

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO E COSTA
GRADUAÇÃO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

VANESSA ALVES DA SILVA

VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DISFUNÇÃO
SEXUAL EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA ESTÁVEL

NITERÓI
2011

VANESSA ALVES DA SILVA

VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DISFUNÇÃO
SEXUAL EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA ESTÁVEL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado á Coordenação de Graduação
em Enfermagem e Licenciatura da
Universidade Federal Fluminense como
requisito parcial para a obtenção do título de
Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI

NITERÓI
2011

S 586 Silva, Vanessa Alves da.
Validação clínica do diagnóstico de enfermagem
disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca
crônica estável / Vanessa Alves da Silva. – Niterói: [s.n.],
2011.

80 f.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação em
Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, 2011.

Orientador: Prof^ª. Ana Carla Dantas Cavalcanti.

1. Enfermagem. 2. Estudos de Validação. 3.
Sexualidade. 4. Diagnóstico de Enfermagem. 5.
Insuficiência Cardíaca. I. Título.

CDD 610.73

VANESSA ALVES DA SILVA

VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DISFUNÇÃO
SEXUAL EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA ESTÁVEL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado á Coordenação de Graduação
em Enfermagem e Licenciatura da
Universidade Federal Fluminense como
requisito parcial para a obtenção do título de
Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI

Profª PhD, Drª ROSIMERE FERREIRA SANTANA

Profº Drº WOLNEY DE ANDRADE MARTINS

Mestranda JULIANA DE MELO VELLOZO PEREIRA

NITERÓI
2011

Dedicatória

A minha família que esteve sempre ao meu lado me dando todo apoio para concluir esta etapa. Em especial a meus pais (Herculina e Antônio Luiz) e a minha irmã (Verônica) pela força, pelo carinho e pela dedicação de vocês. Obrigado por ajudar a tornar meu sonho em realidade.

Agradecimentos

A Deus

Que me proporcionou saúde, força e persistência durante todo este percurso.

A minha mãe Herculina e ao meu pai Antônio Luiz

Que sempre me deram forças, me apoiaram, me incentivaram em toda essa caminhada, me ajudando a superar os desafios e seguir em frente com persistência e muita dedicação. Dando-me todo o suporte necessário para que eu seguisse meu caminho e pudesse finalizar mais esta etapa da minha vida. Obrigado por tudo, vocês são as pessoas mais importantes que tenho, são a minha razão de viver, e são o esteio que me dá forças para realizar todos os meus objetivos. Amo vocês, obrigado por tudo.

A minha irmã Verônica

Que sempre me deu estímulos para prosseguir.

A minha tia Lúcia

Que torceu por mim a todo o momento, e sempre me deu incentivos para concluir esta etapa da minha vida.

A minha orientadora Ana Carla

Pela dedicação, paciência, pela criatividade e capacidade de transformar um sonho em realidade. Ana obrigado por tudo, sem você eu não teria conseguido!

Ao Deffson

Obrigado pelo carinho, pela força, pelo companheirismo. Muito obrigado por tudo. Você é especial pra mim.

Aos meus amigos

Que sempre estiveram ao meu lado, me ouvindo e me ajudando a ver a vida de uma forma mais fácil.

Em especial a Neusa, que além de uma amiga tornou-se parte integrante da minha família e sempre teve paciência e disponibilidade de me ajudar sempre que necessitei.

As amigas do projeto Rosana, Isabella, Fernanda, Cristina, Deborah, Juliana, Michele e Gláucia que são extremamente especiais para mim e que me ajudaram a tornar meu sonho em realidade.

Aos meus amigos Nathália, Érica, Vitor, Priscila, Bárbara, Ana Paula, Lucas, Marja, Pâmela pelo carinho, pelo companheirismo, por tudo. Com certeza essa trajetória foi bem melhor com vocês do meu lado.

Obrigado por tudo, vocês são pessoas muito especiais, e graças a vocês tive forças para continuar. Adoro vocês!

Aos meus colegas de trabalho

Que me ensinaram a exercer minha profissão com dedicação e amor.

Aos professores Rosimere, Wolney e Juliana peritos deste estudo

Pela disponibilidade de estarem aqui comigo neste momento.

Aos pacientes da clínica de Insuficiência Cardíaca do Hospital Universitário Antônio Pedro

Que contribuíram para a construção deste trabalho.

EPÍGRAFE

“A verdadeira solução de um problema geralmente nunca está no mesmo nível de pensamento em que foi proposto”

(Albert Einstein)



RESUMO

Introdução: Diante da minha atuação enquanto bolsista de extensão da Clínica de Insuficiência Cardíaca do HUAP em Niterói/RJ, no ano de 2010/2011 percebi a preocupação durante as consultas de enfermagem dos pacientes com insuficiência cardíaca em expressar problemas sexuais após o início da doença. Este estudo tem como proposta validar o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca atendidos no ambulatório de cardiologia do HUAP/UFF.

Objetivos: o objetivo geral é validar clinicamente o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca crônica estável em acompanhamento ambulatorial. E os específicos são: caracterizar o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual com o estado funcional, estado civil, religião, idade e sexo de pacientes com insuficiência cardíaca crônica estável em acompanhamento ambulatorial e verificar as características definidoras que apareceram como irrelevantes, de menor prevalência e de maior prevalência. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, observacional com abordagem quantitativa. Foram incluídos neste estudo 30 pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica Estável em acompanhamento ambulatorial que apresentaram o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual. **Resultados:** Dos 30 pacientes incluídos no estudo, 63% (19) era do sexo masculino e 11 pacientes eram do sexo feminino (37%). A maioria dos pacientes que apresentaram o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual tinham idade entre 50 a 69 anos (21 pacientes). **Discussão:** Das 20 características definidoras testadas neste estudo, as que foram classificadas como de maior prevalência (escore maior que 75), foram as características relacionadas ao esforço físico e ao aparecimento da disfunção sexual com a doença e tratamento. As características definidoras que obtiveram o escore entre 50 e 75, classificadas como as de menor prevalência, foram relacionadas à presença, ausência e/ou alteração na excitação, na satisfação e no interesse por outras pessoas. O cansaço, a dor e o medo relacionado ao esforço físico (medo de morrer, de infartar) também foram referidos pelos pacientes do presente estudo. As características definidoras que foram consideradas como irrelevantes (pontuação menor que 50) foram as características relacionadas à auto-estima e em relação ao relacionamento com o parceiro. **Conclusão:** Este estudo comprovou que as características definidoras apresentadas na NANDA-I são válidas para diagnosticar pacientes com insuficiência cardíaca crônica em acompanhamento ambulatorial, visto que, estas se apresentam em ambiente clínico real.

Descritores: Enfermagem, validação, sexualidade, diagnóstico de enfermagem, insuficiência cardíaca

ABSTRACT

Introduction: In view of my work as a scholar of the extension of the Heart Failure Clinic HUAP in Niterói / RJ, in the year 2010/2011 saw the concern during consultations nursing of patients with heart failure in expressing sexual problems after the onset of the disease. This proposed study is to validate the nursing diagnosis of sexual dysfunction in patients with heart failure outpatient clinic of cardiology HUAP / UFF. **Objectives:** The overall objective is to validate the nursing diagnosis clinically sexual dysfunction in patients with stable chronic heart failure as an outpatient. And the specifics are: to characterize the nursing diagnosis sexual dysfunction with functional status, marital status, religion, age and sex of patients with stable chronic heart failure in outpatient setting and check the defining characteristics that appeared as irrelevant, and a lower prevalence higher prevalence. **Methodology:** This is a descriptive, observational quantitative approach. The study included 30 patients with stable chronic heart failure who had an outpatient diagnosis of Sexual Dysfunction. **Results:** Of 30 patients enrolled, 63% (19) were male and 11 patients were female (37%). Most patients with the diagnoses of sexual dysfunction were aged between 50 and 69 years (21 patients). **Talk:** Of the 20 defining characteristics tested in this study were classified as those with the highest prevalence (score greater than 75) were characteristics related to physical exertion and the onset of sexual dysfunction with disease and treatment. The defining characteristics which obtained a score between 50 and 75, classified as a lower prevalence was related to the presence, absence and / or changes in arousal, satisfaction and interest in other people. Fatigue, pain and fear related to physical exertion (fear of dying, heart attack) were also reported by patients in this study. The defining characteristics that were considered as irrelevant (score less than 50) were the characteristics related to self-esteem and toward the relationship with the partner. **Conclusion:** This study proved that the defining characteristics presented in NANDA-I are valid for diagnosing patients with chronic heart failure in outpatient treatment, since they come in real clinical setting. **Keywords:** Nursing, validation, sexuality, nursing diagnosis, heart failure

SUMÁRIO

- 1 INTRODUÇÃO, p. 14
 - 1.1 OBJETIVO GERAL, p.19
 - 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS, p.19
 - 1.3 JUSTIFICATIVA / RELEVÂNCIA, p.19

- 2 REVISÃO DE LITERATURA, p. 22
 - 2.1 ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, p.22
 - 2.2 SEXUALIDADE, p. 27
 - 2.2.1 DISFUNÇÃO SEXUAL, p. 31
 - 2.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SEGUNDO A TAXONOMIA DE NANDA-I, p. 34
 - 2.3.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DISFUNÇÃO SEXUAL, p. 36

- 3 METODOLOGIA, p. 39
 - 3.1 TIPO DE PESQUISA E ABORDAGEM METODOLÓGICA, p. 39
 - 3.2 CAMPO DE ESTUDO, p. 40
 - 3.3 AMOSTRA, p. 40
 - 3.4 COLETA DE DADOS, p. 41
 - 3.5 ANÁLISE DOS DADOS, p. 42
 - 3.6 CUIDADOS ÉTICOS, p. 44

- 4 RESULTADOS, p. 46
 - 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES, p. 46
 - 4.2 DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS CONFORME A CLASSIFICAÇÃO – MAIOR PREVALÊNCIA, MENOR PREVALÊNCIA E IRRELEVANTES, p. 49

- 5 DISCUSSÃO, p. 53

- 6 CONCLUSÃO, p. 60

- 7 OBRAS CITADAS, p. 63

- 8 OBRAS CONSULTADAS, p. 68

9 ANEXOS, p. 71

9.1 CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA E PSQUISA, p. 72

9.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, p. 73

10 APENDICE, p. 75

10.1 INSTRUMENTO DISFUNÇÃO SEXUAL, p. 76

LISTA DE ABREVIATURAS

DE	Diagnósticos de Enfermagem
DC	Débito Cardíaco
DCV	<i>Clinical Diagnostic validation</i>
FC	Frequência Cardíaca
GESAE	Grupo de Estudos de Sistematização da Assistência de Enfermagem
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IECA	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NYHA	<i>York Heart Association</i>
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFF	Universidade Federal Fluminense
VS	VS - Volume Sistólico

I N T R O D U Ç Ã O

1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) tem sido considerada um dos mais importantes desafios clínicos atuais na área da saúde. Por sua elevada prevalência constitui-se em um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Apesar da falta de estudos epidemiológicos que apontem sua incidência estima-se, considerando estudos internacionais, que até 6,5 milhões de brasileiros sofram da síndrome (CRUZ, 2010).

Segundo dados obtidos do Sistema Único de Saúde (SUS), do Ministério da Saúde, foram realizados no ano 2007, cerca de 380 mil internações por insuficiência cardíaca, com ocorrência de aproximadamente 26 mil óbitos. Além disso, cerca de um terço dos internados no SUS com doença cardíaca é portador de IC. E entre os pacientes com mais de 60 anos, é a principal causa de internação.

A IC é considerada uma síndrome clínica de fenômenos complexos e de curso progressivo, constituindo-se no resultado final comum de qualquer doença cardíaca, estrutural ou funcional que diminua a capacidade de enchimento ou ejeção do ventrículo esquerdo, que pode ocorrer devido à diminuição da capacidade de contração miocárdica ou por uma sobrecarga excessiva de pressão/volume imposta ao coração (SBC, 2009, p.9).

Participo de um programa de extensão denominado “Clínica de Insuficiência Cardíaca do HUAP” que tem como finalidade melhorar a adesão ao tratamento, reduzindo as descompensações e internações hospitalares. O programa se subdivide em diversos projetos. Estes incluem profissionais de várias áreas da equipe multidisciplinar como: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e farmacêuticos, que atuam em equipe com o intuito de promover melhora da qualidade de vida destes pacientes.

Os projetos que fazem parte do programa são: *visita domiciliar* - tem o objetivo de realizar visitas da equipe multidisciplinar no domicílio do paciente

possibilitando a continuidade do atendimento; *captação de pacientes com IC* - ocorre a busca de pacientes pós alta hospitalar com a finalidade de continuidade do tratamento; *grupo coração valente* - onde se realizam palestras educativas, jogos, passeios integrando os pacientes e seus familiares no contexto da doença e a *consulta de enfermagem* - para avaliar clinicamente o paciente e identificar suas respostas a doença e tratamento, através de uma visão holística.

A consulta de enfermagem ao paciente com IC crônica visa compreender o paciente como um todo, promovendo assistência sistematizada para o alcance de bem estar através da participação ativa do paciente na escolha de intervenções que alcancem melhores resultados diante da necessidade de adaptação a síndrome e seu tratamento.

Com a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é possível realizar um levantamento de dados, por meio de entrevista e exame físico cardíaco, que possibilita a identificação de indícios diagnósticos. Para julgar as respostas do paciente a síndrome e seu tratamento, são identificados diagnósticos de enfermagem que notificam através de evidências clínicas a maneira como a insuficiência cardíaca afeta o estilo de vida de cada paciente. Com base nos achados e nos resultados esperados são selecionadas intervenções de enfermagem.

Através da implementação da SAE enfermeiros identificam diagnósticos de enfermagem utilizando raciocínio clínico. A partir dos diagnósticos encontrados são planejados os cuidados de enfermagem direcionados as necessidades específicas dos pacientes com insuficiência cardíaca.

A idéia de realizar cuidados pautados em raciocínio clínico teve início quando Nightingale, durante a guerra da Criméia, diagnosticou e tratou problemas de saúde (MELO, S.A, p.12, 2004). A evolução histórica do conceito diagnóstico de enfermagem foi discutida por muitos teóricos, até que na década de 60, este foi reconhecido como parte fundamental da prática clínica depois da 1ª Conferência do Grupo de Diagnóstico de Enfermagem, em 1973, que passou a denominar-se Associação Norte Americana de Diagnóstico de Enfermagem (*NANDA – North American Nursing Diagnosis Association*), em 1982 e está se expandindo por diversos países numa tentativa internacional de padronização da linguagem utilizada para denominar diagnósticos de enfermagem.

Diagnóstico de Enfermagem é o julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA-I, 2009-2011,p.436).

Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem é possível utilizar linguagens padronizadas e não padronizadas. A taxonomia da NANDA-I é uma das linguagens padronizadas para a elaboração de diagnósticos de enfermagem. Nesta, o diagnóstico de enfermagem é composto por título, definição, fatores relacionados e características definidoras. As características definidoras correspondem às características que o paciente apresenta e que fornecem evidências para o julgamento do diagnóstico de enfermagem, assim como, os fatores relacionados apontam as possíveis causas do diagnóstico (NANDA-I, 2009, p.336).

Estudos tem apontado que pacientes com insuficiência cardíaca crônica em acompanhamento ambulatorial apresentam maior prevalência dos seguintes diagnósticos de enfermagem: ansiedade, intolerância a atividade, fadiga, disfunção sexual, conhecimento deficiente e tristeza crônica. Foi comprovada a associação entre a presença do diagnóstico disfunção sexual e um menor nível de qualidade de vida ($p=0,001$) (Cavalcanti et al 2010).

Diante da minha atuação enquanto bolsista de extensão da Clínica de Insuficiência Cardíaca do HUAP em Niterói/RJ, no ano de 2010/2011 percebi a preocupação dos pacientes durante as consultas de enfermagem em expressar problemas sexuais após o início da doença. Muitas vezes os pacientes referiam não manter atividade sexual por medo da apresentação de outros sintomas. Também mencionavam falta de desejo e impotência diante da utilização de medicamentos.

De certa forma, frequentemente, a temática ocasionava percepções negativas e insatisfação diante da síndrome e seu tratamento. A causa da limitação sexual não eram apresentadas claramente pelos pacientes se oriundas da sintomatologia ou do tratamento, no entanto, existia uma preocupação em mencionar que algo havia se modificado e afetava o seu bem estar.

Estudos apontam que problemas sexuais podem afetar a qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca, no entanto, não existem dados disponíveis sobre as características que definem este diagnóstico em uma amostra brasileira. Definido como o *“estado em que o indivíduo passa por mudança na função sexual,*

durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recompensadora e inadequada”, pela NANDA-I (2009), o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual, tem como características definidoras, alteração percebida na excitação sexual, alterações em alcançar o papel sexual percebido, alterações no alcance da satisfação sexual, busca de confirmação da qualidade de ser desejável, déficit percebido de desejo sexual, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, limitações percebidas impostas pela doença, limitações percebidas impostas pela terapia, limitações reais impostas pela doença, limitações reais impostas pela terapia, mudança do interesse por outras pessoas, mudança do interesse por si mesmo e verbalização do problema.

No entanto, algumas características definidoras poderiam complementar este diagnóstico, como alteração na frequência da atividade sexual, dificuldade de manter ereção/excitação sexual, dificuldade de se manter em posições antes utilizadas, alteração no relacionamento interpessoal com o cônjuge, medo de sintomas associados ao esforço físico, cansaço durante a atividade sexual e dor durante a atividade sexual.

Diante destas considerações, apresento a proposta de validar clinicamente o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca crônica atendidos no ambulatório de cardiologia do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, HUAP/UFF.

Validar, dentre outras significações, quer dizer legitimar, tornar válido, certificar, portanto validar o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual significa torná-lo legítimo para pacientes com insuficiência cardíaca crônica em acompanhamento ambulatorial.

Considerando que, o termo validade quando aplicado à avaliação de um instrumento de pesquisa, está se referindo ao grau com que ele é apropriado para medir o verdadeiro valor daquilo que propõe medir, possibilitando inferir o quanto os resultados que foram obtidos através da utilização deste instrumento representam a verdade, ou o quanto se afastam dela (GARCIA 1997, p.02).

Desse modo, entende-se por validação de um diagnóstico de enfermagem como o processo de verificar se as características definidoras descritas para uma determinada categoria diagnóstica realmente ocorre em situações clínicas reais, de modo que se confirme ou refute sua aceitação como indicadores válidos para aquela categoria diagnóstica (GARCIA, 1997, p.01).

No Brasil tem havido um crescimento de pesquisas sobre validação de diagnóstico, porém ainda em pequeno número. Os primeiros estudos nacionais e internacionais eram descritivos, empregavam métodos subjetivos, com validação por pares, baseados na memória de casos clínicos passados.

Várias dificuldades têm sido encontradas nos estudos de validação de diagnósticos, tais como, a seleção de peritos, escassez de instrumentos para estimar a validade/confiabilidade dos dados e a determinação da amostra. Estes fatores restringem a replicação dos estudos (CHAVES, ECL. 2008, p.519).

O conhecimento teórico-conceitual que sustenta cada diagnóstico de enfermagem ainda está pouco desenvolvido. Na prática o enfermeiro se depara com a tarefa de julgar e selecionar qual diagnóstico melhor representa um determinado conjunto de características definidoras; contudo quando essas são compartilhadas por vários diagnósticos, surgem problemas como o grau de incerteza no julgamento e o risco de estabelecer diagnósticos pouco acurados. Para ampliar a confiabilidade desses diagnósticos, é necessário submetê-los a um processo de validação, refinando o conjunto de indicadores clínicos e tornando confiável sua utilização, tanto na prática como no ensino (CHAVES, E.C.L, CARVALHO, E.C, ROSSI, L.A, 2008, p.514).

Neste sentido, Fehring (1987, p. 625), ressalta que para um diagnóstico de enfermagem ser considerado válido este deve estar bem fundamentado em evidências e deve ser capaz de resistir a críticas de enfermeiros profissionais. Sendo assim, esta definição expande o entendimento sobre o significado de diagnóstico de enfermagem, podendo ser este entendido essencialmente como a reunião de características que os enfermeiros identificam e descrevem para transmitir um propósito. Estas características se tornam válidas quando ocorrem e podem ser identificadas em ambientes clínicos reais.

A validação de diagnósticos de enfermagem é uma ferramenta necessária para alicerçar a prática clínica do enfermeiro, uma vez que subsidia tanto o estabelecimento das intervenções de enfermagem quanto à avaliação propriamente dita. Surge assim meu interesse por esse estudo. Para tal, questiono:

- Qual a caracterização do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual com o estado funcional, estado civil, religião, idade e sexo de pacientes com insuficiência cardíaca crônica em acompanhamento ambulatorial?
- Quais as características definidoras aparecem como irrelevantes, de menor prevalência e de maior prevalência?

O objeto deste estudo foi o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca crônica.

1.1. OBJETIVO GERAL

Validar clinicamente o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca crônica em acompanhamento ambulatorial.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual com o estado funcional, estado civil, religião, idade e sexo de pacientes com insuficiência cardíaca crônica em acompanhamento ambulatorial.
- Verificar as características definidoras que aparecem como irrelevantes, de menor prevalência e de maior prevalência.

1.3. JUSTIFICATIVA / RELEVÂNCIA

Este estudo se justificou pela originalidade e importância clínica para a veracidade do diagnóstico disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca crônica estável. Poderá ratificar que a NANDA-I possui adequação para ser aplicada nesta clientela, fornecendo assim, respaldo aos profissionais que utilizam a taxonomia no Brasil e no mundo. Além disso, trata-se de uma produção científica vinculada ao Grupo de Estudos de Sistematização da Assistência de Enfermagem - UFF (GESAE_UFF).

A identificação do diagnóstico de enfermagem é uma etapa da sistematização da assistência de enfermagem de extrema importância, a validação clínica do diagnóstico de enfermagem “disfunção sexual” da NANDA-I nos pacientes com insuficiência cardíaca consultados na Clínica de Insuficiência Cardíaca do HUAP/UFF trará confiança para a utilização desta taxonomia pelos profissionais, além de fornecer fidedignidade e maior acurácia em sua escolha.

Sendo então, necessário que se descubra as características determinantes do diagnóstico disfunção sexual, para que se possa intervir e tentar estabelecer o

equilíbrio, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida para o paciente com IC.

**R
E
V
I
S
Ã
O**

DE

LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

O coração é um órgão muscular oco que se localiza no centro do tórax ocupando o espaço entre os pulmões (mediastino) e repousa sobre o diafragma.

A função básica do coração consiste em bombear sangue suficiente para suprir as necessidades corporais. A capacidade do coração em bombear é medida através do débito cardíaco (DC). O DC é determinado ao se medir a frequência cardíaca (FC) multiplicada pelo volume sistólico (VS) que é a quantidade de sangue bombeado para fora do ventrículo a cada contração.

Quando o coração se torna incapaz de bombear sangue suficiente para satisfazer as necessidades de oxigênio e nutriente dos tecidos dá-se a falência cardíaca frequentemente referida como insuficiência cardíaca congestiva (ICC) (CRUZ, 2010, p.2).

A insuficiência do coração (ou cardíaca) é o “estado fisiopatológico no qual uma anormalidade da função cardíaca é responsável pela insuficiência do coração em bombear o sangue numa frequência proporcional as necessidades dos tecidos metabolizantes, ou fazê-lo apenas para uma elevada pressão de enchimento” (BRAUNWALD, 1996, p.420).

Esta síndrome envolve diversos mecanismos fisiopatológicos e o organismo tende a desencadear respostas compensatórias para diminuir a exposição do coração a carga de trabalho aumentada.

O mecanismo responsável pelos sintomas e sinais clínicos pode ser decorrente da disfunção sistólica, diastólica ou de ambas, acometendo um ou ambos os ventrículos. Nos adultos, em aproximadamente 60% dos casos está associada à disfunção ventricular esquerda sistólica e nos restantes 40% à disfunção diastólica, devendo ser realçado que esta última

vem sendo mais observada com o aumento da expectativa de vida da população (SBC, 2009, p.11).

As alterações hemodinâmicas comumente encontradas na IC envolvem resposta inadequada do débito cardíaco e elevação das pressões pulmonar e venosa sistêmica. Na maioria das formas de IC, a redução do débito cardíaco é responsável pela inapropriada perfusão tecidual (IC com débito cardíaco reduzido). De início este comprometimento do débito cardíaco se manifesta durante o exercício, e com a progressão da doença ele diminui no esforço até ser observado sua redução no repouso.

Os sinais e sintomas normalmente encontrados na IC são: dispnéia, fadiga, palpitação, edema, presença de um terceiro som cardíaco (B₃), ganho de peso, entre outros.

“A insuficiência cardíaca sistólica diminui a quantidade de sangue ejetada a partir do ventrículo. Na insuficiência cardíaca diastólica desenvolve-se por causa contínua de trabalho aumentada sobre o coração” (CRUZ, 2010, p.2).

Bocchi (2005, p.85) diz que o atendimento ao paciente com insuficiência cardíaca deve ter como principal objetivo à melhora da pré e pós-carga, da contratilidade miocárdica e, conseqüentemente, melhora do débito cardíaco. No exame físico, observamos os seguintes sinais e/ ou sintomas: dispnéia, cianose, palidez; má perfusão periférica, pulso (filiforme e de baixa amplitude) e nos estágios mais avançados tende à hipotensão, estase de jugular, hepatomegalia e edema em membros inferiores, ausculta pulmonar (sibilos, roncos, crepitações difusas ou localizadas, derrame, pleural, pneumotórax) e ausculta cardíaca (sopros, atritos, abafamento de bulhas, B₃ e B₄).

De acordo com a SBC (2009, p. 8) algumas das causas da insuficiência cardíaca crônica são: Doenças Isquêmicas, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Doença de Chagas, Cardiomiopatia Hipertrofica dilatada e restritiva, Álcool e Drogas, Diabetes, Hipo/hipertireoidismo, Cushing, Insuficiência Adrenal, Feocromocitoma, Hipersecreção do Hormônio do Crescimento, Deficiência de Selênio, Tiamina, Carnitina, Obesidade, Caquexia, Sarcoidose, Amiloidose, Hemocromatose, Fístula Arterio-Venosa, Beribéri, Anemia, Doença de Paget, Anemia, Cardiomíocardiopatia Periparto, Doença Renal Crônica, dentre outras.

Na presença de um distúrbio da dinâmica cardíaca, o coração depende de mecanismos adaptativos para manter sua função. Segundo Bruanwald (1996, p. 420) são eles:

Mecanismo de Frank - Starling: aumento da pré – carga, isto é, alongamento dos sarcômeros para prover uma sobrecarga ótima entre os miofilamentos fino e espesso, e dessa forma aumentar a contração; desencadeando em parte por retenção de sal e água auxilia a manter o desempenho cardíaco;

Hipertrofia miocárdica: com ou sem dilatação de câmara cardíaca, na qual a massa de tecido contrátil é aumentada;

Aumento na liberação de catecolamina por nervos adrenérgicos cardíacos e a medula adrenal, a qual aumenta a contratilidade miocárdica, ativação do sistema aldosterona – renina – angiotensina e outros ajustes neuro – humorais que atuam para manter a perfusão e a pressão arterial de órgãos vitais.

Inicialmente, em especial na insuficiência cardíaca aguda, esses mecanismos adaptativos podem ser adequados para manter o desempenho mais geral de bombeamento do coração em níveis relativamente normais. Entretanto, a capacidade de cada um desses mecanismos para sustentar o desempenho cardíaco em face de sobrecarga hemodinâmica relativa a contratilidade miocárdica é finita e frequentemente apresenta conseqüências adversas (BRAUNWALD, 1996, p.420).

Cruz (2010, p.26) relata que “a síndrome de IC está associada a prognóstico reservado e a freqüentes morbidades, tendo alta prevalência no Brasil e no mundo. Requer cuidados contínuos e gastos elevados o que ocasiona limitações as atividades diárias, piora a qualidade de vida e determina a mudanças do estilo de vida dos pacientes.

Segundo Cruz (2010,p.4) no Brasil a principal causa da insuficiência cardíaca é a cardiopatia isquêmica associada a hipertensão arterial e em determinadas regiões socioeconômicas de baixo nível existe insuficiência cardíaca relacionada a doenças de chagas.

A classificação do paciente de acordo com a *New York Heart Association* (NYHA) relaciona os sintomas causados pela IC com o prognóstico. À medida que os sintomas desencadeados se agravam, pior é o prognóstico apresentado pelo paciente. São elas:

I – Os sintomas são: Atividade física comum não causa fadiga indevida, dispnéia, palpitações ou dor torácica. Nenhuma congestão pulmonar ou hipotensão periférica. O paciente é considerado assintomático. Geralmente sem limitações das atividades de vida diária. O prognóstico deste paciente é bom.

II – Apresenta os seguintes sintomas: Limitação discreta das atividades diárias. Paciente reporta ausência de sintomas em repouso, mas a atividade física aumentada provocara os sintomas. Estertores basilares e sopro B₃ podem ser auscultados. O prognóstico é também classificado com bom.

III – Sintomas: Limitação acentuada da atividade diária. O paciente se sente confortável em repouso, mas a atividade menor que a comum provocará os sintomas. Prognóstico: razoável.

IV - Sintomas de insuficiência cardíaca em repouso. Prognóstico: ruim.

Em relação ao estadiamento da doença, a classificação varia de A- D: o estágio A, inclui os pacientes com risco de desenvolver insuficiência cardíaca (sem doença cardíaca estrutural e sem sintomas); o estágio B refere-se a pacientes com lesão estrutural cardíaca, mas ainda sem sintomas; o estágio C engloba pacientes com lesão estrutural cardíaca e sintomas de insuficiência cardíaca; no estágio D, os pacientes apresentam sintomas refratários ao tratamento (SBC, 2009, p.7).

Esta forma de estratificação serve de base para o profissional de saúde estabelecer uma conduta terapêutica, identificar os tipos de intervenções necessárias, avaliar o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca. As intervenções podem ser: preventivas (estágio A e B), terapêuticas (estágio C) ou para procedimentos especializados e cuidados paliativos (estágio D), a escolha dependerá do estágio que o paciente se encontra (III Diretriz de Insuficiência Cardíaca Crônica, 2009, p.7).

O tratamento para os pacientes com IC tem como objetivo melhorar a qualidade e a duração da vida. Para que isso ocorra é necessário o tratamento farmacológico e o não farmacológico. Os pacientes precisam ser orientados corretamente dos tratamentos para que consigam obter um melhor efeito no seu processo saúde-doença.

A estratificação de pacientes com IC é fundamentada no histórico, em exame físico e na investigação laboratorial permitindo dessa forma, que o profissional de saúde avalie o momento evolutivo da doença em que o paciente se encontra,

avaliando desta maneira a qualidade de vida e o prognóstico, estabelecendo as prioridades e o tratamento terapêutico adequado (CRUZ, 2010, p.27).

No tratamento não farmacológico segundo (SBC, 2009, p.21) deve ser desenvolvido por todos os profissionais envolvidos no atendimento ao paciente com IC, está relacionado à identificação da etiologia e retirada da causa subjacente; a eliminação ou correção de fatores agravantes e a modificação no estilo de vida, o que inclui a programação de dieta hipossódica, hipocalórica e hipolipídica; o controle na ingestão de líquido que irá variar de acordo com a classe funcional do indivíduo; a retirada da ingestão de álcool e do consumo de tabaco; o incentivo a prática de atividades físicas moderadas e controladas; a discussão para a promoção da atividade sexual; a avaliação dos aspectos psicossociais desenvolvidos pelo paciente e por sua família e comunidade e a vacinação que deve ser estimulada e encontrar-se em dia, principalmente a de prevenção contra a gripe.

No tratamento farmacológico é priorizado o uso de drogas como os inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), digitálicos, diuréticos, antagonistas da aldosterona, bloqueadores beta-adrenérgicos, vasodilatadores diretos, antagonistas dos receptores da angiotensina II, antiarrítmicos e anticoagulantes (SBC, 2009, p.27). O profissional médico é responsável por determinar as posologias e horários, tipos mais adequados a serem usados, e isso será realizado de acordo com o quadro e a classificação de IC apresentada pelo paciente.

O *American College of Cardiology* (2009), a *Heart Failure Society of América* (2009) e a Sociedade Brasileira de Cardiologia referem-se à atividade física como um fator limitante, dependendo da gravidade da doença. É consenso que os exercícios devem ser realizados e são de grande valia para o paciente, porém devem ser feitos sob supervisão e adequados à idade e grau de comprometimento da doença, e a orientação quanto a atividade sexual deve ser realizada, visto que o sexo é uma prática de atividade física.

A orientação sobre a atividade sexual deve fazer parte da rotina de abordagem médica e de enfermagem, embora haja consenso estabelecido sobre o aconselhamento dessa atividade. As recomendações e esclarecimentos são dados para assegurar a não progressão dos sintomas; o desempenho tem dependência direta com os temores do paciente e do parceiro.

A orientação quanto a atividade sexual deve ser dada ao paciente com IC em classe II, pois nesse estágio começam a aparecer os primeiros sinais/sintomas de

disfunção sexual. Em pacientes no estágio B a orientação sexual deve ser feita, deixando o paciente ciente dos sinais e sintomas que podem ocorrer (como p. ex. fadiga, cansaço, dispnéia, dor torácica, palpitação, etc.), nos pacientes em estágio C deve ser avisado os sinais/sintomas que podem ocorrer durante a prática sexual e que os medicamentos podem levar a disfunção sexual, orientando este sobre a atividade sexual observando sua capacidade funcional (III Diretriz de Insuficiência Cardíaca Crônica, 2009, p.20).

Cruz (2010, p.30.) orienta que a educação dos pacientes com IC baseia-se em um processo de melhora dos seus conhecimentos e de suas habilidades que influenciam as atitudes requeridas do paciente para um comportamento ideal de saúde. É fundamental que a equipe de saúde esteja em permanente contato com o paciente e sua família, amenizando desta maneira os impactos causados pela doença.

2.2 SEXUALIDADE

A sexualidade faz parte da vida do ser humano apresentando uma dimensão pessoal e humana que vai além de compreender a genitalidade, caracteriza-se por um fenômeno que satisfaz o instinto, supera os limites do impulso genital, pois, é um aspecto profundo e total da personalidade humana, presente desde a concepção até a morte, incluindo o que somos e o que fazemos (MELO, 2004, p.18).

Gênero é um conceito das ciências sociais que se refere à construção social do sexo. Significa dizer que a palavra sexo designa agora no jargão da análise sociológica somente a caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos e a atividade sexual propriamente dita. O conceito de gênero existe, portanto, para distinguir a dimensão biológica da social. O raciocínio que apóia essa distinção baseia-se na idéia de que há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é realizada pela cultura (HEILBORN, 1997, p1).

Costa (1994) relata que é por meio da sexualidade que nos relacionamos com os outros, conseguimos amar, ter prazer e procriar. Ressel (2003) defende que a sexualidade é universal a todas as pessoas e é produto de uma “construção única”. Para Chauí (1991), a sexualidade envolve nossas relações com o outro, com o nosso corpo, com os objetos e situações que nos agradam e desagradam, nossas esperanças, medos e sonhos reais e imaginários, conscientes e inconscientes.

Melo (2004, p.18) descreve que a sexualidade nos faz relacionar não só com os outros mas também com o nosso corpo, “sendo este o modo pelo qual entramos em contato com o mundo e que nos percebemos como sendo”.

Definições acerca da sexualidade envolvem a história pessoal de cada um e permeia todos os momentos da vida. Considerando as abordagens biológica, psicológica e social, que envolve a grandeza humana, Costa (1994) nos apresenta os componentes da Sexualidade Humana: na abordagem biológica que envolve o corpo físico, que tem sentimento, vê e é visto por outras pessoas estão incluídos os sexos cromossômicos (xx,xy), gonadal (presença de gônadas – ovários/testículos) e genital (órgãos sexuais visíveis) e os caracteres sexuais secundários. Na abordagem psicológica que abrange a mente, emoções, afetos, desejos, fantasias e sonhos encontram-se a identidade sexual, representada pela identidade genital, identidade de gênero e orientação afetivo-sexual. A abordagem social diz respeito ao mundo que nos rodeia, estão incluídos os papéis sociais de gênero e o papel afetivo-sexual.

O papel da sexualidade e as alterações no desempenho sexual se desenvolvem a medida com que a pessoa cresce. Cada estágio da vida traz modificações na sexualidade.

Segundo Potter e Perry (2006, p.479) a sexualidade se desenvolve com as diferentes etapas da vida. São elas:

- Lactente (28 dias a um ano): ao nascer o lactente é identificado como do sexo feminino ou masculino. Psicologicamente, ele está desenvolvendo a confiança. A confiança em si mesmo envolve a exploração do corpo, incluindo as sensações agradáveis e desagradáveis. A exploração envolve a descoberta das sensações autotranquilizadoras, como o toque na área genital.

- Infante (um a três anos) e pré-escolar (quatro a seis anos): a criança entre cinco ou seis anos de idade continua a solidificar a sensação da identidade sexual e a diferenciar os comportamentos apropriados para o sexo socialmente definido. Este processo de aprendizado se dá através das interações entre crianças e adultos, a partir de brincadeiras, brinquedos fornecidos e roupas utilizadas. A criança observa o adulto e começa a imitar as ações da mãe ou pai (do mesmo sexo).

- Escolar (sete a 12 anos): nesta idade, as crianças expandem seus horizontes a partir da casa, para incluir a escola e a comunidade. A aprendizagem e

o reforço do comportamento apropriado ao sexo originam-se dos pais, professores, porém são mais significativos a partir do grupo de colegas da criança.

Durante essa fase pode ocorrer que as crianças continuem a auto-estimulação. É importante ensinar a criança as diferenças de comportamentos que são aceitos em público e os que precisam ser privados (em relação a masturbação). Nesta idade a criança necessita de mais privacidade e começam a reivindicar sobre sua independência.

- Adolescente (12 aos 19 anos): as alterações emocionais durante a adolescência são tão significativas quanto as físicas. O adolescente atua dentro de um poderoso grupo de colegas com a ansiedade quase constante de “eu sou normal?” e “eu serei aceito?”.

A introspecção é necessária para estabelecer uma sensação de si própria dentro do contexto da família, comunidade e dos relacionamentos emocionais. O adolescente depara-se com muitas decisões e precisa de informações exatas sobre os temas, como alterações corporais, atividade sexual, respostas emocionais dentro de relacionamentos sexuais íntimos, entre outros.

- Adulto (20 aos 59 anos): o adulto ganhou a maturação física, porém continua a explorar e definir a maturação emocional nos relacionamentos. A atividade sexual é frequentemente definida como uma necessidade básica, mas o desejo sexual pode ser canalizado de maneira saudável para outras formas de intimidade durante toda a vida.

A medida que os adultos que se encontram sexualmente ativos desenvolvem relacionamentos íntimos, precisam aprender técnicas que estimulem o prazer para si próprio e para o parceiro sexual. Quando se formam família é necessário que se ajustem as alterações sociais e emocionais associadas aos filhos. Quando estes, já crescidos saem de casa, pode se tornar para o casal uma renovação na intimidade sexual. A mudança na aparência física, relacionada ao envelhecimento, pode levar a preocupações em relação a atração sexual. O dialogo é extremamente importante para que as dúvidas possam ser tiradas.

- Velhice (60 até o fim da vida): A capacidade para a sexualidade se faz por toda a vida. Teoricamente, as pessoas podem se engajar em sexo até a velhice, caso optem por isso. O melhor indicador para a satisfação sexual continuada com o envelhecimento é uma vida sexual regularmente ativa durante a fase adulta e até um período mais avançado na vida.

O desenvolver da relação sexual é desenvolvido através de fases. São elas:

Existem três fases do ciclo de resposta sexual: desejo, estimulação e orgasmo. Estas fases são uma consequência da **vasocongestão** e **miotonia**, as respostas fisiológicas básicas da estimulação sexual. Em mulheres, tal reação leva a lubrificação vaginal, tumescência do clitóris e dos pequenos e grandes lábios, assim como ingurgitamento do terço externo da vagina (plataforma orgásmica). Nos homens, a vasocongestão leva a ereção do pênis. A miotonia, ou tensão neuromuscular, aumenta gradualmente por todo o corpo durante as fases de excitação e platô; ela atinge o máximo durante o orgasmo, resultando em contrações involuntárias da vagina da mulher bem como do canal deferente e uretra do homem. Mulheres e homens podem experimentar contrações da musculatura dos braços e pernas, músculos faciais e músculos glúteos. Depois do orgasmo, a vasocongestão e a miotonia retornam aos níveis pré-estimulação. As fases descritas não são absolutas. Os padrões de resposta masculino e feminino são similares (POTTER & PERRY, 1998, p. 480).

A sexualidade (ato sexual) por ser uma necessidade humana básica, deve estar sempre em equilíbrio. A cultura desde muito tempo influencia na sexualidade. A diversidade cultural cria diversas normas sexuais e representa uma ampla abrangência de crenças e valores.

A sociedade desempenha um papel importante na modelagem dos valores e atitudes sexuais. Cada grupo social possui seu próprio conjunto de regras e normas que orientam o comportamento das pessoas que vivenciam. A sexualidade é uma parte significativa de cada ser, possui elementos físicos, psicológicos, sociais e como já foi dito culturais.

Diversos são os fatores que possam vir a causar problemas no ato sexual do indivíduo. O estado civil influencia, pois devido a falta de um parceiro sexual a pessoa torna-se sexualmente inativa. A idade não interrompe o padrão de sexualidade, porém influencia, pois na velhice, ocorrem modificações no corpo do ser humano que diminui sua capacidade sexual. A religião também afeta a sexualidade, ingressando esta diretamente na cultura. As doenças que acometem o indivíduo podem prejudicar o seu padrão de sexualidade, e os medicamentos para o tratamento dessas doenças podem diminuir a libido em mulheres ou causar impotência sexual em homens.

Melo (2004, p. 23) relata mesmo com a evolução do mundo e a liberação do ato sexual, a religião continua determinando o comportamento de diversas pessoas, podendo acarretar em disfunção sexual de acordo com determinados preceitos morais.

Melo (2004, p.24) diz que a pessoa que apresenta um desvio sexual (denominado de parafilia) pode se sentir perfeitamente adequada e feliz, embora não esteja dentro das normas sociais. Quando uma pessoa, durante a vida, conduz seu padrão sexual considerado por ela e por seu companheiro como normal, isso não deve ser classificado como um problema. Agora quando algo começa a lhe preocupar, influenciando a atitudes, crenças, comportamentos, valores, a pessoa pode entrar num conflito interno, o que resulta em preocupação ou insatisfação ou preocupação da manifestação de sua sexualidade, caracterizando então um problema.

2.2.1 DISFUNÇÃO SEXUAL

Como já citado anteriormente, a sexualidade é um fenômeno complexo, que abrange três dimensões – biológica, psicológica e social. A alteração em uma destas áreas, conseqüentemente produzirá desequilíbrio das demais, causando assim a disfunção sexual. A exterioridade biológica que envolve a sexualidade diz respeito a capacidade de um individuo dar e receber prazer sexual, englobando o funcionamento dos órgãos sexuais e a fisiologia da resposta sexual humana (MELO, 2004, p.25).

CAVALCANTI (1996, p. 42) relata que o papel sexual é o modo que a identidade de gênero é retratada aos outros e a si mesmo. Nesta relação com o social, é incluído o relacionamento sexual onde é caracterizado por relações interpessoais que o individuo tem com os outros, na qual se compartilha a atividade sexual.

Melo (2004, p.33) descreve os quatro estágios da resposta sexual: excitação, platô, orgasmo e resolução. A excitação é caracterizada pelo ímpeto de sensações eróticas e pela obtenção, no homem da ereção e na mulher lubrificação vaginal. O platô é o estado que antecede o orgasmo. O orgasmo é definido como o prazer mais intenso da relação sexual e o estágio da resolução completa este ciclo da resposta sexual.

O desejo sexual, também conhecido com libido, ocorre sob a forma de sensações específicas que levam ao indivíduo buscar ou receber experiências

sexuais. A disfunção sexual se caracteriza pela perda desse desejo (CAVALCANTI, 1996, p.36).

Fisiologicamente, o desejo sexual só ocorre pela ação de hormônios sexuais a partir de um estímulo. Melo (2004, p.46) descreve que no homem, esse desejo pode ser despertado pelo odor, visão e outras pistas sensoriais, como o ferormônio. Já na mulher ocorre na presença de um homem sexualmente ativo e interessado. Acredita-se ainda que o desejo sexual deva estar anatomicamente e/ou quimicamente ligado ao centro da dor, visto que a dor tem a capacidade de inibir o desejo sexual.

As causas de diminuição do desejo sexual podem ser tanto por fatores fisiológicos quanto psicológicos. Os fatores fisiológicos podem ser descritos como: depressão, estados graves de estresse, baixo nível de testosterona, certas drogas (como narcóticos) e algumas doenças (renal crônico, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus). Os fatores psicológicos são caracterizados por situações de perigo ou emergência, focalizações de ideais negativas (por ex. comportamento inaceitável do parceiro), obesidade. Essas características diminuem ou inibem o desejo sexual (MELO, 2004, p.46).

Melo (2004, p.47) diz que existem pacientes que com a inibição do desejo sexual criam uma certa ansiedade e um sentimento de fuga do parceiro sexual. Existem pacientes que começam com carícias brandas e amorosas evocando prazer, porém ao mesmo tempo essas sensações prazerosas são substituídas por sentimentos negativos, tornando-se uma pessoa tensa, nervosa, ansiosa, chegando até mesmo a rejeitar o parceiro.

A excitação é uma das fases da atividade sexual e no homem se manifesta-se através da ereção. Na ereção tem-se um aumento testicular, devido a vasodilatação profunda, constrição do escroto e ereção do pênis. A ereção também envolve mecanismo neuropsíquico, sendo o mecanismo controlado pelo cérebro. (MELO,2004, p.50).

A mesma autora descreve que a disfunção sexual ou impotência também pode ocorrer na excitação e dentre os fatores causadores tem-se problemas cardiovasculares (insuficiência cardíaca), procedimentos cirúrgicos e algumas medicações. Na mulher a falta de excitação segundo a autora manifesta-se por ausência ou diminuição na lubrificação.

As possíveis causas para o aparecimento da disfunção sexual são as doenças crônicas. “... diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, doença renal, alcoolismo, distúrbios neurológicos..., efeitos colaterais dos medicamentos também podem contribuir para a disfunção sexual” (POTTER, 1998, p.484).

A doença e sua terapêutica podem comprometer os sistemas do organismo, influenciando na sexualidade. Melo (2004, p.43) expõe que qualquer aspecto do ser humano que conduza ao afastamento do seu padrão de normalidade de saúde pode ter conseqüências de influências não desejadas pela pessoa na sua área sexual.

Os medicamentos que podem contribuir para a disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca segundo Potter e Perry (1998, p. 496) são: Anti-hipertensivos, Álcool etílico, Antidepressivos, Barbitúricos, Anti-histamínicos, Diuréticos, Antiespasmódicos, Narcóticos, Sedativos e tranquilizantes.

Problemas cardiovasculares, como por exemplo, a Insuficiência Cardíaca (IC), afetam indiretamente a sexualidade, trazendo como conseqüências o surgimento de seqüelas psicossociais que podem afetar a atividade, os papéis e os relacionamentos sexuais. Durante a atividade sexual ocorre uma mudança na frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial, podendo o infarto agudo do miocárdio ser o episódio mais comum. Além disso, pessoas que já sofrem infarto ou outras doenças coronarianas podem sofrer alterações no relacionamento sexual decorrente do medo do esforço físico e da ansiedade. (MELO, 2004, p.61).

Os portadores de IC utilizam vários medicamentos, e alguns deles podem causar a disfunção sexual como: inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) (captopril, enalapril) que previnem a síntese da angiotensina II, um potente vasoconstritor; diuréticos (hidroclorotiazida) aumentam o fluxo urinário reduzindo a quantidade de líquido corporal; beta-bloqueadores (carvedilol, bisoprolol, metoprolol) inibem atividade dos neurotransmissores simpáticos, da noradrenalina e adrenalina.

Hogan (1985, p.42) diz que o fato das drogas serem bloqueadoras dos impulsos simpáticos, vasodilatadores periféricos e diuréticos, provavelmente, podem provocar alguns efeitos na função sexual, como dificuldade em atingir ou manter a ereção, ejaculação bloqueada e diminuição da libido através do efeito depressivo.

MANSO (2010, p.87) relata que do ponto de vista prático, o ato sexual corresponde a subir uma escada com 18 degraus e pode ser realizado se esta atividade não causar grande desconforto. Sintomas cardiovasculares durante o sexo raramente ocorrem em pacientes que não possuem sintomas similares durante o

teste de esforço. O aumento do batimento cardíaco e a elevação da pressão arterial durante a relação sexual podem servir de gatilho para outro evento cardíaco. No entanto, após avaliação adequada, o risco absoluto é muito baixo. Vale ressaltar que a manutenção da atividade sexual pode contribuir para aumentar a auto-estima e melhorar a qualidade de vida. O medo de morrer ou desenvolver um infarto durante o ato sexual também são causas da disfunção sexual.

A causa da disfunção sexual deve tentar ser solucionada para proporcionar ao indivíduo uma melhor bem estar em relação a sua vida. A enfermagem possui um papel importante no atendimento de um paciente com disfunção sexual. Promovendo uma sistematização da assistência completa, o enfermeiro é capaz de chegar ao fator causal, e junto com o paciente estabelecer formas para que se estabilize essa disfunção.

2.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SEGUNDO A TAXONOMIA DE NANDA-I

Na década de 60, acreditava-se que o processo de enfermagem era composto por quatro partes, sendo estas: investigação, planejamento, implementação e avaliação. Porém, líderes da enfermagem perceberam a necessidade de agrupar e interpretar os dados levantados, para que posteriormente os enfermeiros pudessem planejar, implementar e avaliar o cuidado prestado aos pacientes (NANDA-I, 2009, p. 29).

O diagnóstico de enfermagem “é a identificação das necessidades básicas do ser humano que precisam de atendimento e a determinação, pela (o) enfermeira (o), do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão, (Horta, 1979, p.58)”.

A *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I) foi criada nos Estados Unidos em 1973, quando um grupo de enfermeiros organizou a primeira Conferência Nacional do Grupo de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem (JOHNSON *et al*, 2009, p.12). No ano de 2002, foi mudado o nome da organização para NANDA-Internacional, com o intuito de alcançar a participação de outros países. Assim, hoje, é formada por membros, dirigida por um presidente e por uma mesa diretora de eleitos. Também é constituída por um Comitê de Revisão de Diagnóstico (Diagnosis Review Committee) que é responsável por revisar novos e aperfeiçoados diagnósticos enviados por membros, e por um Comitê de Taxonomia

(Taxonomy Committee) que aperfeiçoa e acrescenta novos diagnósticos à taxonomia.

Durante a conferência, 100 enfermeiros procedentes dos Estados Unidos e Canadá identificaram as interpretações para os problemas percebidos no decorrer da assistência de enfermagem. “Foi à primeira conferência sobre diagnósticos de enfermagem (DE), na qual foram identificados e definidos 80 diagnósticos de enfermagem” (NANDA-I, 2009, p. 30).

O uso de diagnósticos de enfermagem é essencial a educação em enfermagem. A avaliação e o diagnóstico de pessoas, famílias e comunidade ensinam aos estudantes hipotéticos e raciocínio crítico. Além disso, os que procuram os enfermeiros em busca de ajuda esperam atingir resultados de saúde melhorada, responsabilidade desses profissionais. Os resultados e a escolha das intervenções dependem de diagnóstico de enfermagem precisos e válidos (NANDA-I, 2009, p 335.).

A NANDA-I traz contribuições para o processo de educação em enfermagem a nível de diagnóstico, pois ao realizar a investigação e coleta dos dados pela história do paciente os profissionais estão identificando os sinais e/ou sintomas, que são as inferências observáveis como manifestação de um diagnóstico de enfermagem, e os fatores relacionados que combinados fornecem a elaboração dos diagnósticos, assim como estão descritos no livro da NANDA-I.

Os diagnósticos segundo a taxonomia de NANDA-I (2009, p.436) podem ser classificados como:

1. *Real* – descrição de respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade;
2. *Promoção da saúde* – julgamento clínico da motivação e do desejo de um indivíduo, família ou comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana;
3. *Diagnóstico de risco* – descrição de respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em indivíduos, família ou comunidade vulnerável;
4. *Síndrome* – conjunto de sinais e sintomas que quase sempre ocorrem juntos, representando um quadro clínico distinto;
5. *Diagnóstico de bem-estar* – descrição de respostas humanas a níveis de bem-estar em indivíduos, família ou comunidade.

O diagnóstico de enfermagem da NANDA-I é composto de fatores relacionados e características definidoras, além também do enunciado que estabelece o nome do diagnóstico, e a definição que determina uma descrição do diagnóstico. As características definidoras são aquelas passíveis de observação e verificação em indivíduos, famílias e comunidades. Os fatores relacionados são os fatores que de alguma forma contribuem para o diagnóstico de enfermagem.

Os diagnósticos são divididos em domínios e classes. São oito domínios sendo eles respectivamente: promoção as saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, papéis e relacionamentos, sexualidade, enfrentamento/ tolerância ao estresse, princípios da vida, segurança/proteção, conforto e crescimento/desenvolvimento. As classes de subdividem em cada domínio tendo no total seis classes (NANDA-I, 2009, p.408).

O diagnóstico de enfermagem nos possibilita o estabelecimento dos problemas para que se possa assim, traçar um plano de cuidados. É de extrema importância o seu uso na assistência prestada as cliente com insuficiência cardíaca, com o intuito de se manter um controle do seu quadro clínico. Conhecer as características definidoras do mesmo ajuda a enfermagem a tentar solucionar o fator causal, estabelecendo assim um equilíbrio na vida do paciente.

A NANDA-I afirma que para uma classificação diagnóstica ser baseada em evidências é necessário que haja estudos de validação que precisem a fidedignidade de seu conteúdo, incentivando que seus diagnósticos sofram a avaliação através de pesquisas que confirmem ou refutem sua validade.

2.3.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DISFUNÇÃO SEXUAL

O diagnóstico de enfermagem disfunção sexual é definido como *“o estado em que o indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recompensadora e inadequada”* (NANDA-I, 2009, p.250).

Este diagnóstico se encontra no domínio oito, que é o da sexualidade e na classe II: função sexual. Apresenta como características definidoras: alteração percebida na excitação sexual; alterações em alcançar o papel sexual percebido; alterações no alcance da satisfação sexual; busca de confirmação da qualidade de ser desejável; déficit percebido de desejo sexual; incapacidade de alcançar a

satisfação desejada; limitações percebidas impostas pela doença; limitações percebidas impostas pela terapia; limitações reais impostas pela doença; limitações reais impostas pela terapia; mudança do interesse por outras pessoas; mudança do interesse por si mesmo e verbalização do problema.

Os fatores relacionados que possam vir a aparecer são: abuso físico, abuso psicossocial (p.ex., relações prejudiciais); alterações biopsicossocial da sexualidade; conflito de valores; estrutura corporal alterada (p.ex., gravidez, parto recente, cirurgia, anormalidades, processo de doença, trauma, radiação); falta de conhecimento; falta de pessoas significativas; falta de privacidade; função corporal alterada (p.ex., gravidez, parto recente, drogas, cirurgia, anormalidades, processo de doença, trauma, radiação); informação errada; modelos de papel ausentes; modelos de papel ineficientes e vulnerabilidade.

M E T O D O L O G I A

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA E ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo, observacional com abordagem quantitativa. Esta pesquisa traz luz aos dados, tem como foco buscar precisão matemática e modelos estatísticos. O caráter descritivo expõe características de determinada população ou fenômeno, tendo como intuito descobrir o que acontece, procurar conhecer o fenômeno, descrevê-lo (FIGUEIREDO; SOUZA, 2005).

Na abordagem quantitativa há uma questão pontual que é a objetividade. Refere-se a fatos relativos ao mundo concreto, objetivo e mensurável, concebidos das ciências naturais ou sociais. Caracteriza-se pelo processo de quantificação, tanto no processo de coleta de informações, como no tratamento destas por meio de técnicas estatísticas e procedimentos matemáticos. Representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, visto que aumenta a margem de segurança na comprovação das hipóteses ou do problema formulado (FIGUEIREDO; SOUZA, 2005, p.73).

A pesquisa descritiva, de acordo com Rodrigues (2007, p.8), “*é uma pesquisa a qual fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador*”. Já para TRIVIÑOS (1992, p.110) “*o estudo descritivo pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade*”.

Neste estudo foi utilizado o método de validação de diagnóstico desenvolvido por Fehring, sendo empregado o modelo prático de validação clínica de diagnóstico (*Clinical Diagnostic validation -DCV*).

A validação clínica é a investigação, em um ambiente clínico, da presença ou ausência das características definidoras, desenvolvidas a partir de análise e validação por especialistas. É realizada por observação e interação direta com o paciente que possivelmente apresente o diagnóstico (HOSKINS, 1989).

Fehring (1987) apresenta dois tipos de validação dentro da citada anteriormente, são elas: a *validação clínica* referindo-se a observação clínica direta de pelo menos dois enfermeiros peritos em relação à frequência das características definidoras, e a *validação clínica modificada*, abordada neste estudo, onde as características definidoras são avaliadas pelo pesquisador junto com o paciente que apresente o diagnóstico em questão para que se possa verificar a veracidade do diagnóstico envolvido.

O modelo de DCV baseia-se na obtenção de evidência da existência do diagnóstico de interesse clínico real. Para esse modelo, Fehring (1987) descreve que a categoria diagnóstico de enfermagem é o conceito que é medido, e as características definidoras são os itens a serem analisados. De acordo com Fehring, o método de obtenção de um DVC inclui:

- 1- Utilizar uma escala tipo Likert, onde se têm taxa de especialialidades das características denidoras de um diagnóstico identificado;
- 2- Obter a pontuação do item para cada característica;
- 3- Determinar quais características definidoras são de maior prevalência, as que são de menor prevalência e que são irrelevantes.
- 4- Calcular a pontuação (escore) total para DCV a categoria diagnóstica.

3.2 CAMPO DO ESTUDO

O cenário da realização deste estudo foi a Clínica de Insuficiência Cardíaca, que se localiza no primeiro andar do Hospital Universitário Antônio Pedro/ UFF. Localizado na Rua: Marquês de Paraná, 303 – Centro, Niterói, Rio de Janeiro.

3.3 AMOSTRA

Foram incluídos neste estudo 30 pacientes com insuficiência cardíaca crônica em acompanhamento ambulatorial que apresentaram o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual.

Os critérios estabelecidos para a inclusão dos sujeitos foram: ser portador de insuficiência cardíaca crônica e estar em acompanhamento no ambulatório de cardiologia do HUAP; ter idade igual ou superior a 18 anos, independente do sexo, estar lúcido e orientado no tempo, espaço e pessoa, conseguir expressar-se

verbalmente, apresentar durante a consulta de enfermagem o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual e consentir formalmente em participar do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

3.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi realizada entrevista, através de um roteiro de avaliação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem *disfunção sexual* (APENDICE I), apresentadas com suas respectivas definições operacionais, cujo objetivo foi identificar a presença ou ausência de cada uma das características.

Para definição de cada característica definidora foi realizada uma busca em bases de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line - Medline para que se encontrassem as definições. Foi utilizado como descritor sexualidade/sexuality. Foram encontrados 4 artigos e uma tese onde através da análise obteve-se a definição para cada característica.

No instrumento, as características definidoras são avaliadas e pontuadas de 1 a 5, onde o 1 corresponde a menor pontuação (muito pouco) e o 5 corresponde ao nível mais elevado (bastante); o paciente escolheu a pontuação de acordo com o quanto a característica interfere em sua vida. Esse instrumento foi submetido a processo de refinamento, com o objetivo de avaliar sua clareza, objetividade e abrangência em relação às características definidoras do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual.

A coleta de dados foi realizada no período de 13 de setembro a 08 de novembro de 2010. Deu-se através da realização da consulta de enfermagem, e posteriormente sendo diagnosticado a disfunção sexual o paciente passou por uma nova consulta com um questionário específico, conforme citado anteriormente. As consultas de enfermagem aconteceram às segundas-feiras e nessas consultas foram atendidos aproximadamente 16 pacientes por semana. Do período de setembro a novembro foram atendidos 110 pacientes nas consultas de enfermagem e 30 destes pacientes responderam que apresentavam disfunção sexual.

Assim, os passos seguidos para a realização deste estudo, obedecendo à descrição do método por Fehring (1987) foram os seguintes:

- 1- Foram identificados durante a consulta de enfermagem os pacientes com insuficiência cardíaca crônica que apresentaram o diagnóstico de

enfermagem disfunção sexual. Nesta, foram verificada a presença do diagnóstico de enfermagem nos sujeitos do estudo, utilizando-se o questionamento direto ao paciente: “*Você acha que a sua sexualidade está afetada?*”. O questionamento direto ao paciente se justifica por não haver no Brasil questionários validados para a identificação deste diagnóstico em pacientes com IC. Como a sexualidade envolve experiências pessoais, a opinião do paciente sobre um prejuízo nessa necessidade humana foi o critério de referência para a identificação do diagnóstico. Além disso, o diagnóstico em estudo apresenta indicadores que descrevem manifestações subjetivas. Portanto, a resposta positiva do paciente ao questionamento foi fator determinante da inclusão do mesmo no estudo.

- 2- Após a identificação do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual, o paciente foi entrevistado junto ao pesquisador com um instrumento contendo as características definidoras de disfunção sexual que estão descritas na NANDA-I acrescidas de definição em linguagem técnica. A definição de cada característica definidora teve como objetivo facilitar a interpretação do paciente sobre as mesmas. Vale ressaltar que foram incluídas no instrumento características definidoras que não estão apresentadas na taxonomia da NANDA-I na intenção de verificar novas evidências clínicas neste grupo de pacientes. Estas foram identificadas em estudos específicos para pacientes com insuficiência cardíaca e são: alteração na frequência da atividade sexual, dificuldade de manter ereção/excitação sexual, dificuldade de se manter em posições sexuais antes utilizadas, alteração no relacionamento interpessoal com o cônjuge, medo de sintomas associados ao esforço físico, cansaço durante a atividade sexual e dor durante a atividade sexual. O julgamento do pesquisador junto com o paciente será anotado para posterior análise.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada a análise dos dados coletados segundo o método de Fehring, seguindo as seguintes etapas descritas:

1 - Inicialmente foi obtida uma pontuação para cada característica definidora; a pontuação se deu na entrevista realizada com o paciente, na qual ele se classificou de um a cinco de acordo com o questionário contendo as características definidoras desmenbradas do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual. O paciente escolheu a pontuação de acordo com o quanto a característica interferia em sua vida.

2 – A pontuação de cada característica definidora se deu de um a cinco (1 a 5), através da escala de likert. Primeiro foi verificado quantas vezes a mesma resposta apareceu em cada característica definidora. Logo após estes números constituiu-se a multiplicação dessas frequências com seus respectivos pesos: 1 (não característico) = 0; 2 (pouco característico) = 25; 3 (de algum modo característico) = 50; 4 (muito característico) = 75 e 5 (muitíssimo característico) = 100; a somatória dos produtos destas multiplicações foi dividido pelo número de sujeitos, obtendo-se a média pondera para cada um das características definidoras.

3 – Posteriormente determinou-se que as características definidoras que obtiveram pontuação menor que 50 fossem descartadas, consideradas irrelevantes, pois não são relevantes para o conceito do diagnóstico disfunção sexual, as que obtiverem pontuação entre 50 e 75 foram consideradas as de menor prevalência, e aquelas que obtiveram pontuação superior a 75 foram consideradas de maior prevalência.

4 – Em seguida foi calculada a pontuação total para DCV a categoria diagnóstica. A pontuação DCV total para cada categoria foi obtida somando-se a pontuação de cada característica definidora e calculando a média dos resultados. A relação entre o nível real de classificação ponderada foi a seguinte:

Avaliação	Relação ponderada
5	100
4	75

3	50
2	25
1	00

Os dados foram armazenados em banco de dados em planilha de Excel e auxílio do programa de estatística SPSS 1.6. Os formulários da validação por pacientes foram analisados para obtenção do escore final através de frequência simples.

3.6 CUIDADOS ÉTICOS

Este estudo foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, CAAE: 0125.0.258.000-11, CEP CMM/HUP nº 119/11 (ANEXO I).

Os pacientes participaram do estudo após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO II), conforme Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato dos mesmos, eles serão identificados por nomes fictícios.

Foi realizado um convite onde foram explicados a todos, os objetivos da pesquisa, e a garantia do sigilo dos dados. Foi solicitado que assinassem um termo livre e esclarecido, afirmando sua compreensão sobre essa questão ética, e declarando seu consentimento no uso de sua informação com as devidas precauções tomadas.

R E S U L T A D O S

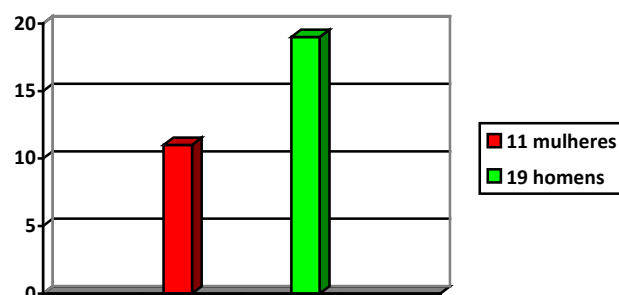
4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES

A caracterização deste estudo se deu através do levantamento da prevalência entre as variáveis: sexo, estado funcional, religião, estado civil e idade dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica em acompanhamento ambulatorial com o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual.

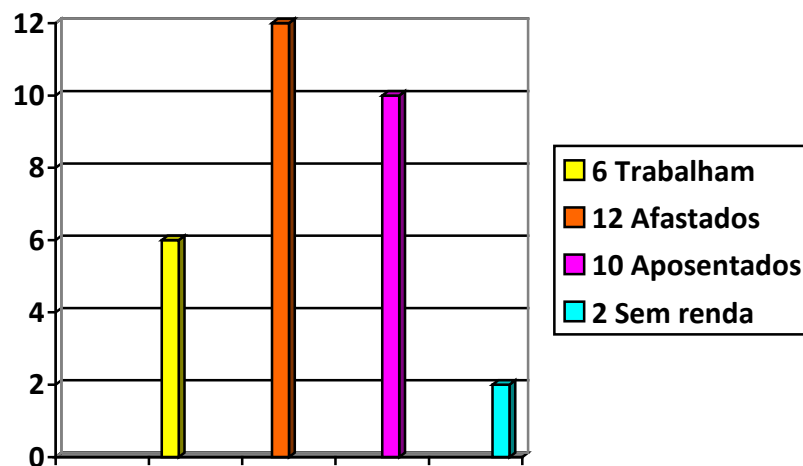
Dos 30 pacientes incluídos no estudo, 63% (19) era do sexo masculino tendo como mínimo e máximo de idade 47 e 79 anos respectivamente. As 11 pacientes do sexo feminino (37%) apresentaram a menor idade de 34 e a maior de 60 anos. A maioria dos pacientes que apresentaram o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual tinham idade entre 50 a 69 anos (21 pacientes); seguidos da faixa etária entre 30 a 49 anos (8 pacientes) e somente 1 com idade superior a 70 anos. Abaixo a representação gráfica da distribuição dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica com diagnóstico de enfermagem disfunção sexual por sexo.

GRÁFICO 1 – Distribuição dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica em acompanhamento ambulatorial segundo o sexo (n=30). Niterói, 2011.



Dos 30 pacientes do estudo, 11 são do sexo feminino e os 19 restantes são do sexo masculino. Percebe-se que a prevalência do sexo em relação ao aparecimento do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual é do sexo masculino (aproximadamente 63%).

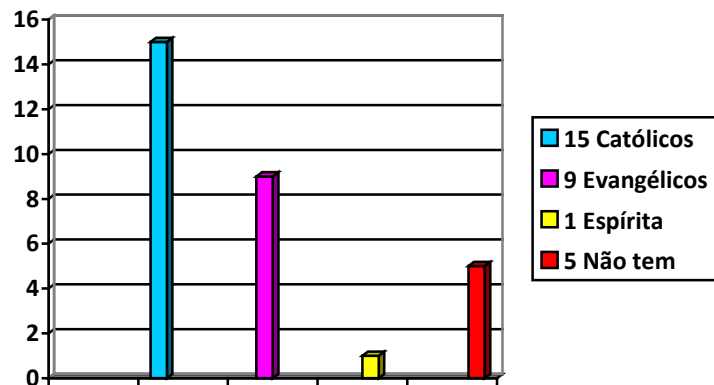
GRÁFICO 2- Distribuição dos participantes do estudo segundo estado funcional (n=30). Niterói, 2011.



O gráfico 2 demonstra que 6 pacientes estão ativos, encontra-se trabalhando; 12 estão afastados, 10 estão aposentados e 2 não possuem renda. Nota-se que a insuficiência cardíaca crônica afeta significativamente a vida funcional do paciente, sendo a maioria (40%) encostados, seguidos de 33% que estão aposentados, por não conseguirem trabalhar.

Dados do Ministério do Trabalho (2010) demonstram que 44 milhões de brasileiros encontram-se trabalhando. Diz também que doenças crônicas degenerativas como, por exemplo: insuficiência renal, insuficiência cardíaca, entre outras, fazem com o paciente se torne incapaz de exercer seu trabalho e conseqüentemente afastando este indivíduo da sua função, fazendo com que se torne inativo (aposentando ou encostando) por não conseguirem mais exercer seus cargos.

GRÁFICO 3 - Distribuição dos participantes do estudo segundo religião (n=30). Niterói, 2011.

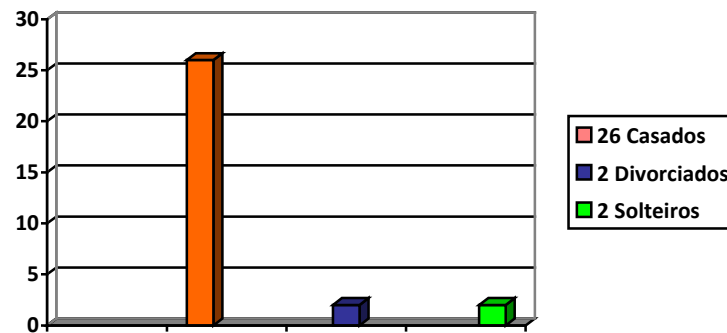


No gráfico 3 demonstra que dos 30 pacientes incluídos no estudo, 15 são católicos, 9 são evangélicos, 1 é espírita e 5 disseram não ter religião.

O Brasil é um país de diversidades religiosas e em função da miscigenação cultural, fruto dos vários processos migratórios, encontramos em nosso país diversas religiões (cristã, islâmica, afro-brasileira, protestante, judaica, etc).

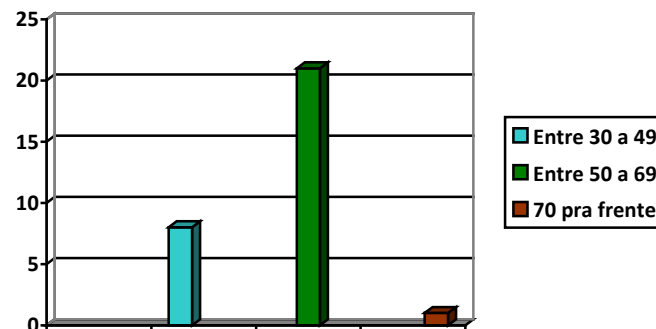
Dados epidemiológicos do censo realizado em 2010 pelo IBGE demonstram que a religião católica é mais predominante entre os brasileiros (aproximadamente 124.980.132 pessoas seguem esta religião), seguidos dos protestantes (aproximadamente 15.102.775), os que se declaram serem espíritas são aproximadamente 2.262.401 brasileiros e os que declaram não possuir religião são aproximadamente 12.492.403 brasileiros.

GRÁFICO 4- Distribuição dos participantes do estudo segundo estado civil (n=30). Niterói, 2011



No gráfico 4 nota-se que 26 dos pacientes com diagnóstico de enfermagem disfunção sexual são casados, 2 são divorciados e 2 são solteiros. Sendo que 86% da amostra que apresentou o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual vivem com o seu companheiro.

GRÁFICO 5 - Distribuição dos participantes do estudo segundo idade (n=30). Niterói, 2011.



O gráfico 5 demonstra que a maioria dos pacientes que apresentam o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual possuem idade entre 50 a 69 anos , 21 pacientes; seguidos da faixa etária entre 30 a 49 anos, 8 pacientes e somente 1 com idade superior a 70 anos.

4.2 DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS CONFORME A CLASSIFICAÇÃO – MAIOR PREVALÊNCIA, MENOR PREVALÊNCIA E IRRELEVANTES

Das 20 características definidoras validadas observa-se que 8 foram classificadas como de maior prevalência, 9 foram consideradas de menor prevalência e 3 foram consideradas irrelevantes.

No quadro abaixo encontra-se a distribuição das características definidoras de acordo com o escore recebido.

TABELA 1: Distribuição do escore das características definidoras dos pacientes com IC crônica em acompanhamento ambulatorial que apresentaram o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual (n=20). Niterói, 2011.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	ESCORE	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Características definidoras de maior prevalência			
Limitações percebidas impostas pela terapia	95,0	4,80	0,66
Limitações reais impostas pela doença	91,6	4,70	0,95
Limitações reais impostas pela terapia	90,3	4,67	0,71
Alteração na frequência da atividade sexual *	90,0	4,60	1,00
Verbalização do problema	89,1	4,57	1,17
Dificuldade de se manter em posições sexuais antes utilizadas *	85,0	4,40	1,16
Alterações em alcançar o papel sexual percebido	77,5	4,10	1,35
Limitações percebidas impostas pela doença	77,5	4,10	1,40
Características definidoras de menor prevalência			
Dificuldade de manter ereção/excitação sexual *	75,0	4,00	1,60
Alterações no alcance da satisfação sexual	72,5	3,90	1,37
Incapacidade de alcançar a satisfação desejada	65,8	3,63	1,54
Cansaço durante a atividade sexual *	63,3	3,53	1,57
Dor durante a atividade sexual *	63,3	3,53	1,66
Alteração percebida na excitação sexual	60,0	3,40	1,50
Mudança do interesse por outras pessoas	56,5	3,27	1,66
Medo de sintomas associados ao esforço físico *	54,1	3,17	1,70
Déficit percebido de desejo sexual	50,8	3,03	1,79
Características definidoras irrelevantes			
Busca de confirmação da qualidade de ser desejável	48,3	2,93	1,39
Alteração no relacionamento interpessoal com o cônjuge *	32,5	2,30	1,56
Mudança do interesse por si mesmo	25,8	2,03	1,47

* Características definidoras que foram encontradas nos pacientes com insuficiência cardíaca crônica em acompanhamento ambulatorial que apresentaram o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual, porém são características que NÃO estão presentes na taxonomia NANDA-I.

Ao analisar o quadro 1, nota-se que as características definidoras “Limitações percebidas impostas pela terapia” (escore 95); “Limitações reais impostas pela doença” (escore 91.6); “Limitações reais impostas pela terapia” (escore 90.3); “Alteração na frequência da atividade sexual” (escore 90); “Verbalização do problema” (escore 89.1); “Dificuldade de se manter em posições sexuais antes utilizadas” (escore 85); “ Alterações em alcançar o papel sexual percebido” (escore 77.5) e “Limitações percebidas impostas pela doença” (escore 77.5) tiveram pontuação maior que 75 sendo classificadas como as características definidoras de maior prevalência, ou seja são as características definidoras que mais prevaleceram nos pacientes com disfunção sexual.

As características definidoras que foram classificadas como as de menor prevalência, ou seja, que obtiveram pontuação entre 50 a 75 foram: “Dificuldade de manter ereção/excitação sexual” (escore 75); “Alterações no alcance da satisfação sexual” (escore 72.5); “Incapacidade de alcançar a satisfação desejada” (escore 65.8); “Cansaço durante a atividade sexual” (escore 63.3); “Dor durante a atividade sexual” (escore 63.3); “Alteração percebida na excitação sexual” (escore 60); “Mudança do interesse por outras pessoas” (escore 56.5); “Medo de sintomas associados ao esforço físico” (escore 54.1) e “Déficit percebido de desejo sexual” (escore 50.8).

As características definidoras “Busca de confirmação da qualidade de ser desejável” (escore 48.3); “Alteração no relacionamento interpessoal com o cônjuge” (escore 32.5) e “Mudança do interesse por si mesmo” (escore 25.8) obtiveram uma pontuação abaixo de 50 sendo classificadas como irrelevantes.

D I S C U S S I O N

5 DISCUSSÃO

Poucos estudos têm se dedicado a mensurar e a descrever a interferência da disfunção sexual na vida de pacientes com insuficiência cardíaca crônica em tratamento ambulatorial avaliando suas conseqüências psico-fisiológicas (MELO, 2004, p.51).

Diante da subjetividade do diagnóstico disfunção sexual, torna-se, às vezes, difícil para o paciente se expressar com o profissional de saúde sobre os aspectos referentes a sua sexualidade.

Jaarsma et al. (2010, p.25) afirmam que embora várias normas internacionais recomendem que os prestadores de cuidados de saúde discutam a função sexual com seus pacientes, esta prática parece ainda difícil de ser implementada no dia a dia de enfermeiros e outros profissionais da saúde que não avaliam periodicamente os problemas sexuais em pacientes cardíacos.

Barreiras a oferta de aconselhamento sexual podem ter relação com a falta de identificação por parte dos profissionais da saúde na responsabilidade da avaliação deste aspecto subjetivo, ou até mesmo, a percepção de que o paciente se sente desconfortável ou muito doente para tratar destas questões.

Os próprios pacientes também podem experimentar obstáculos que os impedem de iniciar questionamentos sobre estes aspectos, incluindo a visão de que profissionais de saúde não compreenderiam os problemas vivenciados. Muitas vezes o paciente se sente tímido para iniciar perguntas ou inquietações sobre a sua sexualidade. (op cit)

Existem estudos que abrangem a sexualidade dos pacientes com problemas cardíacos, porém em pacientes com doença aguda ou em casos avançados da

insuficiência cardíaca, como em pacientes em fila de transplante (JAARSMA et al. 2010; KRISTOFFEPRZON et al. 2010).

Kristoffeprzon et al. (2010, p.169) descrevem que a sexualidade é um aspecto importante da qualidade de vida que tem sido estudado em pacientes após infarto do miocárdio, cirurgia de revascularização e transplante cardíaco, bem como em pacientes com insuficiência cardíaca avançada no período pré-transplante.

Em um estudo realizado com uma amostra de 62 pacientes com insuficiência cardíaca crônica, 75% destes relataram uma diminuição acentuada tanto no interesse sexual quanto na frequência das relações sexuais causados pela doença. Além disso, 25% dos pacientes haviam cessado toda a atividade sexual. A insatisfação com o funcionamento sexual foi uma queixa comum neste estudo (WESTLAKE et al, 1999, p.1133).

A taxonomia da NANDA-I descreve 13 características definidoras para o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual que foram validadas neste estudo. Com o objetivo de complementar as características já existentes foram incluídas sete características definidoras.

Das 20 características definidoras testadas neste estudo, as que foram classificadas como de maior prevalência (escore maior que 75), foram as características relacionadas ao esforço físico e ao aparecimento da disfunção sexual com a doença e tratamento. Além disso, este estudo evidenciou que os pacientes durante a consulta verbalizaram o problema, ressaltando que a disfunção sexual iniciou após o aparecimento da doença e o seguimento da terapêutica medicamentosa. Afirmaram também que não conseguiam ter excitação sexual como antes da doença, além de não conseguir manter a frequência sexual e nem utilizar posições desejadas e mantidas antes do aparecimento dos sintomas.

A característica definidora que obteve a maior pontuação foi *“limitações percebidas impostas pela terapia”* (escore 95). Esta foi definida neste estudo como o aparecimento de disfunção sexual após início de tratamento com medicamentos. Nota-se que a disfunção sexual não existia anteriormente ao diagnóstico médico de insuficiência cardíaca, visto que, muitos pacientes tinham outras comorbidades e já utilizavam medicamentos, mas ao iniciarem o tratamento para IC identificaram limitações em manter atividade sexual.

Kristofferzon et al (2010, p. 1136) corroboram com este achado quando afirmam que pacientes com insuficiência cardíaca relatam que seus problemas

sexuais começam a ficar significativos no aparecimento da doença e da terapia medicamentosa. Portanto, esta característica definidora, validada neste estudo com pacientes com IC crônica a nível ambulatorial reafirma não só o diagnóstico disfunção sexual descrito pela NANDA-I, como outros estudos realizados nestes pacientes em outras populações.

As demais características definidoras classificadas de maior prevalência foram: *“limitações reais impostas pela doença”* (escore 91.6), definida como presença de disfunção sexual clinicamente significativa, considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral; *“Limitações reais impostas pela terapia”* (escore 90.3) definida como disfunção sexual clinicamente significativa que tem como resultado um acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal, plenamente explicada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (medicamento); *“Alteração na frequência da atividade sexual”* (escore 90), definida como alteração na quantidade de vezes que se pratica o sexo; *“Verbalização do problema”* (escore 89.1) definida como falar sobre o problema ocorrido; *“Dificuldade de se manter em posições sexuais antes utilizadas”* (escore 85), definida como limitação em manter diversas posições durante o ato sexual; *“Alterações em alcançar o papel sexual percebido”* (escore 77.5, definida como incapacidade de manter ou obter uma resposta adequada de excitação sexual e *“Limitações percebidas impostas pela doença”* (pontuação 77.5), definida como presença de disfunção sexual percebida com o aparecimento da doença (medo de morrer, insegurança ao praticar sexo).

Os resultados apontam a importância de uma avaliação clínica multiprofissional criteriosa do paciente com IC crônica com o intuito de verificar as limitações impostas pela doença e terapêutica afim de identificar as respostas do paciente a IC de maneira holística, determinando os aspectos sociais, emocionais, espirituais e interacionais que estão sendo afetados.

Além disso, ressalta-se o papel importante do enfermeiro e outros profissionais da saúde em minimizar os efeitos colaterais da polifarmácia e diminuir os fatores que possam prejudicar a qualidade de vida e ocasionar o desinteresse pela terapêutica, de forma a diminuir a adesão.

As características definidoras que obtiveram o escore entre 50 e 75, classificadas como as de menor prevalência, foram relacionadas à presença, ausência e/ou alteração na excitação, na satisfação e no interesse por outras

peessoas. O cansaço, a dor e o medo relacionado ao esforço físico (medo de morrer, de infartar) também foram referidos pelos pacientes do presente estudo.

Segundo Kristofferzon et al (2010, p.169) a razão mais importante da disfunção sexual é o medo que os pacientes tem de desencadear um infarto agudo do miocárdio, um re-infarto, ou o aparecimento do stress e ansiedade no ato sexual.

Estas características foram definidas segundo a revisão de literatura como *“Dificuldade de manter ereção/excitação sexual”* (escore 75), como dificuldade de manter ereção para a pratica da atividade sexual / falta de desejo no ato sexual; *“Alterações no alcance da satisfação sexual”* (escore 72.5) definida como não se sente satisfeito com o sexo; *“Incapacidade de alcançar a satisfação desejada”* (escore 65.8) definida como deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual; *“Cansaço durante a atividade sexual”* (escore 63.3) definido como sentimento de fraqueza, desgaste durante o ato sexual; *“Dor durante a atividade sexual”* (escore 63.3) definido como sensação desagradável (dor/desconforto) na pratica do sexo; *“Alteração percebida na excitação sexual”* (escore 60) definida como mudança no seu próprio sentimento de prazer sexual e alterações fisiológicas associadas (falta de ereção, ausência de lubrificação, etc); *“Mudança do interesse por outras pessoas”* (escore 56.5) definida como aversão e fuga ativa do contato sexual genital com um parceiro (a) sexual; *“Medo de sintomas associados ao esforço físico”* (escore 54.1) definida como medo de piora do estado de saúde quando se pratica exercício físico – sexo, e; *“Déficit percebido de desejo sexual”* (escore 50.8) definida como falta de vontade de fazer sexo.

A característica definidora que obteve maior pontuação no grupo das de menor prevalência é *“dificuldade de manter ereção/excitação sexual”* pontuação 75. Esta característica não está presente na taxonomia NANDA-I, tornando-se evidente a necessidade de estudos que complementem as características definidoras que a NANDA-I propõe a partir de evidências clínicas em ambientes reais.

Westlake (1999, p. 1137) descreve que a fisiopatologia da insuficiência cardíaca contribui para a disfunção sexual. Geralmente os pacientes relatam uma diminuição da libido e dificuldade em atingir o orgasmo. Até 75% dos pacientes do sexo masculino podem relatar dificuldade em obter e manter a ereção.

Por ser uma queixa comum em pacientes com IC, ressalta-se a importância da incorporação desta característica na classificação da NANDA-I para a aplicação e validação da mesma em diferentes grupos e culturas.

As características definidoras que foram consideradas como irrelevantes (pontuação menor que 50) foram as características relacionadas à auto-estima e em relação ao relacionamento com o parceiro, demonstrando que mesmo apresentando disfunção sexual o relacionamento com o parceiro e a auto-estima não foram afetados nos pacientes do presente estudo.

São definidas como: “*Busca de confirmação da qualidade de ser desejável*” (escore 48.3), definida como perceber e estar satisfeito que o companheiro (a) te deseje sexualmente; “*alteração no relacionamento interpessoal com o cônjuge*” (escore 32.5) definida como mudança de comportamento no relacionamento com o seu (a) companheiro (a), e; “*mudança do interesse por si mesmo*” (escore 25.8) definida como não estar satisfeito com si próprio influenciando assim o ato sexual.

Deste grupo a característica definidora que obteve a menor pontuação foi “*mudança do interesse por si mesmo*”. Esta característica está presente na NANDA-I e ressalta que os pacientes com insuficiência cardíaca têm a sua auto-estima preservada, apesar de apresentarem disfunção sexual. As características irrelevantes destacam também a manutenção do relacionamento interpessoal com parceiros e o apoio familiar recebido pelos mesmos. Neste estudo, vale lembrar que 86% dos entrevistados vivem com seus parceiros.

Das sete características definidoras incluídas com o objetivo de complementar as características já existentes na taxonomia NANDA-I, duas foram classificadas como de maior prevalência (alteração na frequência da atividade sexual e dificuldade de se manter em posições sexuais antes utilizadas); quatro como de menor prevalência (dificuldade de manter ereção/excitação sexual, cansaço durante a atividade sexual, dor durante a atividade sexual, medo de sintomas associados ao esforço físico), e; uma foi considerada irrelevante, obtendo pontuação menor que 50 (alteração no relacionamento interpessoal com o cônjuge).

A validação destas características definidoras comprova a necessidade de novos estudos sobre diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e características definidoras apontadas pela NANDA-I para que a taxonomia possa ser utilizada com maior acurácia diagnóstica no Brasil e no mundo.

Não foi realizado nenhum estudo no Brasil que teve o intuito de validar as características definidoras do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca crônica estável, limitando a discussão dos resultados apresentados neste estudo. No entanto, os dados encontrados

demonstraram alta prevalência de características que tinham relação com o aparecimento da sintomatologia da doença e seu tratamento.

Considerando a preocupação existente com a necessidade de manutenção do tratamento farmacológico de pacientes com doenças crônicas, este estudo destaca a necessidade de uma atenção especial a este diagnóstico de enfermagem, que pode afetar a vida afetiva destes pacientes e distanciar os mesmos da adesão terapêutica com o intuito de alcançar a necessidade sexual.

A adesão ao tratamento é a meta de enfermeiros e outros profissionais que atuam em clínicas especializadas e ambulatórios de insuficiência cardíaca. Assim, a disfunção sexual deve ser abordada por estes profissionais com o intuito de preparar o paciente para as futuras alterações, fazendo com que o paciente se sinta seguro e preparado para não abandonar o tratamento.

Jaarsma et al (2010, p. 28) afirmam que enfermeiros podem se beneficiar de cursos de formação específica para apoiar o desenvolvimento dos conhecimentos e habilidades para discutir questões sexuais na prática, a fim de se sentir à vontade discutindo a sexualidade e aplicar novas habilidades.

A atividade sexual na vida conjugal é um componente importante ao medir qualidade de vida em pesquisas em pacientes com insuficiência cardíaca crônica. O funcionamento sexual desempenha um papel central na vida de alguns pacientes e quando os profissionais de saúde discutem a disfunção sexual com naturalidade, conseguem identificar as características mais prevalentes fazendo com que o cuidado se torne direcionado podendo proporcionar melhor qualidade de vida, visto que pacientes ambulatoriais sobrevivem fazendo a maioria das atividades, mas é claro, com limitações.

A fisiopatologia e o tratamento da insuficiência cardíaca contribuem para a disfunção sexual. A alteração na função sexual, diminuição do interesse e da satisfação sexual geralmente ocorrem nestes pacientes. Os pacientes devem receber instruções dos sinais e sintomas que possam vir aparecer e que provavelmente irão alterar sua função sexual. Portanto enfermeiros, médicos e outros profissionais da saúde devem durante as consultas fornecer instruções ao pacientes para que os mesmos não abandonem o tratamento por falta de orientação.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Este estudo identificou as características definidoras de maior prevalência, de menor prevalência e irrelevantes do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual da Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I em pacientes com insuficiência cardíaca crônica acompanhados a nível ambulatorial na Clínica de IC do HUAP.

Vinte características definidoras foram validadas em ambiente clínico real a partir das respostas dos próprios pacientes durante a consulta de enfermagem. Destaca-se que treze foram reafirmadas a partir da classificação da NANDA-I. As outras sete foram incluídas no estudo a partir da análise do conhecimento produzido na literatura sobre disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca, sendo incorporadas ao estudo com o intuito de verificar a presença das mesmas e apontar novas evidências neste grupo de pacientes.

Assim, oito características definidoras do diagnóstico disfunção sexual foram classificadas como de maior prevalência em pacientes com insuficiência cardíaca crônica, tais como, limitações percebidas impostas pela terapia, limitações reais impostas pela doença, limitações reais impostas pela terapia, alteração na frequência da atividade sexual, verbalização do problema, dificuldade de se manter em posições sexuais antes utilizadas, alterações em alcançar o papel sexual percebido e limitações percebidas impostas pela doença.

Foram consideradas de menor prevalência para definir o diagnóstico nesses pacientes nove características definidoras, como, dificuldade de manter ereção/excitação sexual, alterações no alcance da satisfação sexual, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, cansaço durante a atividade sexual, dor durante

a atividade sexual, alteração percebida na excitação sexual, mudança do interesse por outras pessoas, medo de sintomas associados ao esforço físico e déficit percebido de desejo sexual.

Apenas três características definidoras foram consideradas irrelevantes para o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca crônica em ambiente clínico real. Duas destas foram descritas pela NANDA-I, que são busca de confirmação da qualidade de ser desejável e mudança do interesse por si mesmo. A outra foi incorporada ao estudo, descrita como alteração no relacionamento interpessoal com o cônjuge.

A utilização de diagnósticos de enfermagem na prática clínica exige do enfermeiro que cuida de pacientes com insuficiência cardíaca crônica capacidade para investigar suas características definidoras afim de tomar decisões importantes para o alcance de resultados de enfermagem com intervenções direcionadas as necessidades dos mesmos. A avaliação da disfunção sexual deve ser incorporada a todas as consultas de enfermagem afim de detectar precocemente este diagnóstico e implementar intervenções que visem a melhora da qualidade de vida dos mesmos.

Este estudo comprovou que as características definidoras apresentadas na NANDA-I são válidas para diagnosticar pacientes com insuficiência cardíaca crônica em acompanhamento ambulatorial, visto que, estas se apresentam em ambiente clínico real.

Uma limitação deste estudo foi a amostra pequena de pacientes com o diagnóstico, sendo necessário novos estudos em outras populações e com amostras maiores para pautar uma enfermagem baseada em evidências, ampliando as possibilidades de avaliação dos aspectos subjetivos envolvidos nesta resposta a síndrome e seu tratamento.

**O
B
R
A
S**

CITADAS

7 OBRAS CITADAS

ABRÃO ACFV, GUTIERREZ MGR, MARIN HF. *Diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz – estudo de identificação e validação clínica*. Acta Paul Enferm, 2005, 18 (1) p. 46 a 55.

AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY. *2009 Focused Update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults*. Disponível em <[http://www. acc.org](http://www.acc.org)>. Acesso em: 20 outubro 2011. .

AMERICAN HEART ASSOCIATION. *Classification of Functional Capacity and Objective Assessment*. Disponível em: <<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?Identifier=4569>> Acesso em: 18 outubro 2011.

BOCHI, E. A. et al. I Diretriz Latino-Americana para Avaliação e Conduta na Insuficiência Cardíaca Grave. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v 93, n., p. 85, out/nov, 2005

BOCCHI, EA; et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. *III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica*. Arq Bral Cardiol. 2009; 92 (6 supl. 1): 1-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações sobre mortalidade**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 27 de outubro 2011.

BRAUNWALD, Eugene. *Tratado de medicina cardiovascular*. 4 ed. São Paulo: Roca, 1996. 949 p. 2 v.

CASTRO, RA, et al. *Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário*. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010, p.225-231

CAVALCANTI, R, CAVALCANTI, M. *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. 2º ed. São Paulo. Ed Roca. 1996, p.480.

CHAUÍ, M. *Repressão Sexual*. 12º ed. São Paulo. Brasiliense, 1991, p.234

CHAVES, ECP. Tese: *Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual*. Ribeirão Preto, 2008. p.255.

CHAVES ECL, CARVALHO EC, ROSSI LA, *Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados*, Rev. Eletrônica de Enfermagem. 2008;10(2):513-520, artigo de revisão, p.513 a 520.

CLAYTON, Bruce D., STOCK, Yvonne N., *Farmacologia na prática de Enfermagem*, 13^o ed. Rio de Janeiro Ed. Elsevier, 2006. 842p.

COSTA, RP, *Os onze sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana*. São Paulo. Ed. Gente. 1994, p.207.

CRUZ, FD, *Avaliação dos componentes da qualidade de vida na clínica de insuficiência cardíaca*. Tese da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. USP. São Paulo. 2010. p. 101.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA: Definição e Classificação. 8 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009-2011. 452 p.

DIRETRIZES. Revisão das II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e tratamento da Insuficiência Cardíaca. Organização: Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); Grupos de Estudos de Insuficiência Cardíaca (GEIC); Departamento de Cardiologia Clínica da SBC (SBC/DCC). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.79, suplemento IV, p. 1-30, 2002.

FERHING Richard. Methodos to validate nursing diagnoses. *Heart and lung the journal of critical care*. vol. 16, no. 6, PT 1, November, 1987.

FEHRING, Richard. The Fehrig model. *Classification of nursing diagnosis: proceedings of denth coference*. Philadelphia: Lippincott, 1994

FIGUEIREDO, M, A; SOUZA, S.R.G. Projetos, Monografias, Dissertações e Teses: Da redação científica à Apresentação do Texto final. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005, 73 p.

GARCIA, Telma Ribeiro. Diagnóstico de enfermagem e a prática da pesquisa. *I encontro Pernambucano de diagnóstico de enfermagem*, Recife: Pernambuco, 1997.

HEILBORN, Maria Luiza. "Gênero, Sexualidade e Saúde". In: *Saúde, Sexualidade e Reprodução - compartilhando responsabilidades*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1997, p. 101-110.

HOGAN, RM, *Human sexuality – a nursing perspective*. United States of America: Appleton-Century-Crofts, 1985, p. 747

HOSKING, LM, Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses reach. In: CARROL-JOHNSON, RM. et al (Ed). *Classification of nursing diagnoses : proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association*. Philadelphia: Lippincott, 1989. v.19. p.126 a 131.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores Sócio-demográficos e de Saúde no Brasil. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro, nº25, 2009. 152 p.

JAARSMA, T., et al. *Sexual counseling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence*. European Journal of Cardiovascular Nursing. Ed. Elsevier. 2010. p 24-29.

JONHSON, M. et al. *Ligações entre NANDA, NIC e NOC – Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 2009. 704p.

KRISTOFFERZON, M.L. et al. *Evaluation of a Swedish version of the watts sexual function questionnaire (WSFQ) in persons with heart disease: a pilot study*. European Journal of Cardiovascular Nursing 9. Ed. Elsevier. 2010. p 168-174

MANSO, Carla dos Reis; CAVALCANTI, Ana Carla Dantas. *Enfermagem em insuficiência cardíaca: uma proposta de intervenção através da criação do web site..* Niterói, 2010. 144f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

MELO, S.A. Tese: *Validação dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrões de sexualidades ineficazes*. Ribeirão Preto, 2004. 251p.

MELO, S.A; CARVALHO, E.C; HAAS, V..J. *Características definidoras validadas por especialistas e as manifestadas por pacientes: Estudo dos diagnósticos disfunção sexual e padrões de sexualidades ineficazes*. Rev.Latino Americano, 2008, p. 9 a 17.

MELO, A S; CARVALHO E C; PELÁ N T R; *A sexualidade do paciente portador de doenças onco-hematológicas*. Revista Latino Americano de Enfermagem. 2006, Ribeirão Preto.

PAGANIN A, et al. *Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica*. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010, p.307-313.

PEREIRA et al. Perfil de risco cardiovascular e auto avaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. *Rev Panam Salud/ Pan J Public Health*, Vol. 25, n.6, 2009.

PORTO, Celmo Celeno. *Semiologia Médica*. 4 ed. Rio de Janeiro Ed. Guanabara Koogan, , 2005.

POTTER PA, PERRY AG, *Grande Tratado de Enfermagem: Clínica e Prática Hospitalar*. São Paulo: Editora Santos. 3 ed. 1998.

RESSEL, LB, *Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem; um estudo na perspectiva cultural*. Tese da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (USP), São Paulo, 2003p.316.

RODRIGUES, W.C. **Metodologia Científica**. FAETEC/IST, Paracambi, 2007. Disponível em:http://www.ebras.bio.br/autor/aulas/metodologia_cientifica.pdf. Acessado em: 22/11/2010.

SMELTZER S.C; BARE, B.G. e mais 50 colaboradores; Brunner e Suddarth. *Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica*; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral, Márcia Tereza Luz Lisboa; Tradução José Eduardo Ferreira Figueiredo]- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005, vol. 2, cap.30. p.834 – 862.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1992. 175p.

VIEIRA F, et al. *Utilização da Taxonomia II da NANDA para avaliação da ansiedade puerperal na comunidade*. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 set;p.544-551.

WALES,J.,disponível:http://pt.wikipedia.org/wiki/Hierarquia_de_necessidades_de_Maslow Acesso em 20 de novembro de 2010.

WESTLAKE. C; DRACUP. K; WALDEN. J A; FONAROW. G; *Sexuality of patients with advanced heart failure their spouses or partners*. The Journal of Heart and Lung transplantation. Vol 18. Number 11. 1999. p.1133-1138.

WOODS, F.M; et al. FROELICHER *Enfermagem em Cardiologia* [Tradução shizuka Ishii, revisão científica Ângela Maria Geraldo Pierin] – Barueri, SP: Manole, 2007 p. cap. 22 p. 651-675.

**O
B
R
A
S**

CONSULTADAS

8 OBRAS CONSULTADAS

ARRUDA, Cristina Silva; CAVALCANTI, Ana Carla Dantas. *Intervenções de Enfermagem para o Controle e Tratamento da Insuficiência Cardíaca*. Niterói, 2009. 111f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009

CAVALCANTI, ACD, CORREIA, DMS, QUELUCI, GC. *A implantação da Consulta de Enfermagem ao Paciente com Insuficiência Cardíaca*. Rev Eletr. Enf. Goiás: v. 11(1), p.194-9. 2009.

CAMPOS, RG. Dissertação: *BURNOUT: Uma revisão integrativa na Enfermagem Oncológica*. Ribeirão Preto, 2005. p.159.

CARVALHO EC, et al. *Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores*. Rev Eletr.de Enfermagem , 2008.

CHAVES, ECL,CARVALHO, EC, TERRA, FS, SOUZA, L, Validação Clínica de espiritualidade prejudicada em pacientes com doença renal crônica. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2010, p.11 a 19.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. **Guidelines: 2009 Acute and Chronic Heart Failure (Diagnosis and Treatment)**. Disponível em: <<http://www.escardio.Org>> Acesso em: 20 outubro 2011.

FIGUEIREDO, N.M.A; COLABORADOES. *Método e Metodologia na Pesquisa Científica*. São Paulo: Editora Difusão, 2004.

GALDEANO, LE, ROSSI, PELEGRINO, FM, *Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente*. Acta Paul Enferm 2008, p. 549 a 555.

LEVIN, RF, KRAINOVITCH, BC, BAHRENBURG, E, MITCHELL CA. *Diagnostic Content Validity of Nursing Diagnoses*. Journal of Nursing Schlarship. 1989.

LOPES, JL, ALTINO, D, SILVA, RCG. *Validação de conteúdo das atuais e de novas características definidoras do diagnóstico de enfermagem débito cardíaco diminuído*. Acta Paul Enferm 2010, p.764 a 768.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. Metodologia do Trabalho Científico. São Paulo: 7° ed, 2007.

VITURI, DW, MATSUDA, LM. *Validação do diagnóstico de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem*. Rev ESc Enferm USP. 2009, p.429 a 437.

A N E X O S

9 ANEXOS

9.1 CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Herbert Praxedes - **Coordenador Geral**
*Representante Comunidade Científica*CEP CMM/HUAP nº 119/11Alair Augusto Santos / Maria Lúcia Santos
*Faculdade de Medicina - Depto Radiologia*CAAE: 0125.0.258.000-11Maria Nazareth C. Pinto / Alberto Esteves Gemal
*Faculdade de Medicina - Depto Cirurgia*Renato Augusto M. Sá / Selma Maria A. Sias
*Faculdade de Medicina - Depto Materno Infantil*Regina Helena S. Peralta / Andréa Alice da Silva
*Faculdade de Medicina - Depto Patologia*Mauro Diniz Moreira / Sérgio Setúbal
Faculdade de Medicina - Depto Medicina Clínica

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP

A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

José Carlos Carraro Eduardo
Faculdade de Medicina - Repr. Colegiado

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Carlos Dimas M. Ribeiro/Marcos Antônio
A.Senna
Instituto de Saúde da Comunidade

Sr.(a) Pesquisador(a)

Sérvio Túlio / Rogério Dultra
Faculdade de Direito

Informo a V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Ana Paula Black Veiga
*Hospital Universitário Antônio Pedro*Rosângela Arrabal Thomaz
*Faculdade de Medicina*José Plácido / Lígia Lobato
*Representantes da Comunidade Usuária*Tereza C. A. Graça / Theresa C.L. Coutinho
Faculdade de Odontologia

Título do Projeto:

“Validação Clínica do Diagnóstico de Enfermagem Disfunção Sexual em pacientes com Insuficiência Cardíaca”Thelma B. Machado / Sabrina C. Elias
*Faculdade de Farmácia*Denise Mafra / Daniele M. Ferreira
Faculdade de Nutrição

Pesquisador Responsável:

Ana Carla Dantas CavalcantiValdecyr Herdy Alves / Luiz dos Santos
Faculdade de Enfermagem

Pesquisadores(as) Colaboradores(as):

Dilvani Oliveira Santos / Luiz G. Gawryszewski
*Faculdade de Biologia***Vanessa Alves da Silva**Tatiana Rangel Reis / Sulamita B. de Lima
*Escola de Serviço Social***Data: 02/09/11**Luís Antônio C. Ribeiro / Antônio Amaral Serra
*Instituto de Ciências Sociais – Depto Filosofia***Parecer: Aprovado**Abraão Santos / Elton H. Matsushima
Instituto de Ciências Sociais – Depto Psicologia

Atenciosamente,

Licínio E. Silva / Ana Beatriz M. Fonseca
*Instituto de Matemática*M Prof. Herbert Praxedes
Coordenador

Renato S. Moreira
CMM 5251923-7

9.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM E ADMINISTRAÇÃO

PROJETO DE PESQUISA: VALIDAÇÃO CLÍNICA MODIFICADA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. Pesquisador responsável: Acadêmica de Enfermagem Vanessa Alves da Silva; Prof^a Dr. Ana Carla Dantas Cavalcanti
Instituição: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

O(A) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “VALIDAÇÃO CLÍNICA MODIFICADA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA” de responsabilidade das pesquisadoras Vanessa Alves da Silva; Prof^a Dr. Ana Carla Dantas Cavalcanti. A pesquisa tem como objetivo: Validar, ou seja, verificar se realmente existe o diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados no ambulatório de cardiologia do HUAP/UFF. O Sr.(a) será convidado (a) a preencher um questionário junto com o enfermeiro onde será realizado uma consulta para avaliar os sinais/sintomas da disfunção sexual. Sua identidade será mantida em sigilo, para isso o Sr (a), será identificado por um número. A pesquisa não trará riscos a sua saúde e não será utilizada para qualquer outro objetivo a não ser aquele já mencionado. Muitos serão os benefícios desta pesquisa, dentre eles a confirmação que as características definidoras do diagnóstico disfunção sexual são encontradas clinicamente em pacientes consultados pela enfermagem neste ambiente. A participação é voluntária e este consentimento poderá ser retirado a qualquer momento. Tendo tomado conhecimento das características de sua participação, e caso esteja de acordo, solicito a sua assinatura na parte inferior do presente documento.
Atenciosamente,

Vanessa Alves da Silva

Ana Carla Dantas Cavalcanti

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo voluntariamente em participar da pesquisa acima descrita.

Niterói, ____/____/2011

Nome do entrevistado(a): _____

Assinatura do entrevistado (a): _____

A P Ê N D I C E

10 APÊNDICE

10.1 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Identificação

Nome:..... Pront.....
 Endereço:.....
 Bairro:.....Município:..... UF:
 Telefone1: Telefone2:.....
 Profissão:..... Ocupação:.....
 Naturalidade:Sexo: () M () F Mora com:
 Contato (nome, endereço e telefone).....
 Religião:..... Idade:.....
 Apresenta HAS: DM: Estado Civil:

Medicamentos em uso:

Classe	Fármaco	Dose / Frequência	Em uso?
Inibidor da ECA	Captopril / Enalapril		Sim () Não ()
Bolq. AT1	Losartano Potássico		Sim () Não ()
B-bloqueador	Carvedilol		Sim () Não ()
Diurético	Furosemida/Hidroclorotiazida		Sim () Não ()
Antag. Aldosterona	Espironolactona		Sim () Não ()
Digitálico	Digoxina		Sim () Não ()
Antiagregante Plaquetário	AAS (ácido acetil salicílico) Cloridrato de Ticlopidina Clopidogrel		Sim () Não ()
Vasodilatador Direto	Hidralazina		Sim () Não ()

Nitrato	Dinitrato de Isossorbida Propatilnitrato Mononitrato de Isossorbida		Sim () Não ()
Estatina	Sinvastatina		Sim () Não ()

DISFUNÇÃO SEXUAL

Características definidoras	Definição	
Alteração percebida na excitação sexual	Mudança no seu próprio sentimento de prazer sexual e alterações fisiológicas associadas (falta de ereção, ausência de lubrificação, etc). (PEIR, 2010)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Alterações em alcançar o papel sexual percebido	Incapacidade de manter ou obter uma resposta adequada de excitação sexual (PEIR, 2010)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Alterações no alcance da satisfação sexual	Não se sente satisfeito com o sexo (ALVES, 1999)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Busca de confirmação da qualidade de ser desejável	Perceber e estar satisfeito que o companheiro (a) te	() 1 muito pouco () 2 pouco

	deseje sexualmente (MELO,2006)	() 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Déficit percebido de desejo sexual	Não sente vontade de fazer sexo (PEIR, 2010)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Incapacidade de alcançar a satisfação desejada	Deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual. (MELO,2004)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Limitações percebidas impostas pela doença	Presença de disfunção sexual percebida com o aparecimento da doença (medo de morrer, insegurança ao praticar sexo). (MELO,2004)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Limitações percebidas impostas pela terapia	Aparecimento de disfunção sexual após início de tratamento com medicamentos. (MELO,2006)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Limitações reais impostas pela doença	Presença de disfunção sexual clinicamente significativa, considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante

	médica geral. (MELO,2004)	
Limitações reais impostas pela terapia	Disfunção sexual clinicamente significativa que tem como resultado um acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal, plenamente explicada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (medicamento). (MELO,2004)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Mudança do interesse por outras pessoas	Aversão e fuga ativa do contato sexual genital com um parceiro (a) sexual. (ALVES,1999)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Mudança do interesse por si mesmo	Não estar satisfeito com si próprio influenciando assim no ato sexual (ALVES,1999)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Verbalização do problema	Falar sobre o problema ocorrido (ALVES,1999)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Alteração na freqüência da atividade sexual	Alteração na quantidade de vezes que se pratica o sexo (PEIR, 2010)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito

		() 5 bastante
Dificuldade de manter ereção/excitação sexual	Dificuldade de manter ereção para a pratica da atividade sexual / falta de desejo no ato sexual (MELO,2004)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Dificuldade de se manter em posições sexuais antes utilizadas	Limitação em manter diversas posições durante o ato sexual (MELO,2006)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Alteração no relacionamento interpessoal com o cōnjuge	Mudança de comportamento no relacionamento com o seu (a) companheiro (a). (ALVES,1999)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Medo de sintomas associados ao esforço físico	Medo de piora do estado de saúde quando se pratica exercício físico (ALVES,1999)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Cansaço durante a atividade sexual	Sentimento de fraqueza, desgaste durante o ato sexual (ALVES,1999)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante
Dor durante a atividade sexual	Sensação desagradável (dor/desconforto) na pratica do sexo (PEIR, 2010)	() 1 muito pouco () 2 pouco () 3 mais ou menos () 4 muito () 5 bastante