190-196, May. 2011.

LEE, I.; et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. **Lancet**. v. 380, n. 9838, p. 219-229, Jul. 2012.

LERMAN, C. et al. Communication between patients with breast cancer and health care providers. **Determinants and implications Cancer**. v. 72, n. 9, p. 2612, 1993.

LEVETAN, C. S.; MAGEE, M. F. Hospital management of diabetes. **Endocrinol Metab Clin. North Am.**: v. 29, n. 55, p. 745-770, 2000.

LIAO, M. et al. Healthcare and support needs of women with suspected breast cancer. **Journal of Advanced Nursing**, v. 60, p. 289–298, 2007.

LIAO, M.; CHEN, M.; CHEN, S. Uncertainty and anxiety during the diagnostic period for women with suspected breast cancer. **Cancer Nursing**. v. 31, p. 274–283, 2008.

LIEN, C. Y. et al. Perceived uncertainty, social supportive and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. **J. Clin. Nurs**. v. 18, n. 16, p. 2311-2319, Aug. 2008.

LIMA, N. F.; CARVALHO, A. L. Redução do tempo de hospitalização após cirurgia torácica de grande porte: identificação de fatores determinantes. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. v. 30, n. 5, p. 359-365. Mai-Jun. 2003.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001.

LOPES, C. M. M. et al. Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 24, 2016.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev Bras Enferm**. v. 66, n. 5, p. 649-655, 2013.

LORENZETTI, J. et al. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1104-1112, Out-Dez. 2015.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, 2006.

MAGALHÃES, L. F. A. Fontes de dados demográficos e estudos de população em Santa Catarina. **Revista NECAT**. Florianópolis, v. 4, n.7, p. 23-37, Jan-Jun, 2015.

MALTA, D. C. et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiol. Serv. Saude.** v. 25, n. 2, p. 373-390, abr-jun 2016.

MALTA, D. C.; NETO, O. L. M.; JUNIOR, J. B. S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saude.** Brasília. v. 20, n. 4, dez. 2011.

MARCONLINO, J. A. M. et al. Medida da Ansiedade e da Depressão em Pacientes no Pré-Operatório. Estudo Comparativo. **Rev Bras Anestesiol.** v. 57, n. 2, p. 157-166, 2007.

MARIEB, E.; WILHELM, P.; MALLATT, J. **Anatomia Humana.** 7. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2014.

MARIETTO, M. L.; SANCHES, C.; MEIRELES, M. Teoria do caos: uma contribuição para a formação de Estratégias. **RIAE.** v. 10, n.3, p. 66-93, 2011.

MARIN, M. J. S. et al. Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um Programa de Saúde da Família (PSF). **Esc Anna Nery Rev Enferm,** v. 12, n. 2, p. 278-284, jun. 2008.

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. A.; FRANÇA, E. B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saude.** v. 25, n. 4, p. 713-724, 2016.

MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G. R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 20, n. 3, p. 583-589, Jun. 2012.

MARTINS, T. et al. Pré-operatório de cirurgias potencialmente contaminadas: fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico. **Acta Paul Enferm.** v. 30, n. 1, p. 16-24, 2017.

MATA, L. R. F. et al. Acompanhamento telefônico de pacientes pós-prostatectomia radical: revisão sistemática. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v. 22, n. 2, p. 337-345, 2014.

MATTIA, A. L, et al. Hipotermia em pacientes no período perioperatório. **Rev. Esc. Enferm USP.** v. 46, n. 1, p. 60-66, 2011.

McCORKLE, et al. Effects of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers. **Psycho-Oncology.** v.18, n. 1, p. 62-70, 2009.

McCORKLE, R. et al. Effects of Advanced Practice Nursing on Patient and Spouse Depressive Symptoms, Sexual Function, and Marital Interaction after Radical Prostatectomy. **Urol Nurs.** v. 27, n. 1, p. 65-77, 2007.

McCORMICK, K. M. A concept analysis of uncertainty in illness. **Image: J Nurs Scholarsh.** v. 34, p. 127-131, 2002.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MELEIS, A.I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5. ed. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

MELO, M. C. B.; BARROS, E. N. Histerectomia e simbolismo do útero: possíveis repercussões na sexualidade feminina. **SBPH**. v. 12, n. 2, p. 80-99, 2009.

MELO, R. P. P. et al. Risk for decreased cardiac output: validation of a proposal for nursing diagnosis. **Nurs Crit Care**. v. 16, n. 6, p. 287-294, 2011.

MENDOZA, I. Y. Q.; PENICHE, A. C. G. Conhecendo o perfil do idoso cirúrgico. **Saúde Coletiva**. v. 6, n. 30, p. 104-108, 2009.

MENGUE, S. S. et al. Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev bras epidemiol**. v. 18, n. 2, p. 192-203, 2015.

MERIGHI, M. A. B. et al. Experiências e expectativas de mulheres submetidas à histerectomia. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 608-615, Sept. 2012.

MISHEL, M. H. et al. Uncertainty in illness theory: A replication of the mediating effects of mastery and coping. **Nursing Research**.v.40, p. 236–240, 1991.

MISHEL, M. H. et al. Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects. **Cancer**. v. 94, n. 6, p. 1854–1866, 2002.

MISHEL, M. H. et al. Managing uncertainty about treatment decision making in early stage prostate cancer: A randomized clinical trial. **Patient Education and Counseling**. v. 77, n. 3, p. 349-359. Dec. 2009.

MISHEL, M. H. Parent's perception of uncertainty concerning their hospitalized child. **Nursing Research**. v. 32, n. 6, p. 324-330, 1983.

_____. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. **Image the Journal of Nursing Scholarship**. v. 22, n. 4, p. 256-262, 1990.

_____. Response to “validation of the Swedish version of the Mishel Uncertainty in Illness Scale. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**. v. 5, n. 1, p. 67-70, 1991.

_____. The measurement of uncertainty in illness. **Nurs Res**, v. 30, .n. 5, p. 258-263. Sep.-Oct. 1981.

_____. Uncertainty in Chronic Illness. **Annual Review of Nursing Research**, v. 17, n. 1, p. 269-294, 1999.

_____. **Uncertainty in illness Scales Manual**. Carolina: University of North Carolina – Chapel Hill, School of Nursing; Chapel Hill, NC: 1997b.

_____. Uncertainty in illness. **The Journal of Nursing Scholarship**. v. 20, n. 4 p. 225–232, 1988.

_____. Perceived Uncertainty and Stress in Illness. **Research in Nursing and Health**. v. 7, p. 163-171, 1984.

_____. Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. **Journal of Nursing Scholarship**. v. 22, n. 4, 1990.

MISHEL, M. H.; BRADEN, C. J. Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. **Nurs Res**. v. 37, n. 2, p. 98-103, Mar-Apr. 1988.

MISHEL, M. H.; GERMINO, B. B.; GIL, K. M. et al. Benefits from an uncertainty management intervention for African-American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. **Psycho-Oncology**. v. 14, n. 11, p. 962-978, 2005.

MISHEL, M. H.; SORENSON; D. S. Uncertainty in gynecological cancer: A test of the mediating functions of mastery and coping. **Nursing Research**. v. 40, p. 161-171, 1991.

MONTGOMERY, M.; BERENTEIN, E.; MARCOLINO, E. Aspectos psicossomáticos e sexuais da cirurgia ginecológica. In: Carneiro de Oliveira, H. & Lemgruber, I. (Org.). **Tratado de Ginecologia**. p. 1353-1365. Rio de Janeiro: FEBRASG. Vol. II. 2002.

MOORE, K. L.; DALLEY, A. F. **Anatomia orientada para a clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

MORONI, R. M. et al. Presentation and treatment of uterine leiomyoma in adolescence: a systematic review. **BMC Womens Health**. v. 15, n. 4, Jan. 2015.

MORSE, J. et al. Development of a scale to identify the fall-prone patient. **Canadian Journal on Aging**. v. 8, n. 4, p. 366-377, 1989.

MOURA, F. M. J. S. et al. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 477-484, jul-set. 2010.

MOURA, M. L. O.; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol**. v. 15, n. 3, p. 523-535, 2012.

MULLER, M. M.; GUIMARAES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 24, n. 4, p. 519-528, out-dez. 2007.

MUNHOZ, O. L. et al. Perfil dos pacientes e dos incidentes em unidade de Clínica Cirúrgica. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 12, n. 2, p. 416-423, fev. 2018.

NAPOLEÃO, A. A.; CALDATO, V. G.; PETRILLI, F. J. F. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. **Rev. Eletr. Enf.** v. 11, n. 2, p. 286-294, 2009.

NASCIMENTO, D. M. et al. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 165-173, abr-jun. 2011.

NASCIMENTO, K. T. S. et al. Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 435-440, jul-set. 2014.

NAVARRO-GARCÍA, M. A. et al. Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: risk factors and postoperative morbidity in the intensive care unit. **Rev Esp Cardiol**. v. 64, n. 11, p. 1005-1010, 2011.

NEGREIROS, R. V. et al. Diagnóstico de enfermagem: segunda fase do processo de enfermagem. In: NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. (Org.). **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Enfermagem, 2009.

NETO, J. M. R.; FONTES, W. D.; NÓBREGA, M. N. L. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. **Rev Bras Enferm**. v. 66, n.4, p. 535-542, 2013.

NETO, L. J.; THOMSON, J. C.; CARDOSO, J. R. Complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgias eletivas e de urgência e emergência em um Hospital Universitário. **J Bras Pneumol**. v. 31, n. 1, p. 41-47, 2005.

NOBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. João Pessoa: Imprima editora, 2007.

NOGUEIRA, J. K. S.; RODRIGUES; M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm**. v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015.

NOGUEIRA, J. W. S. **Atuação da equipe de enfermagem na higiene bucal preventiva de pacientes dependentes de cuidados**. 2016. 148 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília.

NOH, H. K.; LEE, E. Relationships among NANDA-I diagnoses, nursing outcomes classification, and nursing interventions classification by nursing students for patients in medical surgical units in Korea. **Int J Nurs Knowl**. v. 25, n. 1, p. 1-9, 2014.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION INTERNATIONAL (NANDA-I). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2015-2017**. Tradução: Regina Machado Garcez. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015, 468 p.

NOVAES, E. S.; TORRES, M. M.; OLIVA, A. P. V. Diagnósticos de enfermagem em clínica cirúrgica. **Acta paul. enferm**. São Paulo, v. 28, n. 1, p. 26-31, Feb. 2015.

NUNES, M. P. R. S. et al. Representações de mulheres acerca da histerectomia em seu processo de viver. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 574-581, Sept. 2009.

OLIVEIRA, R. M. et al. Dor e analgesia pós-operatória: análise dos registros em prontuários. **Rev. Dor**. São Paulo, v. 14, n. 4, Oct./Dec. 2013.

OLIVEIRA, S. K. P. et al. Sistematização da assistência de enfermagem às mulheres mastectomizadas. **Cogitare Enferm**. v. 15, n. 2, p. 319-326, Abr-Jun. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - Cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2009.

ORTEGA, C. T.; AMARO, P. P. Adaptación cultural de la escala de incertidumbre de Mishel en el paciente tratado con hemodiálises. **Enferm Clin.** v. 25, n. 1, p. 9-18, 2015.

PAANS, W.; NIEWEG, R. M. B.; SCHANS, C. P.; SERMEUS, W. What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. **J Clin Nurs.**; v. 20, n. 1, p.:2386-2403, 2011.

PAIVA, I. Diabetes *Mellitus* e Cirurgia: Preparação do doente diabético para cirurgia. **Acta MÉDICA PORTUGUESA.** v. 17, p. 94-99, 2004

PARANAGUÁ, T. T. B. et al. Indicadores de assistência em uma clínica cirúrgica. **Enfermería Global**, n. 43, p. 239-249, Jul. 2016.

PATTERSON, D. S. Coping with uncertainty in gynecological cancer: a test of the mediating functions of mastery and coping. **Nurs Res.** v. 40, n.3, p. 167-171, 1981.

PAULA, G. R. et al. Assistência de enfermagem e dor em pacientes ortopédicos na recuperação anestésica, no Brasil. **Rev Dor.** São Paulo, v. 12, n. 3, p. 165-269, 2011.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços da saúde: instrumentos para a construção da prática profissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

PEREIRA, A. A.; CEOLIM, M. F.; NERI, A. L. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 535-546, mar. 2013.

PEREIRA, J. C.; STUCHI, R. A. G.; SENA, C. A. Proposta de sistematização da assistência de enfermagem pelas taxonomias nanda/nic/noc para o diagnóstico de conhecimento deficiente. **Cogitare Enferm.** v. 15, n. 1, p. 74-81, 2010.

PEREIRA, R. J.; MUNESHIKA, M.; SAKATA, R. K. Tratamento da dor após procedimento cirúrgico ambulatorial. **Rev. Dor.** São Paulo, v. 14, n. 1, Jan.-Mar. 2013.

PIMENTA, C. A. M. Cateter peridural para analgesia domiciliar: uma terapia para dor oncológica. **Rev Esc Enf USP.** v. 27, n. 1, p. 175-181, 1993.

PINHEIRO, T. S.; ALMEIDA, T. F. A saúde bucal em pacientes de uti. **Revista Bahiana de Odontologia.** v. 5, n. 2, p. 94-103, Ago. 2014.

PIRES, D. E. P. P. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. **Rev. Bras. Enferm.** v. 66, p. 39-44, 2013.

PIVOTO, F. L. et al. Nursing diagnoses in patients in the postoperative period of cardiac surgery. **Acta Paulista de Enfermagem.** v. 23, n. 5, p. 665-670, May. 2010.

POPOV, D. C. S.; PENICHE, A. C. G. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós- -anestésica. **Rev Esc Enferm USP**. v. 43, n. 4, p. 953-961. 2009.

POSSARI, J. F. **Centro cirúrgico: Planejamento, organização e gestão**. São Paulo: látria, 2014.

PRITCHARD, M. J. Managing anxiety in the elective surgical patient. **Br J Nurs**. v. 18, n. 7, p. 416-419, Apr. 2009.

REIS, S. C. G. B.; MARCELO, V. C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 191-199, 2006.

RIBEIRO, A. L. C. et al. Morbi-mortalidade em cirurgia de correção de aneurisma de aorta em um hospital público de Fortaleza-CE: estudo retrospectivo. **Saúde (Santa Maria)**. Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 111-116, Jan.-Jul 2015.

RIBEIRO, J. P. et al. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psico espirituais. **J. res.: fundam. care**. v. 8, n. 4, p. 5136-5142, 2016.

ROCHA, J. C.; ROCHA, A. T. Abordagem pré-operatória do paciente hipertenso: riscos orientações. **Rev. Soc Cardiol**. São Paulo, v. 10, n. 3, Mai-Jun. 2000.

SALOMÃO, A. B.; NASCIMENTO, J. E. A.; CAPOROSSI, C. Risco nutricional em cirurgia avaliado pelo índice de massa corporal ajustado ou não para pacientes idosos. **Arq Gastroenterol**. São Paulo, v. 43, n. 3, Jul-Set. 2006.

SALVADOR, R. T.; VARGENS, O. M. C.; PROFIANI, J. M. Sexualidade e histerectomia: mitos e realidade. **Rev. Gaucha Enferm**. v. 29, n. 2, p. 320-304, 2008.

SALVIANO, M. E. M. S. et al. Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. **Rev. Bras. Enferm**. v. 69, n. 6, p. 1240-1245, 2016.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: McGeaw-Hill, 2013. P. 170-190.

SANTOS, A. P. A.; LAUS, A. M.; CAMELO, S. H. H. O trabalho da enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. **ABCS Health Sci**. v. 40, n. 1, p. 45-52, 2015.

SBROGGIO, A. M. R.; OSIS, M. J. M.; BELDONE, A. J. O significado da retirada do útero para mulheres: um estudo qualitativo. **Rev Assoc Med Bras**. v. 51, n. 5, p. 270-274, 2005.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Esc. Anna Nery** [online]. v. 14, n. 1, p.182-188, 2010.

SCHERB, C. A.; HEAD, B. J.; MAAS, M. L.; SWANSON, E. A.; MOORHEAD, S.; REED, D. et al. Most frequent nursing diagnoses, nursing interventions, and nursing-sensitive patient

outcomes of hospitalized older adults with heart failure: Part 1. **Intern J Nurs Term Clas.** v. 22, n. 1, p. 13-22, 2011.

SCHULMAN-GREEN, D. et al. Quality of life among women after surgery for ovarian cancer. **Palliat Support Care.** v.6, n.3, p. 239-247, 2008.

SECOLI, S. R. et al. Dor pós-operatória: combinações analgésicas e eventos adversos. **Rev Esc Enferm USP.** v. 43, n. 2, p. 1244-1249, 2009.

SEGANFREDO, D. H.; ALMEIDA, M. A. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem.** v. 19, n. 1, p. 34-41, 2011.

SELL, B. T., et al. Eventos adversos em uma unidade de internação cirúrgica: Estudo descritivo. **Rev. SOBBEC.** v. 21, n. 3, p. 146-153, 2016.

SESTI, F.; RUGGERI, V.; PIETROPOLLI, A.; PICCIONE, E. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus vaginal hysterectomy for enlarged uterus. **JLS.** v. 12, n. 3, p. 246-251, 2008.

SILVA, A. G. I. da et al. Dificuldades dos estudantes de enfermagem na aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, na perspectiva da metacognição. **Esc. Anna Nery.** v. 15, n. 3, p. 465-471, 2011.

SILVA, C. M. C.; SANTOS, I. M. M.; VARGENS; O. M. C. A repercussão da histerectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 14, n. 1, p. 76-82, 2010.

SILVA, C. M. C.; VARGENS, O. M. C. A mulher que vivencia as cirurgias ginecológicas: enfrentando as mudanças impostas pelas cirurgias. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 24, e2780, 2016.

SILVA, F.K.S.; SILVA, M. B. G.; GOMES, A. M. T. Conhecendo as formas de cuidar dos enfermeiros de centro cirúrgico-Uma construção a partir da teoria fundamentada nos dados. **Texto Contexto Enferm.** FLORIANÓPOLIS, v. 23, n.3, p. 696-703, 2014.

SILVA, I. R. et al. Aprender pela pesquisa: do ensino da ciência ao campo assistencial da enfermagem. **Escola Anna Nery.** v. 21, n. 4, e20160329, 2017.

SILVA, J. A.; Ribeiro-Filho, N. P. A dor como um problema psicofísico. **Rev Dor.** São Paulo, v. 12, n. 2, p. 138-51, abr-jun. 2011.

SILVA, R. M. et al. Orientações pré-operatórias recebidas por pacientes submetidos à cirurgia oncológica. **Rev. Cient. Sena Aires.** v. 6, n. 2, p. 116-125, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO. **Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas – SOBECC.** São Paulo: SOBECC; 2013.

SOUSA, C. A. P. B. et al. A prevalência de incontinência urinária em pacientes prostatectomizados. **Ensaio e Ciência**. v. 16, n. 6, p. 129-139, 2012.

SOUSA, L. P. et al. Histerectomia total e subtotal: há diferença quanto ao impacto na sexualidade? **Reprod. Clin.** v. 28, n. 3, p. 117-121, 2013.

SOUSA, M. S. et al. Indicações e tempo de permanência em internação pós-cirúrgica em um hospital público da cidade de São Paulo – SP. **Rev. Gestão em Sistemas de Saúde**. v. 1, n. 1, p. 108-115, jan./jun. 2012.

SOUZA, A. A.; SOUZA, Z. C.; FENILI, F. M. Orientação pré-operatória ao cliente: uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [periódico na Internet]. Goiânia, v. 7, n. 2, p. 215-220, 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/relato_01.htm>. Acesso em 15/05/2017.

SOUZA, P. C. M. et al. As repercussões de viver com uma colostomia temporária nos corpos: individual, social e político. **Rev. Eletr. Enf.** v. 13, n. 1, p. 50-59. Jan.-Mar. 2011.

SOUZA, T. M.; CARVALHO, R.; PALDINO, C. M. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. **Rev. SOBECC**, São Paulo. v. 17, n. 4, p. 33-47, out-dez. 2012.

SPEKSNIJDER, H. T.; MANK, A. P.; ACHTERBERG, T. Nursing diagnoses (NANDA-I) in Hematology-Oncology: A Delphi-Study. **Intern J Nurs Term Clas.** v. 22, n. 2, p. 77-91, 2011.

SUSUKI, M. Quality of life, Uncertainty, and Perceived Involvement in Decision Making in Patients With had and Neck Cancer. **Oncology Nursing Forum**. v. 39, n. 6, p. 541-548, nov. 2012.

TAKESHITA, I. M.; ARAUJO, I. E. M. A. Estratégias de comunicação e interação do enfermeiro com o paciente inconsciente. **Reme- Rev. Min. Enferm**, v. 15, n. 3, p. 313-323, jul-set. 2011.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TEICHMANN, L. et al. Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. **Ver Bras Epidemiol**. v. 9, n. 3, p. 360-373, 2006.

TERRA-FILHO, M. et al. Recomendações para o manejo da tromboembolia pulmonar, 2009. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 36, supl. 1, mar. 2010.

TOMASSINI, C.; WOLF, D. A. Shrinking kin networks in Italy due to sustained low fertility. **European Journal of Population**. v. 16, n. 4, p. 353-372, 2000.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a Sua Obra** (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5. ed. Loures: Lusociência, 2002.

TRUFELLI, D. C.; MIRANDA, V. C.; SANTOS, M. B.; FRAILE, N. M.; PECORONI, P. G.; GONZAGA, S. F. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev Assoc Med Bras**. v. 54, n. 1, p. 72-76, 2008.

VARDER NIEUWENHUYZEN, M. C.; ENGBERS, F. H. et al. Computer-controlled infusion of alfentanil versus patient-controlled administration of morphine for postoperative analgesia: a double-blind randomized trial. **Anesth Analg**. v. 81, n. 4, p. 671-679, 1995.

VASCONCELOS, P. O.; NETO, S. B. C. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. **PSICO**. v. 39, n. 1, p. 58-65, jan./mar. 2008.

VOLPATO, M. P.; CRUZ, D. A. L. M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em unidade médico-cirúrgica. **Acta Paul Enferm**. v. 20, n. 2, p. 119-124, 2007.

WALLANCE, M. Finding more meaning: the antecedents of uncertainty revisited. **Journal of Clinical Nursing**. v. 14, n. 7, p. 863-868, aug. 2005.

WHITE, P. F. Pain management after ambulatory surgery. Where is the disconnect? **Can J Anaesth**. v. 55, n. 4, p. 201-207, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mortality and burden of disease. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014**: Brazil [Internet]. [Geneva]: World Health Organization; 2014 [cited 2014 out 29]. Available from: <http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf?ua=1>

_____. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000.

_____. **World Alliance for Patient Safety**. Summary of the evidence on patient safety: implications for research [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2016 Jan 5]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf>.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. Geneva: World Health Organization; 2011.

WURZBACH, M. E. Assessment and intervention for certainty and uncertainty. **Nursing Forum**. v. 27, n. 2, p.29-35, 1992.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Faculdade de Ciências da Saúde

Departamento de Enfermagem

INSTITUIÇÃO: Hospital Universitário de Brasília, Unidade: Clínica Cirúrgica.

TÍTULO DA PESQUISA: Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia para retirada de órgãos à luz da teoria da Incerteza na doença.

PESQUISADORES: Prof.^a Dr.^a Cristine Alves Costa de Jesus; Mestranda em Enfermagem Thaís Martins Gomes de Oliveira.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa, “Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia para retirada de órgãos à luz da teoria da Incerteza na doença.” sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof.^a Dr.^a Cristine Alves Costa de Jesus e Mestranda de Enfermagem Thaís Martins Gomes de Oliveira.

O objetivo desta pesquisa é identificar os diagnósticos de enfermagem – de acordo com a taxonomia da NANDA-I – dos pacientes que passaram por cirurgia de retirada de um ou múltiplos órgãos atendidos na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília, para que venha auxiliar na qualidade da assistência de enfermagem tornando-a fundamentada e sistematizada.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação se dará por meio de entrevista, exame físico e aplicação de questionário durante sua internação na clínica cirúrgica em horário a ser combinado previamente, com tempo estimado de 40 minutos. A entrevista será de uma conversa sobre sua história acerca da cirurgia, seus sentimentos sobre a doença e suas impressões pessoais sobre seu tratamento. O exame físico será de feito a partir da avaliação das partes do corpo usando as mãos e aparelhos para auscultar os sons e medir a pressão arterial – estetoscópio e esfigmomanômetro. Outras informações poderão ser obtidas do prontuário. Não serão empregados métodos alternativos (que diferem desses) e não serão empregadas medidas invasivas (que te machuque ou invada seu corpo).

Você deverá apenas responder às solicitações durante a avaliação. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são constrangimento ao responder algumas perguntas ligadas à sua intimidade ou mal estar no momento da realização dos exames de palpação e exame físico. Esses sentimentos poderão ser minimizados evitando exposição excessiva, buscando local privativo e respeitando seus sentimentos. A qualquer momento você poderá pedir esclarecimentos sobre o curso da pesquisa, acerca do que está sendo realizado e caso se sinta constrangido, a qualquer momento da entrevista ou do exame físico, poderá se recusar a dar continuidade.

O estudo poderá trazer benefícios aos pacientes internados, uma vez que o conhecimento sobre os diagnósticos de enfermagem poderá guiar melhor a assistência de enfermagem e trazer melhorias para qualidade da assistência. Os dados fornecidos servirão para os pesquisadores realizarem julgamentos clínicos e elaborarem diagnósticos de enfermagem, bem como intervenções de enfermagem, com o intuito de ajudar na construção de um corpo de conhecimentos teóricos para a enfermagem.

Todos os dados da sua participação neste estudo serão documentados e mantidos confidencialmente, não havendo nenhuma forma de identificação em relação a sua participação, ficando todas as suas informações pessoais e/ou de identificação em sigilo com os pesquisadores, podendo os dados não identificados ser publicados em revistas ou congressos científicos;

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, alimentação no local da pesquisa) serão providenciadas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília – UnB, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Thaís Martins Gomes de Oliveira, ou para o Orientador do Projeto: Cristine Alves Costa de Jesus, da Universidade de Brasília – UnB. Nos Telefones (61) 3107 1756 e (61) 86410525, no horário que desejar, sendo permitidas ligações a cobrar.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail ceps@unb.br ou cepsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura
Participante da pesquisa / Responsável

Nome / assinatura
Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados

<p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE Pesquisa: Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia para retirada de órgãos à luz da teoria da Incerteza na doença. Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira. Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus.</p>		 <p>Universidade de Brasília</p>
<p><i>Instrumento de coleta de dados</i></p>		
<p>Instrumento de coleta de dados para pacientes pós cirúrgicos baseado na teoria de Mishel</p>		
<p>Data da coleta: ____ / ____ / ____.</p>		<p>Nº: <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></p>
<p><u>Aspectos pessoais</u></p>		
<p>1. Nome: _____</p>		
<p>2. Gênero: () Feminino () Masculino.</p>		
<p>3. Idade: () 18-30 () 31-40 () 41-50 () 51-60 () 61-70 () 71-80 () >81.</p>		
<p>4. Estado civil: () Solteiro/a () Casado/a () Divorciado/a () União Estável () Viúvo/a.</p>		
<p>5. Naturalidade: _____ Procedência: _____</p>		
<p>6. Etnia: () Negro/a () Branco/a () Pardo/a () Amarelo/a () Índigena/a.</p>		
<p>7. Religião: _____</p>		
<p>8. Escolaridade: _____</p>		
<p>9. Ocupação: _____ () Ativo () Auxílio Doença () Aposentado.</p>		
<p>10. Com quem vive: _____</p>		
<p>11. Renda familiar: _____</p>		
<p>12. Rede de apoio no Distrito Federal: () não () sim.</p>		
<p>13. Prestador de cuidados: Nome: _____ Idade: _____ Vínculo com paciente: _____ Problema de saúde: _____ Uso de medicação: () não () sim. Qual/quais: _____</p>		
<p>14. Permanecerá como prestador de cuidados após alta: () não () sim.</p>		
<p>15. Habitação: Número de cômodos: _____. Água/esgoto: _____ Cuidados com o lixo: _____</p>		
<p>16. Moradia térrea: () não () sim. Possui barreiras arquitetônicas: () não () sim.</p>		
<p>17. Filhos: () sim () não. Quantidade: _____</p>		
<p>18. Diagnóstico médico: _____</p>		
<p>19. Procedimento cirúrgico realizado: _____</p>		
<p>20. Data da cirurgia: ____ / ____ / ____.</p>		
<p>21. Tempo de internação na clínica cirúrgica: _____</p>		
<p>22. Dia do pós operatório: _____</p>		
<p>23. Infecção: _____</p>		
<p>24. Desvios de saúde (comorbidades): _____</p>		
<p><u>Histórico de saúde</u></p>		
<p>25. Medicamentos ou Fármacos em uso:</p>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

26. Como adquire seus medicamentos: () SUS () comprados () ambos.
27. Alteração cardíaca: () sim () não. Qual? _____.
28. Hipertensão: () sim () não.
29. Diabetes *Mellitus*: () sim () não.
30. Hipo/Hipertireoidismo: () sim () não.
31. Alteração respiratória: () sim () não () . Qual? () DPOC () Bronquite () Asma.
Outros: _____.
32. É/já foi tabagista: () sim () não. Há quanto tempo? _____.
Carga tabágica: _____.
33. É/já foi etilista: () sim () não. Há quanto tempo? _____.
34. Vícios: () sim () não. Especificar: _____.
35. Possui histórico de depressão ou transtornos de humor: () não () sim.
Quais? _____.
36. Passado familiar: _____.
37. Histórico de TVP/TEP em parentes de 1º grau: () não () sim. Quais? _____.
38. Uso de anticoncepcional: _____.
39. Antecedentes cirúrgicos: _____.
Houve intercorrências: () não () sim. Quais? _____.
40. Internação anterior: () não () sim. Especificar: _____.
41. Possui histórico de quedas: () não () sim. Especificar: _____.
42. Restrito ao leito: () não () sim. Motivo: _____.
43. Risco de quedas: A escala de Morse.

Morse Fall Scale - Versão original ¹	Morse Fall Scale - Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil	Pontos
1. <i>History of falling</i>	1. Histórico de quedas	
Yes	Não	0
No	Sim	25
2. <i>Secondary diagnosis</i>	2. Diagnóstico Secundário	
Yes	Não	0
No	Sim	15
3. <i>Ambulation aid</i>	3. Auxílio na deambulação	
<i>Wheeled bed/Walker</i>	Nenhuma/Auxílio/Auxílio por Profissional de Saúde	0
<i>Cane/Walker</i>	Muleta/Bengala/Andador	15
<i>None</i>	Nenhuma/Auxílio	30
4. <i>Intravenous Therapy/Peripheral lock</i>	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Yes	Não	0
No	Sim	20
5. <i>Gait</i>	5. Marcha	
<i>Steepland test/Wheelchair</i>	Numeral/sem deambulação, Acumula, Cadência de Passos	0
<i>Walk</i>	Marcha	15
<i>Dependent</i>	Companheira/Cuidador(a)	25
6. <i>Mental status</i>	6. Estado Mental	
<i>Orientation over 8/10</i>	Orientado sobre quanto à sua capacidade funcional	0
<i>Orientation over 6/10</i>	Sem ou com capacidade funcional limitada	15

Fonte: Morse, 1989.

Entrevista

Dominios

Promoção da Saúde

44. Possui apoio familiar para alcançar as metas de tratamento e medidas para recuperação da saúde e qualidade de vida? () Não () Sim.

45. Tem dificuldades de aderir ao tratamento médico proposto? () Não () Sim.

46. É capaz de identificar, controlar e/ou buscar ajuda para manter sua saúde?
() Não () Sim.

Nutrição

47. Apresenta dificuldades de aceitar as dietas oferecidas? () Não () Sim.

Motivo: _____

48. Quantidade da ingestão hídrica por dia: _____

49. Episódios de engasgos: () não () sim. Quais? () sólidos () líquidos () outros.

Eliminação e troca

50. É continente vesical? () Não () Sim. É continente intestinal? () Não () Sim.

Motivo da disfunção: _____

51. Apresenta disúria/noctúria: () não () sim. Motivo da disfunção: _____

52. Retenção urinária - esvaziamento vesical incompleto: () não () sim.

53. Apresenta perdas urinárias aos esforços: () não () sim. Especificar: _____

54. Hábito intestinal: () diário () semanal. Outros: _____

55. Evacuação difícil/incompleta das fezes: () não () sim. Motivo: _____

Há quanto tempo: _____

56. Última função intestinal: _____

57. Diarréia: () não () sim. Especificar: _____

Frequência: _____

58. Escala de Bristol:

Escala de Bristol de Consistência de Fezes

Tipo 1		Pequenas bolinhas duras, separadas, como nozes (difícil para sair).
Tipo 2		Formato de língua encorpada, com pequenas bolinhas grudadas.
Tipo 3		Formato de língua com cavidades na superfície.
Tipo 4		Alongada com formato de salchicha ou cotoleto, lisa e macia.
Tipo 5		Pedacos macios e separados, com bordas bem definidas (menos visíveis).
Tipo 6		Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares.
Tipo 7		Sólido em bloco, com pedacos sólidos.

Figura 3. Escala de Bristol de consistência de fezes.

Fonte: Martinez e Azevedo, 2012.

Atividade/Repouso

59. Padrão de sono: () sono sem alteração () sono intermitente.
60. Utiliza medicamentos ou fármacos indutores do sono: () não () sim.
Motivo: _____
Quais? _____
61. Deambula com auxílio: () não () sim. Motivo: _____
62. Dificuldades para ortostatismo: () não () sim.
63. Tem dificuldades para abaixar-se, erguer-se, ajoelhar-se, caminhar mais de 400 metros: () não () sim. Motivo: _____
64. Sente sensação de exaustão prolongada com diminuição da vontade de realizar atividades diárias: () não () sim. Motivo: _____
65. Tem dificuldades de desempenhar ou completar as atividades de alimentação: () não () sim. Motivo: _____
66. Possui dificuldades para realizar tarefas domésticas: () não () sim.
Motivo: _____
67. Costuma realizar atividades físicas: () não () sim.
68. Escala de Katz - Atividades de vida diária.

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou presença pessoal ou cuidador integral	
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheiro ou requer assistência total no banho	
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e calças. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido	
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma seus próprios roupas, limpa o dreno genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou uso urinál ou comadre	
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Sente sozinho-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são utilizáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/levantar-se e levantar-se da cama ou cadeira	
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga	
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral	
Total de Pontos = ____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente

Fonte: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1998²⁶**Percepção/Cognição**

69. Possui momentos de confusão mental: () não () sim.
Especificar: _____
70. Age sem pensar: () não () sim.
71. Possui comportamentos violentos: () não () sim.
72. Possui momentos de grande labilidade emocional: () não () sim.
Especificar: _____
73. Tem dificuldades para lembrar-se, recuperar informações ou habilidades comportamentais: () não () sim.
74. Dificuldades para comunicar-se verbalmente: () não () sim.
Motivo: _____

75. Mini-Exame do Estado Mental.

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL
(Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

Paciente: _____
Data de Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto) ()
- Dia do mês (1 ponto) ()
- Mês (1 ponto) ()
- Ano (1 ponto) ()
- Hora aproximada (1 ponto) ()
- Local específico (apartamento ou sala) (1 ponto) ()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) ()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) ()
- Cidade (1 ponto) ()
- Estado (1 ponto) ()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta. ()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivas, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto) ()

(alternativamente, solteira MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) ()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) ()
- Repetir "hom aqui, nom ali, nom lá" (1 ponto) ()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão" (3 pontos) ()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto) ()
- Escrever uma frase (1 ponto) ()
- Copiar um desenho (1 ponto) ()

ESCORE: (____ /30)



Fonte: Folstein, Folstein & McHugh, 1975.

Normal: acima de 27 pontos.

Demência: menor ou igual a 24 pontos; em caso de menos de 4 anos de escolaridade, o ponto de corte passa para 17, em vez de 24.

Auto percepção

76. Vê alternativas limitadas ou não vê alternativas que possam alterar o curso da doença:
() não () sim. Explicar: _____

77. Compreende as informações repassadas, como por exemplo, o motivo pelo qual realizou o procedimento cirúrgico, suas implicações e cuidados após a cirurgia: não sim.
78. Quais sentimentos são gerados em relação às suas expectativas quanto à situação saúde-doença: _____
79. Foi orientado e compreendeu os riscos relacionados ao procedimento cirúrgico: não sim. Motivo: _____
80. Entende os cuidados pós-operatórios após cirurgia: não sim.
81. Sabe descrever os cuidados pós cirúrgicos: não sim. Quais? _____
82. Conhece/entende as limitações pós cirúrgica: não sim.
83. Por que acha que foi necessário remover o órgão: _____
84. Quais sentimentos surgiram ao saber que o órgão seria removido: _____
85. O que pensa sobre agora estar sem o órgão: _____
86. O que o Sr./Sra. sabia sobre a cirurgia antes de realizá-la: _____
87. A cicatriz no local da cirurgia te traz incômodo quanto ao aspecto físico: não sim. Dor local: não sim.
Outras observações: _____
88. A remoção do órgão trouxe mais benefícios ou malefícios nesse momento de vida: _____
89. Tem algum sentimento com relação às alterações que ocorreram (ou ocorrem) no seu corpo (manchas, dores, etc.): _____
90. A remoção do órgão alterou de alguma forma seus relacionamentos, nesse momento? Não Sim. De que forma? _____
91. A hospitalização lhe traz algum tipo de preocupação: não sim.
92. O que o preocupa? _____
93. O que Sr./Sra. espera de mudanças após a realização da cirurgia: _____
94. Como o Sr./Sra. se sentia antes da necessidade da realização da cirurgia: _____
95. A sua imagem corporal foi alterada após a remoção do órgão: não sim. De que maneira: _____

Papéis e Relacionamentos

96. A família se desestabilizou/desorganizou, levando ao conflito, negação de problemas, resistência a mudança após descoberta da doença e tratamento indicado: não sim. Explicar (se necessário): _____

97. Houve mudança no relacionamento/funcionamento da família: () não () sim.
Explicar (se necessário): _____

98. A família está motivada a se adaptar à nova realidade relacionada ao tratamento médico indicado: () não () sim.

99. O seu papel desempenhado no núcleo familiar pode estar comprometido de acordo com o tratamento de saúde proposto: () não () sim.

100. As suas interações sociais ficaram prejudicadas após o tratamento cirúrgico proposto: () não () sim. Explicar (se necessário): _____

101. Algo mais relacionado aos papéis e relacionamentos que queira relatar:

Sexualidade

102. Houve mudança na libido/desejo sexual: () não () sim.

103. Houve alteração no funcionamento sexual, até o momento? Descrever: _____

104. Interrompeu as atividades sexuais devido ao tratamento cirúrgico: () sim () não.

105. Mulher: Ciclo menstrual: () regular () irregular.

106. Dismenorreia: () não () sim.

107. Homem: () vasectomia () distúrbios de próstata () secreção peniana.

Enfrentamento/Tolerância ao estresse

108. A mudança de ambiente do domicílio para ambiente hospitalar gerou estresse: () não () sim.

109. Sente-se ansioso, sentimento de apreensão causada pela antecipação de algum fato: () não () sim.

110. Sente-se com medo da morte, demonstrando ansiedade em relação a isso: () não () sim.

111. Sente-se preocupado com o enfrentamento e adaptação da pessoa que o apóia (membro da família, amigo íntimo ou pessoa significante): () não () sim.

112. Seus comportamentos colocam em risco sua própria saúde? Por exemplo, assume riscos desnecessários, ou sente-se incapaz de lidar com uma situação: () não () sim.

113. Após a remoção do órgão pelo tratamento cirúrgico, a nova situação gerou situações de impaciência, estresse, raiva ou tensão: () não () sim.

114. Sente-se sem controle sobre a situação vivida: () não () sim.

115. Enxerga-se dependente de outras pessoas para realizar atividades que antes desempenhava sem ajuda: () não () sim.

116. Sente-se impotente: () não () sim. Como? _____

117. Consegue planejar-se para desenvolver atividades que deseja: () não () sim.
Porquê: _____

118. Passa por mudanças repentinas no padrão de humor: () não () sim.

119. Sente-se fortalecido para enfrentar as adversidades relacionadas à doença e ao tratamento cirúrgico realizado: () não () sim.

120. Sente-se triste constantemente: () não () sim. Como? _____

Princípios da vida

121. Sente-se motivado à busca de leituras, ouvir músicas, contato com a natureza e outras formas de lazer: () não () sim.

122. Acha importante a busca por uma religião e a busca por uma vida espiritual:
() não () sim. Explicar (se necessário): _____

Segurança e proteção

123. Percebe-se com comportamentos violentos, tais como: impulsividade, agressão física, crueldade com animais, idéias suicidas: () não () sim.

124. Possui alergias medicamentosas/alimentares: () não () sim. Descrever: _____

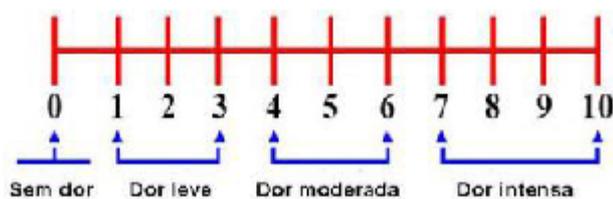
125. Utiliza prótese: () Auditiva () Visual () Dentária.

Conforto

126. Dor: Local/locais: _____

127. Características: _____

128. Escala analógica da dor:



Fonte: Fortunato et al. 2011.

129. Sente-se desconfortável apresentando alterações no padrão de sono, ansiedade, medo:
() não () sim. Especificar: _____

130. Apresenta dor de início súbito: () não () sim. A que atribui: _____

131. Sente dor recorrente ou constante: () não () sim. Motivo: _____

132. Sente náusea: () não () sim. Motivo: _____

133. Sente-se só e desconfortável com isso: () não () sim.

134. Uso de dispositivos: () não () sim. Especificar: _____

135. () Sonda vesical de demora. () Acesso venoso periférico/central.

Fonte: BRADEN, 1987.

Ferida Cirúrgica:

Localização: _____
 Secreções presentes? () Não () Sim.
 Tipo de secreção: _____
 Bordas hiperemiadas? () Não () Sim.
 Presença de sinais flogísticos? () Não () Sim.
 Presença de Deiscência? () Não () Sim. Local: _____
 Mucosas: () Descoradas () Coradas () Ictéricas.

Cabeça e Pescoço:

Quedas de cabelos: () não () sim.
 Olhos: () petéquias () icterícia. Acuidade visual preservada: () não () sim.
 Nariz – sangramentos: () não () sim.
 Alterações na boca: () não () sim.
 Gengivas – sangramentos: () não () sim.
 Língua – alteração de papilas: () não () sim.
 Condições dos dentes: _____
 Gânglios palpáveis: () não () sim.

Tórax:

() Conformação normal.
 () Deformação. Tipo: _____

Aparelho Respiratório:

Ritmo: () Regular () Irregular.
 Expansibilidade torácica: () Simétrico () Assimétrica () Profunda () Superficial.
 Outras alterações: _____
 Ausculta: () Murmúrios vesiculares () Ruidos adventícios () Ronco () Sibilos
 () Estertores.

Aparelho Circulatório:

Pulso: () Rítmico () Arritmico.
 Características do Pulso: () Cheio () Filiforme.
 Ausculta:
 Ritmo cardíaco: () Regular () Irregular.
 Bulhas: () Normofonéticas () Hipofonéticas () Hiperfonéticas.
 Sopros: () Presentes () Ausentes.
 Perfusão periférica:
 Cor: _____. Pulso: _____. Tempo de enchimento capilar: _____.
 Foi indicado o uso de meias de compressão graduada: () não () sim.

Abdome:

() Livre () Plano () Escavado () Distendido.
 () Hérnia () Tumores aparentes.

Fígado: () Impalpável () Palpável – Doloroso: () não () sim.

Baço: () Impalpável () Palpável – Doloroso: () não () sim.

Nível de Consciência:

() Consciente () Distúrbio do Sensório () Sonolência () Torpor () Coma.

Genitália e ânus:

() Sem anormalidades.

() Lesões () Secreções.

() Alterações anatômicas.

Desfecho da entrevista:

Gostaria de fazer alguma pergunta sobre o que conversamos?

Quais suas impressões sobre nosso encontro?

Dados obtidos no prontuário de importância para o planejamento assistência (medicamentos em uso; dispositivos; resultados de exames; etc.): _____

Questionário fundamentado teoria de Mishel

Escala da Incerteza na doença de Merle Mishel – MUIS (adaptada)

Instruções: Por favor, esteja atento a cada afirmação. Em seguida, informe qual coluna mais se aproxima de como você está se sentindo HOJE. Se você concorda com a afirmação poderá apontar 'concordo totalmente' ou 'concordo', caso você discorde, aponte em 'discordo totalmente' ou 'discordo'. Caso esteja indeciso a respeito de como se sente, aponte 'indeciso' para essa afirmação.

Itens	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
1. Eu não sei o que há de errado comigo.					

Itens	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
2. Eu tenho várias perguntas que estão sem respostas.					
3. Eu não tenho clareza se minha doença está ficando melhor ou pior.					
4. Não está claro para mim o quanto minha dor pode ficar pior.					
5. As explicações que me dão não são claras para mim.					
6. A proposta do tratamento está clara para mim.					
7. Quando eu sinto dor eu sei sobre o que isso significa sobre a minha condição.					
8. Eu não sei quando esperar que as coisas sejam feitas para mim.					
9. Meus sintomas continuam mudando de forma imprevisível.					
10. Eu entendo tudo que explicam para mim.					
11. Os médicos dizem coisas para mim que podem ter muitos significados.					
12. Eu posso prever a duração da minha doença.					
13. Meu tratamento é muito complexo para ser alcançado.					

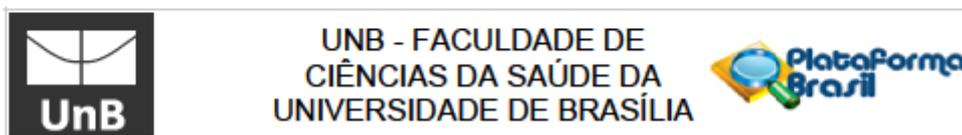
Itens	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
14. É difícil saber se o tratamento ou os medicamentos que estou recebendo estão me ajudando.					
15. Existem tantos tipos diferentes de médicos especialistas que não está claro para mim quem é responsável pelo que.					
16. Devido à imprevisibilidade da minha doença, eu não posso planejar meu futuro.					
17. O curso da minha doença continua mudando. Eu tenho bons e maus dias.					
18. Está vago para mim como vou continuar vivendo após sair do hospital.					
19. Eu tenho recebido diferentes opiniões sobre o que está acontecendo de errado comigo.					
20. Não está claro o que está acontecendo comigo.					
21. Eu costumo saber se terei um bom ou mal dia.					
22. É claro para mim quando fico pior ou melhor.					
23. Eles não têm me falado como tratarão a minha doença.					
24. É difícil determinar em quanto tempo eu poderei cuidar de mim mesmo/a.					

Itens	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
25. Eu posso no geral prever o curso da minha doença.					
26. Eles me deram tanta informação que eu não sei dizer qual delas é a mais importante.					
27. Eu tenho certeza que meu vigor físico retornará um dia.					
28. Os médicos compartilham a mesma opinião sobre como tratar o meu problema.					
29. Eles não deram um diagnóstico específico para mim.					
30. O sofrimento do meu corpo é previsível; eu sei quando está ficando melhor ou pior.					

Fonte: Mishel, 1981. (Adaptado).

ANEXOS

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP 2.177.498



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E INCERTEZAS VIVENCIADAS POR PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA PARA RETIRADA TOTAL DE ÓRGÃO À LUZ DA TEORIA DE MERLE MISHEL

Pesquisador: Cristine Alves Costa de Jesus

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 55134615.7.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.177.498

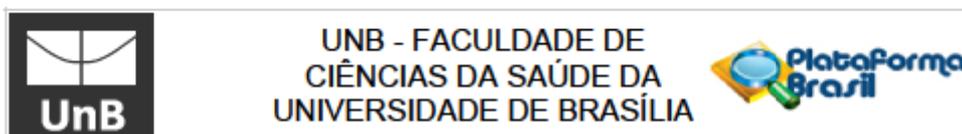
Apresentação do Projeto:

Trata-se de primeira emenda ao projeto já aprovado pelo parecer substanciado no. 1.562.738 por esse CEP .

As alterações propostas por essa emenda são as seguintes:

- 1- Mudança de título "Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes submetidos a cirurgia para retirada total de um ou múltiplos órgãos" para "Diagnósticos de enfermagem e incertezas vivenciadas por pacientes submetidos a cirurgia para retirada total de órgão a luz da teoria de Merle Mishel." A mudança de título justifica-se pelo acréscimo de uma fonte bibliográfica que introduz a Teoria da Incerteza na doença trazida pela teorista de enfermagem citada.
- 2- Adição de uma nova autora (Bianca Araújo Costa)
- 3- Acréscimo de definições de conceito de incertezas e a Teoria das Incertezas proposta pela teorista Merle Mishel na introdução
- 4- Foram corrigidos palavras e formatos de citação, assim como referencias bibliográficas, sendo acrescentadas também novas referencias relacionadas ao novo assunto (paginas de dez a onze), o da Teoria das Incertezas
- 5- Acrescido um novo objetivo o de mensurar os níveis de incerteza vivenciados por pacientes que sofreram retirada de órgãos. Foram mantidos o objetivo geral e os específicos. 6- foi adicionado

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.177.498

aos objetivos específicos a aplicação de um instrumento que será construído, baseado em um instrumento já existente advindo da Teorista Merle Mishel, para mensurar os níveis de incerteza vividos por indivíduos que sofreram retirada de órgãos.

7- Modificou-se o número amostral de pacientes de 15 para 60 com a finalidade de se alcançar maior abrangência do público estudado. Além de que será realizado um estudo de fluxo na unidade de coleta de dados, para verificação do quantitativo de pacientes que frequentam a clínica.

8- Utilização de um instrumento a ser construído para coleta de dados referente a exame físico e para realização dos diagnósticos de enfermagem, que será submetido a análise de juízes peritos da área. 9- O cronograma de atividades foi atualizado. Foram formatadas as referências já existentes e novas foram acrescentadas nas páginas onze e doze.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os diagnósticos de enfermagem – de acordo com a taxonomia da NANDA-I – dos pacientes que passaram por cirurgia de remoção de um ou múltiplos órgãos atendidos na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília. E mensurar o nível de incerteza vivenciados por pacientes da Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília.

Objetivo Secundário:

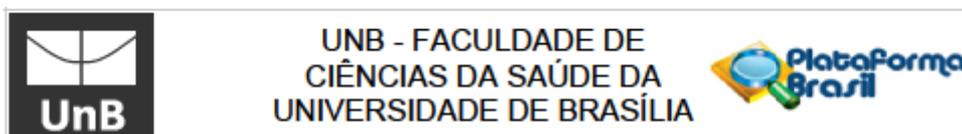
- Caracterizar o perfil da população estudada quanto aos aspectos socio-demográficos e clínicos;
- Identificar o perfil diagnóstico da população estudada, conforme a classificação da Associação Internacional de Diagnósticos de Enfermagem – NANDA-I;
- Caracterizar as evidências clínicas e os fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes; e
- Relacionar os diagnósticos de enfermagem aos domínios e as classes da atual Taxonomia II da NANDA-I.
- Construir um instrumento de avaliação das incertezas baseado no modelo de instrumento proposto pela teórica Merle Mishel
- Medir o nível de incerteza dos pacientes submetidos a cirurgias de retiradas de órgãos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios não sofreram alteração.

Riscos: Por se tratar de aplicação de instrumento de entrevista e exame físico, os riscos aos pacientes são escassos tendo em vista que não envolve aplicação de procedimentos invasivos. No entanto, deve-se levar em conta que " Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.177.498

gradacoes variados" (item V, Res. CNS 468/2012). Ressalta-se que os riscos decorrentes de sua participacao na pesquisa sao constrangimento ao responder algumas perguntas ligadas a sua intimidade ou mal estar no momento da realizacao dos exames de palpacao e exame fisico –Esses sentimentos poderao ser minimizados evitando exposicao excessiva, buscando local privativo e respeitando seus sentimentos. O risco de cansaco durante a entrevista e exame fisico tambem serao levados em conta, aguardando sempre o momento oportuno e desejado pelo participante de pesquisa. No caso de qualquer constrangimento do paciente durante a coleta de dados e, caso o mesmo decida pela nao continuidade de sua participacao na pesquisa, estara garantido seu desligamento sem prejuizo a sua assistencia.

Benefícios:

O cuidado de enfermagem, fundamentado nos novos sistemas de classificacao, representa a aplicacao da sistematizacao e o paciente que foi submetido a um procedimento cirurgico, podera ser muito beneficiado com tal forma de trabalho. Sabendo-se da importancia do PE como metodo de qualificacao da assistencia de enfermagem aos clientes submetidos a cirurgia para retirada total de um orgao, surgiu entao a motivacao para o desenvolvimento desse estudo. Conhecer os principais DE que surgem desses clientes proporcionara melhor assistencia de enfermagem e incentivara enfermeiras do setor a se organizarem melhor no cuidado e implementar uma efetiva prescricao de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Com o objetivo de manter a ideia original do projeto, levando-o a uma nova perspectiva, alguns aspectos foram reformulados e novas informacoes foram acrescentadas, visando um aprofundamento da tematica trabalhada, especialmente no que se refere as teorias de médio alcance, como a da Teoria da Incerteza de Merle Mishel, que visa direcionar o conhecimento a públicos específicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos para emissão desse parecer:

Informações do projeto: "PB_INFORMACOES_BASICAS_895516_E1.pdf" de 04/04/2017;

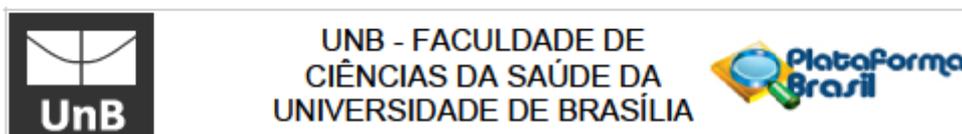
Carta de encaminhamento ao CEP-FS: "carta_de_encaminhamento_de_emenda.docx" de 04/04/2017;

Projeto com as alterações propostas: "projeto_original_com_alteracoes_incorporadas.docx" de 04/04/2017;

"projeto_original_com_revisor_de_texto.docx" de 04/04/2017; "TCLE_ultima_versao.docx" de 04/04/2017.

Como resposta ao parecer consubstanciado no. 2.031.362, foram analisados os seguintes

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.177.498

documentos: Informacoes Basicas do Projeto: "PB_INFORMACOES_BASICAS_895516_E1.pdf" de 14/08/2017; Carta resposta: "carta_resposta_as_pendencias.doc" de 15/05/2017; Projeto Detalhado: "projeto_original_com_alteracoes_incorporadas_final.docx" de 15/05/2017 e TCLE: "TCLE_Modificado_Final.docx" de 15/05/2017.

Como resposta ao parecer consubstanciado no. 2.139.861, foram analisados os seguintes documentos:

Informações Básicas do Projeto: "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_895516_E1.pdf" de 01/07/2017;

C a r t a r e s p o s t a à s pendências: "PB_CARTA_RESPOSTA_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2139861_E1.pdf" de 01/07/2017 e

TCLE: "TCLE_Modificado_Final_v2.docx" de 01/07/2017.

Recomendações:

Recomendamos que seja retirado os espaços a maior entre os parágrafos do TCLE para que a data e a assinaturas fiquem na mesma página, mantendo assim a integridade do documento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas as pendências emitidas pelo parecer consubstanciado no. 2.031.362 e 2.139.861:

As alterações solicitadas são pertinentes e dão nova perspectiva ao projeto, promovendo aprofundamento da temática trabalhada.

Contudo, observamos as seguintes pendências referentes ao TCLE:

1. Manter apenas um único modelo de TCLE, o documento em separado;

RESPOSTA: Foram excluídos os modelos anteriores de TCLE. Há um único modelo de TCLE, documento em separado, nomeado por "TCLE_modificado_final". PENDENCIA ATENDIDA

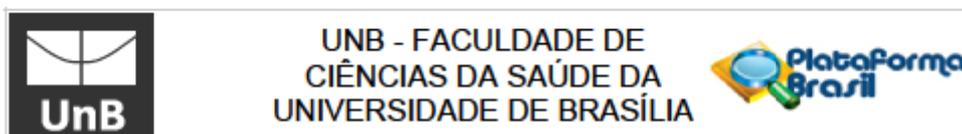
2. Remover o modelo de TCLE do anexo do projeto detalhado;

Resposta: Foi removido o modelo de TCLE do anexo do projeto detalhado, em sua última versão (projeto_original_com_alteracoes_incorporadas_final). PENDENCIA ATENDIDA.

3. O TCLE apresenta mais de uma página, o participante da pesquisa ou responsável e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo sua assinatura na última página do mesmo. Solicita-se que campos para rubrica sejam criados em cada folha do documento, e para preservar a integridade do documento as páginas deverão ser numeradas como, por exemplo, página 1 de 2, página 2 de 2.

Resposta: Foram adicionados as folhas do TCLE espaço designado as rubricas e assinaturas por parte do participante da pesquisa/responsável e pesquisador responsável. Para preservar a integridade do documento as páginas foram numeradas no modelo proposto.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.177.498

Análise: foram criados na primeira página os campos para rubrica, contudo na segunda página deveria conter espaço para nome e assinatura do participante de pesquisa e do pesquisador, bem como, local e data. Recomendamos seguir modelo no site do CEP FS (<https://fs.unb.br/cep/index.php/modelos-de-documentos>).

PENDENCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.

Análise da resposta ao parecer consubstanciado no. 2.139.881: Foi incluído o espaço solicitado.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Remover a frase antes do cabeçalho institucional no TCLE: "ANEXO 2 : Termo Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)";

Resposta: A frase citada no cabeçalho foi excluída, arquivo (TCLE_modificado_final).

PENDENCIA ATENDIDA.

5. No TCLE retirar restrição de horário para contato com a pesquisadora principal, permitindo ligação a cobrar.

Resposta: Foi retirada a restrição de horário para contato com pesquisadores responsáveis, arquivo (TCLE_modificado_final penultimo paragrafo, ultima linha, pagina 2 de 2).

Alem disso a pesquisadora informa a seguinte retificação: Na apresentação do projeto, item 2, que consta a adição de uma nova autora, onde se lê: "Bianca Araujo Costa", leia-se "Thais Martins Gomes de Oliveira", pois a autora adicionada não foi Bianca (já existente), e sim Thais Martins Gomes de Oliveira.

Conclusão: Todas as pendências foram atendidas. Não há óbices éticos para a realização deste projeto. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

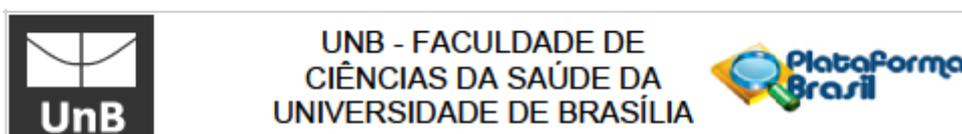
Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_895516_E1.pdf	01/07/2017 11:37:17		Aceito

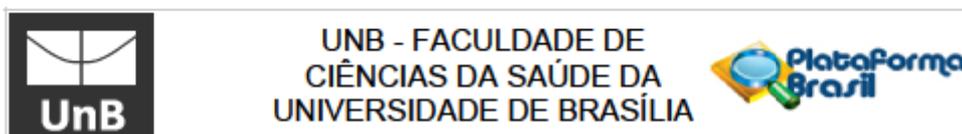
Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.177.498

Outros	PB_CARTA_RESPOSTA_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2139861_E1.pdf	01/07/2017 11:32:29	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Modificado_Final_v2.docx	01/07/2017 11:30:55	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	carta_resposta_as_pendencias.doc	15/05/2017 13:17:09	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_original_com_alteracoes_incorporadas_final.docx	15/05/2017 13:01:56	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_de_emenda.docx	04/04/2017 11:40:52	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	projeto_original_com_alteracoes_incorporadas.docx	04/04/2017 11:25:32	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	projeto_original_com_revisor_de_texto.docx	04/04/2017 11:23:01	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_versao2_TCLE_Atualizado.docx	25/05/2016 10:21:32	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_VERSAO2.docx	25/05/2016 10:17:48	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	29/04/2016 20:02:57	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_versao2.docx	29/04/2016 20:01:02	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_versao2_formato_REVISAO.docx	29/04/2016 20:00:34	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	curriculo_bianca.pdf	12/04/2016 21:23:53	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	curriculo_cristine.pdf	12/04/2016 21:23:08	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.docx	25/02/2016 12:16:17	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	CRISTINE_TermoRespCompromPesq.doc	25/02/2016 12:15:26	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	BIANCA_TermoRespCompromPesqCEPFS.doc	25/02/2016 12:14:41	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	cartaencaminhprojeto_ao_CEPFS.doc	25/02/2016 12:13:36	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_coparticipante.docx	25/02/2016 12:12:49	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia.doc	25/02/2016	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.177.498

Outros	Termo_de_concordancia.doc	12:11:55	de Jesus	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_dados.doc	20/11/2015 21:16:56	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	RESUMO.docx	20/11/2015 21:15:24	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	ModPlanilha.doc	20/11/2015 21:13:55	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	DIG_termo_coparticipante.pdf	20/11/2015 21:11:23	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DIG_termo_concordancia.pdf	20/11/2015 21:10:26	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Outros	DIGcartadeencaminhamento.pdf	20/11/2015 21:04:33	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DIGtermoresponsabilidadeBIANCA.pdf	20/11/2015 21:03:11	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DIGtermoresponsabilidadeCristine.pdf	20/11/2015 21:02:16	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito
Folha de Rosto	DIGFOLHADEROSTO.pdf	20/11/2015 20:58:25	Cristine Alves Costa de Jesus	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 18 de Julho de 2017

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com