



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RUDVAL SOUZA DA SILVA

**ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA UM
MORRER COM DIGNIDADE: SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE®**

SALVADOR
2014

RUDVAL SOUZA DA SILVA

**ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA UM
MORRER COM DIGNIDADE: SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE®**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, Área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano.

Orientador: Profº Dr. Álvaro Pereira

SALVADOR

2014

Ficha Catalográfica
Sistema de Bibliotecas da UNEB

Silva, Rudval Souza da

Enfermagem em cuidados paliativos para um morrer com dignidade: subconjunto terminológico CIPE[®]/Rudval Souza da Silva - Salvador, 2014.
236f.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Pereira

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2014.

Contém referências, anexos e apêndices.

1. Cuidados Paliativos. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Processos de Enfermagem. 4. Sistema de Classificação (Enfermagem). I. Pereira, Álvaro. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDD: 616.078

RUDVAL SOUZA DA SILVA

**ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA UM
MORRER COM DIGNIDADE: SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE®**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Doutor, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano.

Salvador – BA, aprovada em 24 de novembro de 2014

BANCA EXAMINADORA

Álvaro Pereira _____
Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia - UFBA

Maria Miriam Lima da Nóbrega _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Tânia Couto Machado Chianca _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Fernanda Carneiro Mussi _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia - UFBA

Juliana Bezerra do Amaral _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia - UFBA

Maria do Rosário de Menezes _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia - UFBA

Marcia Regina Cubas _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Pontífice Universidade Católica do Paraná – PUC-PR

Dedicatória

A minha querida avó **Enerina**, a quem penso ter vivenciado o morrer com dignidade! Fato este que tem me estimulado a prosseguir os meus estudos no contexto dos Cuidados Paliativos. A saudade permanece, todavia sentimos a tranquilidade de saber que ela partiu em paz e com dignidade.

A minha **mãe, Edinalva** e meu **pai Eulálio**, na dimensão onde ele se encontra, estes que me deram a vida e ensinaram-me as maiores riquezas de um ser humano: o amor, o respeito, a humildade e o caráter.

Agradecimentos

A **Deus Pai criador**, que me concede a cada dia, o dom da vida e, tem me guiado por seus caminhos e proporcionando tantas graças e realizações na minha vida. O que um dia parecia ser impossível, hoje se torna uma realidade O meu muito obrigado, Pai. Mais uma graça alcançada!

À minha família que, com seu amor incondicional, soube sempre me incentivar e apoiar em cada passo da minha vida. A minha **mãe Edinalva**, minha **irmã Rivânia** e **sobrinha Maria Clara**, criança doce e regada de muito amor e sensibilidade humana.

A **Robson Souza**, pelo companheirismo e atenção em todos os momentos.

À amiga **Gilvânia Paixão** e o amigo **Carlos Fróes**, por estarem sempre presentes e, especialmente, pelo apoio durante o período do doutorado sanduíche.

Ao meu orientador **Prof. Dr. Álvaro Pereira**, pela oportunidade e acompanhamento da minha trajetória acadêmica desde a graduação.

À **Prof. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega**, que desde a gênese do pré-projeto que culmina nessa Tese, não mediu esforços em me ensinar, a cada dia, os caminhos da pesquisa. Agradeço-lhe especialmente pelo zelo, confiança, apoio e amizade.

À **Prof. Dra. Fernanda Carneiro Mussi**, por sempre estar disponível e contribuindo com a qualidade desta tese e da minha formação enquanto pesquisador.

À **Dra. Juliana Bezerra do Amaral**, **Dra. Maria Júlia Paes da Silva**, **Dra. Maria do Rosário de Menezes**, **Dra. Márcia Regina Cubas** e **Dra. Tânia Couto Machado Chianca**, por aceitarem participar da minha banca de doutorado, seja na fase da qualificação ou defesa, e pelo muito que contribuíram com o meu crescimento.

A todos os **profissionais enfermeiras(os)** que se dispuseram a participar desta pesquisa, pelas preciosas contribuições e sugestões.

À **Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia**, em especial à **Prof. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho**, coordenadora do PPGEnf, pelo apoio e por sempre tentar da melhor forma possível, fazer com que as coisas acontecessem para o bom andamento dessa tese. Extensivo a sua equipe, **Samuel Real Mota** e **Márcia Mendes Campos**, que sempre estiveram disponíveis.

A todo **corpo docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA** pela oportunidade de reflexão acerca dos diversos temas discutidos nas aulas do mestrado e doutorado. Em especial as **Professoras Dra. Miriam Paiva** e **Dra. Cristina Melo**, estas que muito marcaram a minha trajetória durante a pós-graduação.

Às colegas de turma **Giselle Teixeira, Glícia Gama e Andréa Souza**, por todos os bons momentos que vivenciamos durante esses quatro anos de caminhada. E as boas amizades consolidadas: **Silvana Lima, Thadeu Borges, Rosana Silva, Juliana Amaral e Mary Gomes**.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela bolsa concedida durante todo o período do doutorado e para realização do estágio sanduíche. E a **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)** pelo apoio financeiro à edição da tese.

À **Escola Superior de Enfermagem do Porto - ESEP**, especialmente ao **Prof. Dr. Abel Paiva** e **Prof. Dr. Paulino Sousa**, pela acolhida e oportunidade de realização do Doutorado Sanduíche.

Ao **Centro CIPE®** e o **Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba**. Onde tive a oportunidade de cursar disciplinas que muito me ajudaram no desenvolvimento da Tese. Não podendo deixar de agradecer a acolhida e hospitalidade das **doutorandas Ana Claudia Torres, Luciana Furtado, Marisaulina Wanderley, Fabíola Leite, Danielle Martins e Carina Maris**.

À **Universidade do Estado da Bahia – UNEB**, onde me graduei pela primeira vez e hoje atuo como docente, por permitir conciliar e me dedicar a minha tese. Agradecimento especial ao **Pró-reitor de Pessoal Prof. Marcelo Ávila**, que muito contribuiu para a minha licença de afastamento para cursar o Doutorado Sanduíche. A todos os amigos e amigas da **UNEB - Campus VII**, por todo apoio, carinho, incentivo e cumplicidade, o meu muito obrigado!

Ao **Prof. M.Sc. Ariel Letti**, pela valiosa contribuição na análise estatística dos dados e no aprimoramento do estudo.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Minha eterna gratidão!

Luz e Paz hoje e sempre para todos(as) vocês!!

"Houve um tempo em que nosso poder perante a morte era muito pequeno, e de fato ela se apresentava elegantemente. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a morte foi definida como a inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque.

... Dizem as escrituras sagradas: 'Para tudo há o seu tempo. Há tempo para nascer e tempo para morrer'. A morte e a vida não são contrárias. São irmãs. A "reverência pela vida" exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir. Cheguei a sugerir uma nova especialidade médica, simétrica à obstetria: a 'morienterapia', o cuidado com os que estão morrendo. A missão da morienterapia seria cuidar da vida que se prepara para partir.

Cuidar para que ela seja mansa, sem dores e cercada de amigos, longe de UTIs. Já encontrei a padroeira para essa nova especialidade: a 'Pietà' de Michelangelo, com o Cristo morto nos seus braços.

Nos braços daquela mãe o morrer deixa de causar medo.

Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornaremos na arte de viver. A morte não é algo que nos espera no fim. É companheira silenciosa que fala com voz branda, sem querer nos aterrorizar, dizendo sempre a verdade e nos convidando à sabedoria de viver. Quem não pensa e não reflete sobre a morte, acaba por esquecer da vida. Morre antes, sem perceber."

Rubem Alves

RESUMO

SILVA, Rudval Souza da. **Enfermagem Cuidados Paliativos para um morrer com dignidade: Subconjunto Terminológico CIPE®**. 2014, 236 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

Introdução: a dignidade humana é um valor essencial na prática do enfermeiro, em especial, no que tange ao cuidado à pessoa que está morrendo. Assim, entende-se ser importante uma atuação interdisciplinar pautada no respeito à dignidade da pessoa em processo de terminalidade, de modo que, se faz necessário conhecer e planejar sistematicamente os cuidados a serem empreendidos à pessoa e sua família, pautados nos princípios humanísticos e científicos. **Objetivo:** desenvolver um Subconjunto Terminológico CIPE® para pessoas em Cuidados Paliativos, contemplando diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, com base no Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade. **Método:** estudo do tipo metodológico, estruturado em três etapas: na primeira etapa foi realizada a identificação de termos a partir de entrevistas com profissionais da equipe de enfermagem de um hospital especializado em oncologia; na segunda foram construídos e validados os enunciados de diagnósticos/resultados utilizando-se o Índice de Concordância (IC) e para as intervenções de enfermagem optou-se por aplicar o Índice de Validação de Concordância (IVC) e o Teste Binominal e, a terceira e última etapa culminou com a estruturação do Subconjunto Terminológico CIPE® para pessoas em Cuidados Paliativos de modo que os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, produto do estudo, foram organizados conforme as categorias, temas e subtemas do Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade. Participaram 26 peritos na fase de validação dos diagnósticos/resultados e 13 na fase de validação das intervenções. A coleta de dados, mediante aplicação de questionário, enviado via correio eletrônico, apresentava questões relativas à caracterização dos peritos e um instrumento elaborado com base numa Escala Likert de cinco pontos (1 = nada pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = muito pertinente; 4 = pertinente; 5 = muitíssimo pertinente), para mensuração da pertinência de cada enunciado. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA recebendo parecer de aprovação nº. 353.005. **Resultados:** na primeira etapa, foram identificados 432 termos a partir das entrevistas, os quais foram submetidos a um processo de normalização que resultou em 262 termos. Estes passaram por um processo de mapeamento cruzado com a CIPE® versão 2011, evidenciando 167 termos constantes e 95 termos como não constantes nessa classificação, que constituíram o banco de termos relevantes para a área dos Cuidados Paliativos. Na segunda etapa, foram construídos 56 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, os quais, após a avaliação de concordância de especialistas, resultaram em 33 enunciados validados. Estes foram categorizados segundo o modelo teórico e, em seguida, foram construídos os 248 enunciados de intervenções de enfermagem. As intervenções de enfermagem interligadas aos diagnósticos/resultados de enfermagem foram submetidas a uma segunda validação pelos peritos resultando em 220 intervenções de enfermagem validadas. Na terceira etapa, se deu a estruturação do Subconjunto Terminológico CIPE® para pessoas em Cuidados Paliativos construído com 33 diagnósticos/resultados e 220 intervenções de enfermagem, tendo como base o Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade. **Considerações finais:** o subconjunto Terminológico CIPE®, produto desta pesquisa, é uma ferramenta de tecnologia leve que visa subsidiar o enfermeiro no contexto das práticas dos cuidados paliativos. Espera-se que seja utilizado, tanto nos ambientes de atendimentos hospitalares quanto domiciliares, conforme a demanda nesses serviços.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Cuidados de Enfermagem, Processos de Enfermagem, Sistema de Classificação.

ABSTRACT

SILVA, Rudval Souza da. **Palliative Care Nursing for a dying with dignity: Subset Terminology CIPE[®]**. 236 p. Thesis (Ph.D. in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2014.

Introduction: human dignity is an essential value in nursing practice, in particular with regard to the care of the dying person. Thus, it considers to be important an interdisciplinary performance based on respect for human dignity in terminally process, so that it is necessary to know and systematically plan the steps to be undertaken to person and his family, guided by humanistic principles and scientific. **Objective:** to develop a Terminology Subset ICNP[®] for people in palliative care, covering nursing diagnoses/outcomes and interventions based on the Care Model for Dignity Preservation. **Method:** study of the methodological type, structured in three stages: the first stage was carried out to identify terms from interviews with nursing staff of professionals at a hospital specialized in oncology; the second was constructed and validated the statements diagnostics/results using the concordance index (CI) and the nursing interventions was decided to apply the Agreement Validation Index (CVI) and the Binominal Test and the third and final stage culminated in the structuring of Subset Terminology ICNP[®] for people in palliative care such that the nursing diagnoses/outcomes and interventions, study product, were organized according to categories, themes and sub-themes of Care Model for Preservation of Dignity. 26 experts participated in the validation phase of the diagnostic/outcomes and 13 in the intervention validation phase. Data collection through questionnaires, sent by e-mail, presented questions concerning the characterization of experts and an instrument made from a Likert Scale of five points (1 = not relevant, 2 = somewhat relevant; 3 = very relevant; 4 = relevant; 5 = extremely relevant), to measure the relevance of each statement. The project was evaluated and approved by the Research Ethics Committee of Federal University of Bahia School of Nursing receiving advice of approval n°. 353,005. **Results:** in the first stage were identified 432 terms from the interviews, which were undergoing a process of normalization that resulted in 262 terms. These went through a cross-mapping process with the ICNP[®] version 2011, showing 167 constant terms and 95 terms as not constant in this classification, which were the seat of relevant terms to the area of palliative care. In the second stage, were built 56 listed nursing diagnoses/results, which, after evaluation of agreement of experts, resulted in 33 statements validated. These were categorized according to the theoretical model and then the 248 statements of nursing interventions were built. Nursing interventions linked to nursing diagnostic/results were submitted to a second validation by experts, resulting in 220 validated nursing interventions. In the third stage, took the structuring of Subset Terminology ICNP[®] for people in palliative care built with 33 diagnoses/results and 220 nursing interventions based on the Care Model for Dignity Preservation. **Final considerations:** The subset Terminology ICNP[®], product of this research, is a soft technology tool that aims to support nurses in the context of the practice of palliative care. It is expected to be used both in hospital environments as home care, as the demand for these services.

Keywords: Palliative Care; Nursing Care; Nursing Process; Classification System.

RESUMEN

SILVA, Rudval Souza da. **Enfermería en Cuidados Paliativos para un morir con dignidad: Subconjunto Terminológica CIPE®**. 2014, 236 f. Tesis (Doctorado en Enfermería). Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2014.

Introducción: la dignidad humana es un valor esencial en la práctica de enfermería, en particular con respecto al cuidado de la persona moribunda. Por lo tanto, considera que es importante una actuación interdisciplinaria basada en el respeto de la dignidad humana en el proceso terminal, por lo que es necesario conocer y planificar los pasos sistemáticamente a realizar a la persona y su familia, por la senda humanista y científica. **Objetivo:** desarrollar una terminología subconjunto CIPE® para la gente en los cuidados paliativos, que cubren los diagnósticos / resultados e intervenciones de enfermería basado en el Modelo de Atención para la Preservación Dignidad. **Método:** estudio de tipo metodológico, estructurado en tres etapas: la primera etapa se llevó a cabo para identificar los términos de las entrevistas con el personal de enfermería de los profesionales en un hospital especializado en oncología; la segunda se construyó y validó las declaraciones de diagnóstico/resultados utilizando el Índice de Concordancia (CI) y las intervenciones de enfermería se decidió aplicar el Índice Acuerdo de Validación (CVI) y la Prueba Binominal y la tercera y última etapa culminó con la estructuración de Subconjunto Terminología CIPE® para las personas en los cuidados paliativos de manera que los diagnósticos/resultados e intervenciones de enfermería, producto del estudio, se organizaron de acuerdo a categorías, temas y subtemas de Modelo de Atención para la Preservación Dignidad. 26 expertos participaron en la fase de validación de los diagnósticos/resultados y 13 en la fase de validación intervención. La recolección de datos por medio de cuestionarios, enviados vía correo electrónico, tenía preguntas sobre la caracterización de los expertos y un instrumento hecho a partir de una Escala Likert de cinco puntos (1 = no es relevante, 2 = algo relevante; 3 = muy relevante; 4 = pertinente; 5 = muy relevantes), para medir la relevancia de cada declaración. El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahia recibir el asesoramiento de la aprobación n°. 353.005. **Resultados:** en la primera etapa, se identificaron 432 términos de las entrevistas, que fueron sometidos a un proceso de normalización que resultó en 262 términos. Estos pasaron por un proceso de mapeo cruzado con la versión CIPE® 2011, mostrando 167 los términos y 95 términos que no figuran en esta clasificación, que eran la sede de términos relevantes al área de cuidados paliativos. En la segunda etapa, se construyeron 56 declaraciones diagnósticos/resultados de enfermería que, después de la evaluación de la conformidad de los expertos, se tradujo en 33 estados validadas. Estos se clasifican de acuerdo con el modelo teórico y luego se construyeron las 248 declaraciones de las intervenciones de enfermería. Intervenciones de enfermería vinculados a los diagnóstico/resultados de enfermería fueron sometidos a una segunda validación por expertos que resulta en 220 intervenciones de enfermería validados. En la tercera etapa, se llevó la estructuración de Subconjunto Terminología CIPE® para las personas en los cuidados paliativos construidos con 33 diagnósticos/resultados y 220 intervenciones de enfermería basado en el Modelo de Atención para la Preservación Dignidad. **Consideraciones finales:** el Subconjunto Terminología CIPE®, producto de esta investigación, es una herramienta de la tecnología leve que tiene como objetivo apoyar las enfermeras en el contexto de la práctica de los cuidados paliativos. Se espera para ser utilizado tanto en entornos hospitalarios como cuidados en el hogar, como la demanda de estos servicios.

Palabras clave: Cuidados Paliativos; Enfermería; Procesos de Enfermería; Sistema de Clasificación

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Áreas centrais dos Cuidados Paliativos	49
Figura 2 -	Inter-relação entre a oferta dos Cuidados Paliativos e o decurso da doença	58
Figura 3 -	Aspectos que ameaçam ou promovem a dignidade dos pacientes no ambiente hospitalar	67
Figura 4 -	Dinâmica dos resultados de enfermagem em resposta as intervenções de enfermagem	77
Figura 5 -	Modelo de Sete Eixos da CIPE®	84
Figura 6 -	Estrutura Categorial para Diagnóstico de Enfermagem	87
Figura 7 -	Estrutura Categorial para Ações de Enfermagem	87
Figura 8 -	Relação entre o ciclo de vida terminológico da CIPE® e o desenvolvimento de Catálogos/Subconjuntos Terminológicos	88
Figura 9 -	Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade	92
Figura 10 -	Fluxograma das etapas da pesquisa	111
Figura 11 -	Pontuação atribuídas aos indicadores (intervenções de enfermagem)	125
Figura 12 -	Distribuição dos diagnósticos/resultados de enfermagem consensualizados e sua relação com as categorias do Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade	141
Figura 13 -	Subconjunto Terminológico CIPE® Cuidados Paliativos para um morrer com dignidade - Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem	171

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Indicadores para avaliação/graduação do resultado de enfermagem “Morte Digna”	70
Quadro 2 -	Indicadores para avaliação/graduação do resultado de enfermagem “Dignidade no Fim da Vida”	70
Quadro 3 -	Critérios de Fehring e Critérios de Fehring Modificados	118
Quadro 4 -	Termos da linguagem de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos constantes da CIPE®	130
Quadro 5 -	Termos da linguagem de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos considerados como mais abrangentes em relação aos termos da CIPE®	130
Quadro 6 -	Termos da linguagem de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos considerados como mais restritos em relação aos termos da CIPE®	130
Quadro 7 -	Termos da linguagem de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos não constantes da CIPE®	131
Quadro 8 -	Banco de Termos da Linguagem de Enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos constantes e não constantes da CIPE®	131
Quadro 9 -	Enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem com base na Norma ISO 18:104:2014 para a prática de enfermagem em Cuidados paliativos e respectivas definições operacionais	133
Quadro 10	Exemplos do processo de análise dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem validados	138
Quadro 11 -	Diagnósticos/resultados de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados paliativos constantes do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna	139
Quadro 12 -	Diagnósticos/resultados de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados paliativos considerado como mais abrangentes em relação àqueles do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna	140
Quadro 13 -	Diagnósticos/resultados de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados paliativos considerado como mais restritos em relação àqueles do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna	140

Quadro 14 - Diagnósticos/resultados de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados paliativos não constantes do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna	140
Quadro 15 - Intervenções de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados paliativos constantes do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna	158
Quadro 16 - Intervenções de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados paliativos considerado como mais abrangentes em relação àquelas do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna	158
Quadro 17 - Intervenções de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados paliativos considerado como mais restritas em relação àquelas do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna	159
Quadro 18 - Intervenções de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados paliativos não constantes do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna	159

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos peritos que participaram da etapa de validação de conteúdo dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem	119
Tabela 2 -	Distribuição da frequência dos peritos (N e %) quanto à pontuação obtida segundo os critérios de Fehring modificados	120
Tabela 3 -	Caracterização dos peritos que participaram da etapa de validação de conteúdo dos enunciados de intervenções de enfermagem	124
Tabela 4 -	Distribuição dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem e os respectivos Índices de Concordância	137
Tabela 5 -	Distribuição dos diagnósticos/resultados de enfermagem que alcançaram o Índice de Concordância $\geq 0,80$	138
Tabela 6 -	Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação dos enunciados de intervenções e sua relação com os diagnósticos/resultados de enfermagem	143
Tabela 7 -	Distribuição dos diagnósticos/resultados e respectivas intervenções de enfermagem consensualizados	153

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCC	Classificação de Cuidados Clínicos
CID-10	Classificação Internacional de Doenças - 10ª Edição
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
d. C.	Depois de Cristo
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
FAPESB	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia
GM/MS	Gabinete do Ministério/Ministério da Saúde
HHCC	Home Health Care Classification
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IC	Índice de Concordância
ICN	International Council Nurse
ISO	International Organization for Standardization
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
NANDA-I	NANDA Internacional
NIC	Nursing Intervention Classification
NILT	Nursing Intervencion Lexical Taxonomy
NOC	Nursing Outcome Classification
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDSE	Programa de Doutorado Sanduiche no Exterior
PE	Processo de Enfermagem
PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

UTI Unidade de Terapia Intensiva
WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1 Apresentação	20
2 Introdução	22
2 Objetivos	31
2.1 Objetivo geral	31
2.2 Objetivos específicos	31
3 Uma Ciência da Enfermagem	32
4 Cuidados Paliativos: trajetória histórica e definição de conceitos	40
4.1 Retomando a essência: da origem à definição do cuidado	40
4.2 O que vem a ser a expressão paliativo?	45
4.3 E quando se fala em cuidados paliativos?	46
4.4 Áreas centrais dos cuidados paliativos	49
4.5 A Enfermagem e os cuidados paliativos uma estreita relação no cuidar	55
4.6 Cicely Saunders uma enfermeira paliativista: precursora do Movimento Hospice Moderno	59
5 O conceito de dignidade e sua evolução histórica	63
5.1 Conceito de Dignidade	63
5.2 O Conceito de Dignidade e sua relação com a Enfermagem e os Cuidados Paliativos	66
6. O Processo de Enfermagem e os Sistemas de Classificação	72
6.1 Informoterapia	72
6.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem	74
6.3 Terminologias em Enfermagem	78
6.4 Sistemas de Classificação em Enfermagem	80
6.5 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®	81
6.5.1 Subconjuntos Terminológicos da CIPE®	84
7 Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade	90
7.1 Preocupações relacionadas com a doença	93
7.2 Repertório de conservação da dignidade	96
7.3 Inventário da dignidade social	104
8 Materiais e Métodos	109
8.1 Etapas do estudo	112
8.1.1 Primeira etapa	112
Identificação, extração e normalização dos termos	113
Mapeamento cruzado	114

Validação da alocação dos termos	114
8.1.2 Segunda etapa: Construção e validação dos enunciados	115
Construção e validação dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem	115
Construção e validação dos enunciados de intervenções de enfermagem	122
8.1.3 Terceira etapa: Estruturação do Subconjunto Terminológico	127
8.2 Aspectos Éticos	127
8.3 Apoio Financeiro	128
9 Resultados	129
9.1 Primeira etapa: Identificação de termos	129
9.2 Segunda etapa: Construção e validação dos enunciados	132
9.3 Terceira etapa: Estruturação do Subconjunto Terminológico	163
10 Discussão	176
10.1 Primeira etapa: Identificação de termos	176
10.2 Segunda etapa: Construção e validação dos enunciados	178
10.3 Terceira etapa: Estruturação do Subconjunto Terminológico CIPE [®]	190
10.4 Importância do Subconjunto Terminológico CIPE [®] para a Enfermagem	195
10.5 Limitações do estudo e recomendações	197
11 Considerações Finais	199
Referências	203
APÊNDICE A	215
APÊNDICE B	223
APÊNDICE C	229
ANEXO A	232
ANEXO B	233
ANEXO C	234

1 Apresentação

A presente tese apresenta os resultados da pesquisa que teve como objetivo desenvolver um Subconjunto Terminológico para Pessoas em Cuidados Paliativos, contemplando diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE[®] e no Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade. Está inserida na Linha de Pesquisa sobre o Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano, a qual integra o Grupo de Estudos sobre o Cuidar em Enfermagem ligado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA.

A aproximação e a escolha da temática decorrem da minha trajetória acadêmica e profissional com o desenvolvimento de pesquisas sobre Cuidados Paliativos e Processo de Enfermagem (SILVA; PEREIRA; CAMPOS, 2009; SILVA, 2010; SILVA; PEREIRA; CAMPOS, 2011; MASCARENHAS *et al.* 2011; SILVA *et al.* 2012).

Na graduação, no mestrado e na prática docente e assistencial, tenho integrado o Grupo de Estudos sobre o Cuidar em Enfermagem e atualmente como Professor Assistente da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, lidero o Grupo de Pesquisa sobre o Cuidado em Enfermagem com o desenvolvimento de investigações direcionadas para as duas temáticas supramencionadas.

O meu interesse pelos estudos com a CIPE[®] se deu quando da coordenação de um Projeto de Extensão desenvolvido pelo Conselho Regional de Enfermagem da Bahia, do qual eu fazia parte da diretoria e, nesse período, comecei a ter maior contato com o sistema de classificação e passei a despertar o interesse em integrá-lo a minha linha de investigação. Daí, ao conhecer o Catálogo Cuidados CIPE[®] Paliativos para uma Morte Digna e as orientações para o desenvolvimento de novas pesquisas a serem agregadas ao Catálogo, passei a me aproximar das atividades do Centro CIPE[®] no Brasil, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.

Durante o período do Doutorado, para maior compreensão acerca do desenvolvimento dos subconjuntos terminológicos, tive a oportunidade de cursar disciplinas (Sistemas de Classificação em Enfermagem e Saúde e Pesquisa Metodológica: desenvolvimento de Catálogos/Subconjunto Terminológicos com base na CIPE[®]) no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB o qual integra o Centro CIPE[®] brasileiro que atua com pesquisa para o desenvolvimento e disseminação da terminologia CIPE[®].

Mediante o PDSE/CAPES realizei estágio de quatro meses na Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal, período em que pude vivenciar a aplicação no campo prático do uso da CIPE[®] num serviço de cuidados paliativos. Neste, o enfermeiro que acompanhei durante o período de estágio, além de aplicar os princípios filosóficos dos Cuidados Paliativos, utilizava a CIPE[®] e o Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade que embasa o Catálogo CIPE[®] Cuidados Paliativos para uma Morte Digna. Este modelo foi adotado na presente tese.

Por iniciativa própria, realizei o Curso Avançado de Cuidados Paliativos, correspondente a uma Especialização *lato sensu*, no Instituto *Pallium Latinoamérica*, na cidade de Buenos Aires – Argentina, contribuindo consideravelmente para ampliar os meus conhecimentos e especialmente o desenvolvimento da tese no que tange à temática dos Cuidados Paliativos. Experiência esta que pude integrar com a prática durante o estágio que realizei junto a uma equipe de Cuidados Paliativos no período do Doutorado Sanduíche.

Foram duas experiências bastante enriquecedoras, possibilitando conhecer os serviços de cuidados paliativos em outros países (Portugal e Argentina), bem como vivenciar na prática a aplicação da CIPE[®] e do Referencial Teórico adotado.

Nesta tese, apresento como resultado um Subconjunto Terminológico no qual, a categoria de clientes e de prioridade de saúde escolhida foi a de pessoas em cuidados paliativos, levando-se em consideração, dentre outros motivos, o crescente campo dos Cuidados Paliativos no Brasil. Em 2013, eu, juntamente com uma enfermeira e um enfermeiro lançamos o livro “Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para um morte digna” (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013), o que possibilitou uma aproximação com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, quando da oportunidade de apresentar parte dos meus estudos no doutorado numa mesa temática sobre a Enfermagem e os cuidados paliativos. Essas experiências fizeram com que eu pudesse perceber e reconhecer a importância de desenvolver tais pesquisas em prol da melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada às pessoas em cuidados paliativos e suas famílias.

Diante disso, a presente tese está estruturada com base nas normas para trabalhos científicos, dispostas em tópicos que abordam a Enfermagem enquanto ciência e arte; os Cuidados Paliativos e sua relação com a Enfermagem; o referencial empírico – Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade e a proposta de inclusões no Catálogo CIPE[®] Cuidados Paliativos para um Morrer com Dignidade com a apresentação do Subconjunto Terminológico CIPE[®] para Pessoas em Cuidados Paliativos.

2 Introdução

Na sociedade moderna, percebe-se que as pessoas tendem a considerar a morte como um evento isolado, negando a sua existência. Esse comportamento acaba por deixar tanto a pessoa que vai morrer quanto seus familiares e amigos totalmente despreparados para algo que é inevitável. Todos nós vamos morrer! Mas, em vez de reconhecer a existência da morte, tentamos ocultá-la.

Nessa linha de raciocínio, observa-se que no cotidiano das equipes de saúde, falar espontaneamente com a pessoa que está morrendo, uma necessidade preeminente deste, torna-se cada vez mais difícil. Isso nos remete a um sentimento negativo da morte, como algo contagioso e ameaçador, motivo pelo qual os vivos possivelmente afastam-se involuntariamente daqueles que estão morrendo, causando o que se pode caracterizar como uma morte social (ELIAS, 2001).

E nos tempos hodiernos, o homem tem sentido a necessidade de retomar as discussões e se preocupar mais com aquele que está morrendo. Logo, a questão da morte tem sido um tema que tem estimulado estudantes e pesquisadores, os quais têm se debruçado sobre suas várias facetas, na perspectiva de ajudar aqueles que estão morrendo a ter um processo de morrer e morte com o mínimo de dignidade humana. Este tem também suscitado grande desenvolvimento na área da Tanatologia no mundo e também no Brasil, mesmo que de modo ainda incipiente. Embora, o tema ainda continue a ser um tabu, algo que causa inclusive estranheza quando se pretende desenvolver estudos a seu respeito.

Segundo Walters (2004), no contexto da pós-modernidade, percebe-se o despertar do interesse por parte de grandes pesquisadores, no desenvolvimento de estudos acerca da terminalidade e dos cuidados paliativos, direcionados para um morrer com dignidade, humanismo, compaixão e decência.

O desenvolvimento dos cuidados à pessoa em processo de morrer e diante da morte é parte da vivência dos profissionais da saúde e, especificamente, nesse estudo dos profissionais da Enfermagem, como integrantes de uma equipe interdisciplinar de cuidados à saúde. Estes que, apesar de atuarem em equipe na sua prática cotidiana, são os que ininterruptamente estão presentes e prestando a maior parcela de cuidados de forma direta a pessoa, cuidando até mesmo quando a cura não é mais uma possibilidade, e por que não dizer cuidando inclusive do corpo pós-morte (PACHECO, 2004; SILVA; PEREIRA; CAMPOS, 2011).

Desse modo, observa-se que apesar de ainda existir uma supervalorização do processo da cura, já existe uma grande preocupação, na atualidade, com o cuidar da pessoa independente dos protocolos de tratamentos propalados pelo modelo curativista, uma vez que, mesmo não havendo a possibilidade do restabelecimento total do estado de saúde, o cuidado sempre existirá, e mantém-se soberano, extrapolando, inclusive, os limites do fim da vida, com o apoio à família enlutada e, até mesmo, no preparo do corpo para os rituais fúnebres de despedida. Assim sendo, depreende-se das análises atuais, a emergência de prioridade das questões humanísticas, que devem ser sempre a do cuidado sobre a cura. Collière (2003, p. 180) em sua obra *Cuidar... a primeira arte da vida* afirma que: “podemos viver sem tratamento, mas não sem cuidados”.

Consequentemente torna-se notória a necessidade de os profissionais de saúde que cuidam da pessoa e sua família irem cada vez mais à busca da prevenção e ou recuperação do estado de doença e da promoção da saúde, além da valorização de um morrer digno e, assumir que a morte não deve ser vista como uma inimiga a ser vencida pelo homem, mas sim como um evento natural a ser enfrentado com a consciência de que a morte é parte da vida (ELIAS, 2001). Com esse pensamento, a cada dia os princípios filosóficos acerca dos cuidados paliativos têm ganhado força e espaço nos ambientes de cuidados.

Cuidados Paliativos é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma abordagem de cuidados que busca por melhorar a qualidade de vida da pessoa e sua família, em face de problemas associados à doença, com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2002).

Cuidados paliativos é tanto uma filosofia quanto uma diretriz norteadora das ações de uma equipe multidisciplinar de saúde, que deve estruturar-se num sistema de cuidados desenvolvidos por ações interdisciplinares, composto por profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem), médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, dentre outros profissionais da saúde, além da presença de um líder religioso, como por exemplo, um capelão. Os cuidados paliativos são princípios filosóficos que podem ser aplicados a todos os pacientes de todas as idades e a seus familiares, com foco nos cuidados para uma boa morte, de modo que o alívio do sofrimento seja o foco de atenção dos cuidados paliativos (ANCP, 2009).

Os programas de cuidados paliativos vêm aumentando rapidamente nos últimos anos, devido ao maior quantitativo de pacientes com doenças crônicas e com risco de vida e maior envolvimento das famílias nas decisões sobre os cuidados no fim da vida de seus entes queri-

dos (ANCP, 2009). Estando a equipe de profissionais da Enfermagem inserida no contexto da prática de cuidar, é impossível não se pensar na organização destas práticas, considerando-se que os cuidados paliativos são aplicados a uma área de intervenção em saúde na qual os cuidados de enfermagem representam o seu maior sustentáculo, haja vista a participação dos profissionais de enfermagem na maior parcela de práticas de cuidados à pessoa em processo de terminalidade.

Portanto, a pessoa que se encontra com uma doença crônica, evolutiva e progressiva, com prognóstico de vida supostamente reduzido ao mais precocemente possível, espera que a equipe de enfermagem, no decorrer dessa fase da vida em que o sofrimento é intenso, possa lhes garantir a possibilidade de cuidados de qualidade e de defesa da sua dignidade.

A dignidade humana é um valor essencial na prática do enfermeiro e sua equipe, em especial, no cuidado à pessoa que está morrendo. O Código de Ética Profissional da Enfermagem traz como um dos princípios fundamentais da profissão, o respeito à vida, **à dignidade** e aos direitos humanos em todas as suas dimensões (COFEN, 2007).

O conceito de dignidade nos cuidados paliativos foi explorado por Street e Kissane (2001) a partir do método de análise de conceito, concluindo que a dignidade está incorporada no suporte das relações sociais dos pacientes e familiares. Segundo as autoras, o significado da dignidade é comumente assumido, mas raramente explorado no contexto dos cuidados paliativos. A partir de análise de conceitos, as autoras identificaram que para alguns estudiosos, a maneira pela qual se alcança uma morte digna é uma questão muito particular, enquanto que outros estão mais preocupados com a necessidade de encontrar definições socioculturalmente aceitáveis.

Após uma breve explanação acerca da Tanatologia, dos cuidados paliativos e da dignidade enquanto valor essencial na prática dos profissionais da enfermagem, vale sinalizar que diante das mudanças, ao longo da história e dos avanços tecnológicos, percebe-se que, nos últimos anos, o cuidado profissional de enfermagem tem sido inserido no crescente movimento de cientificação da profissão e pleiteado a cada dia uma melhoria, de modo que, cada vez mais, os profissionais da área do ensino e pesquisa, e mais timidamente da assistência, têm se preocupado com a qualidade dos registros da equipe de enfermagem e com a conscientização e importância de se documentar sistematicamente no prontuário do paciente, as práticas de cuidar empreendidas pela equipe de profissionais de enfermagem junto a pessoa, família e comunidade, haja vista que a comunicação é o ingrediente fundamental para a organização de um modelo de assistência estruturado e de melhor qualidade.

Logo, entende-se ser relevante empreender esforços em estudar o cuidado à pessoa em processo de terminalidade, tomando por base a Sistematização da Assistência de Enfermagem pautada no Processo de Enfermagem, valendo destacar o papel relevante das terminologias, que trazem consideráveis contribuições para a documentação do processo de cuidar em enfermagem, através da padronização da linguagem (FURTADO; NÓBREGA, 2007).

O uso do Processo de Enfermagem veio direcionar o desenvolvimento de sistemas de classificação para algumas das fases desse processo, em busca de subsídios que possibilitem definir os elementos das práticas de cuidados da Enfermagem tais como: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Esses sistemas de classificação são instrumentos que proporcionam a utilização de uma linguagem padronizada, a qual pode ser empregada no processo de raciocínio e de julgamento clínico, terapêutico e fundamentam a documentação clínica da prática profissional (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Os sistemas de classificação, também conhecidos como taxonomias ou classificações taxonômicas, têm crescido no contexto da Enfermagem desde os últimos anos da década de 1970. Esse crescimento atribui-se, em parte, à publicação do artigo sobre classificações de autoria do professor de ciências biológicas Robert R. Sokal da Universidade do Estado de Nova York. Quando da publicação desse artigo intitulado como – Classificação: propostas, princípios, progresso e perspectivas, muitos autores da área da Enfermagem começaram com entusiasmo a citá-lo e a desenvolver os sistemas de classificação para a ciência do cuidar (SOKAL, 1974; DOUGLAS; MURPHY, 1990).

Segundo Nóbrega e colaboradores (2008), em muitos países, há uma grande dificuldade no reconhecimento do papel profissional do enfermeiro, em parte devido à sua invisibilidade nos sistemas de informação. Assim, no contexto da prática clínica, observa-se a crescente cobrança para que os enfermeiros assumam a responsabilidade de provar sua eficácia, e passem a assumir como compromisso profissional o desenvolvimento de estratégias práticas e dinâmicas para o registro da prática assistencial, possibilitando maior compreensão e exatidão acerca do que fazem no seu cotidiano.

Frente a tal reconhecimento, infere-se que existe a necessidade de se construir um corpo próprio de conhecimentos da Enfermagem, visando promover maior visibilidade à profissão e, acima de tudo, fornecer a pessoa, família e comunidade um cuidado de qualidade. Nesse sentido, enfermeiros de todo o mundo têm se empenhado em desenvolver sistemas de classificação e terminologias na Enfermagem. E, para tal, entende-se que na busca por desenvolver um sistema de classificação que represente esse campo do conhecimento mundialmente,

há a necessidade de se conhecer a linguagem específica da profissão (NÓBREGA *et al.* 2008).

Clark (1999a) já afirmava que nós enfermeiros devemos assumir a responsabilidade de desenvolver nossa própria linguagem, caso contrário, seremos forçados a usar linguagens desenvolvidas por outros profissionais, a exemplo dos médicos que utilizam a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), com o ônus de acarretar uma distorção nos nossos conceitos e, acima de tudo, não expressar o que os profissionais de enfermagem querem dizer.

Hoje, no âmbito da Enfermagem, existem vários sistemas de classificações disponíveis na literatura e utilizados na prática assistencial. Dentre os diversos sistemas pode-se citar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros; a Taxonomia II da NANDA-I; a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC¹) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC²), ambos desenvolvidos em pesquisas da Universidade de Iowa (LUCENA; BARROS, 2005; CRUZ, 2007; NÓBREGA *et al.*, 2008; NÓBREGA *et al.*, 2010); Sistema de Classificação de Cuidados Clínicos (CCC) desenvolvido por Virgínia K. Saba, anteriormente denominado Sistema de Classificação de Cuidados de Saúde Domiciliar (HHCC³). Todos com traduções para o português. Além destes, ainda identificamos o Sistema de Omaha (LUCENA; BARROS, 2005; CRUZ, 2007; NÓBREGA *et al.*, 2008) e a Taxonomia Léxica de Intervenções de Enfermagem (NILT⁴) (LUCENA; BARROS, 2005).

Deve-se levar em consideração a existência dos diversos sistemas de classificação supramencionados e o reconhecimento por parte do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) de que é necessário o desenvolvimento de taxonomias que possibilitem unificar a comunicação entre os enfermeiros, com vistas a atender às demandas e diversidades regionais e culturais. Segundo o CIE, a CIPE[®] é hoje tida como o marco unificador dos diversos sistemas de classificações e caracterizada como um instrumento complexo e abrangente, que inclui uma gama de termos e definições para facilitar a sua utilização, além das orientações do Conselho de que devem ser desenvolvidos catálogos ou subconjuntos⁵ terminológicos, permitindo aos enfermeiros trabalhar em suas diversas áreas de especialidades (ICN, 2008).

¹ Nursing Intervention Classification - NIC.

² Nursing Outcome Classification - NOC.

³ Home Health Care Classification - HHCC.

⁴ Nursing Intervention Lexicon Taxonomy – NILT.

⁵ A partir da disponibilização do Guia para o Desenvolvimento de Catálogos CIPE[®], publicado pelo CIE em 2008, no qual esta descrita a estrutura para desenvolvimento de um catálogo, foi evidenciada e reconhecida a existência de um conflito entre a definição atribuída ao termo catálogo e subconjunto (*subset*), uma vez que eles se sobrepõem e induzem a confusão. Dessa forma, segundo Furtado, Medeiros e Nóbrega (2013) há uma orientação pela adoção da expressão “subconjuntos terminológicos” em substituição ao uso da expressão “catálogo”,

Não é recente meu interesse pelos estudos sobre o tema morte. A opção de trabalhar com pessoas em processo de terminalidade aconteceu ainda, durante a graduação quando realizei estudos investigando como as enfermeiras cuidam da pessoa em processo de morrer na UTI (SILVA; PEREIRA; CAMPOS, 2009; 2011). No mestrado, dando continuidade aos estudos sobre essa mesma temática, trabalhei com o significado de uma boa morte, para uma equipe de enfermagem intensivista à luz do Interacionismo Simbólico (SILVA, 2010).

No doutorado, apresentei a proposta que resulta da presente tese, um estudo que partiu do pressuposto de que a falta de um vocabulário comum e com características socioculturais no que tange aos cuidados paliativos no Brasil, representa um obstáculo no desenvolvimento de sistemas clínicos na área de saúde no que diz respeito à documentação das práticas de cuidados prestados à pessoa, à família e à comunidade. Pretende-se que estes possam servir de base para análise da relação custo-benefício deste cuidado e a representação desta informação para a saúde da população, o que justifica empreender esforços para o seu desenvolvimento.

Já existem estudos no Brasil que têm desenvolvido Subconjuntos Terminológicos CIPE[®] tais como: Catálogo CIPE[®] para insuficiência cardíaca congestiva; Catálogo CIPE[®] para dor oncológica; Diagnóstico/resultados e intervenções de enfermagem para a pessoa idosa: proposta de subconjunto terminológico da CIPE[®]; Proposta de Subconjunto Terminológico da CIPE[®] para a Prática de Enfermagem para Hipertensão na Atenção Básica; Proposta de Subconjunto Terminológico da CIPE[®] para clientes submetidos à prostatectomia; Subconjunto Terminológico CIPE[®] para pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Especializada (NOGUEIRA, 2014) e Catálogo CIPE[®] para o acompanhamento do desenvolvimento de crianças de 0 a 3 anos de idade (BUCHHORN, 2014).

Tratando-se dos Cuidados Paliativos, foi possível identificar apenas um Catálogo CIPE[®] Cuidados Paliativos para uma Morte Digna, o qual é resultado de pesquisas realizadas na Etiópia, Índia, Quênia e Estados Unidos (DOORENBOS *et al.*, 2006; DOORENBOS; WILSON; COENEN, 2006; COENEN; DOORENBOS; WILSON, 2007).

Com relação às pesquisas que deram origem ao Catálogo CIPE[®] - Cuidados Paliativos para uma morte digna, apesar da grande contribuição, percebe-se lacunas no que tange à identificação de enunciados que respondam a fenômenos de interesse para a prática do enfermeiro em cuidados paliativos que não foram identificados a partir de uma busca realizada nas bases de dados, de pesquisas direcionadas ao desenvolvimento de catálogos para essa clientela e

levando-se em consideração inclusive, sua maior conformidade com a informática. No presente estudo, adota-se a expressão “subconjunto terminológico”, mantendo apenas o uso da expressão “catálogo” quando se trata de referenciar a publicação original do CIE de 2009.

prioridade em saúde, entendendo-se que há contribuições significativas para a Ciência da Enfermagem, com o desenvolvimento do presente estudo.

Foi realizado contato com pesquisadores do CIE, de modo que o projeto de pesquisa que deu origem a esta tese foi registrado na página *on-line* do CIE, estando disponível por meio do *link*: <http://www.icn.ch/details/2/966.html> (ANEXO A). Também foi realizado contato com a Direção do Centro CIPE[®] no Brasil, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, e não foi identificado nenhum trabalho em andamento sobre a clientela e/ou prioridade em saúde do presente estudo.

Um Centro CIPE[®] acreditado pelo CIE é uma Instituição, Faculdade, Departamento, Associação Nacional ou grupo semelhante, que preenche os critérios do CIE para ser designado como Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE[®]. O Centro CIPE[®] vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF-UFPB) teve a sua proposta de criação encaminhada ao CIE no início de 2007. Em julho desse mesmo ano foi aprovada, sendo a partir de então denominado Centro CIPE[®] - PPGENF-UFPB - Acreditado pelo CIE (GARCIA; NÓBREGA, 2013).

O Centro CIPE[®] PPGENF-UFPB desenvolve parceria reconhecida em vários Estados brasileiros, dentre este inclui-se o Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia que apresenta o primeiro estudo relacionado a CIPE[®] (GARCIA; NÓBREGA, 2013).

Assim, considerando as questões relacionadas à prática da Enfermagem nos diversos países, as questões de cunho cultural que permeiam o enfrentamento do processo de morrer e a morte e, pensando na possibilidade de apresentar contribuições para o melhor desenvolvimento da CIPE[®], enquanto um sistema de classificação para a prática de enfermagem no cuidar da pessoa em cuidados paliativos, além de reconhecer que é possível prestar um cuidado a esta e sua família, mesmo que não haja possibilidades de cura, mas com a determinação de que é possível proporcionar maior qualidade de vida com respeito à dignidade da pessoa em processo de terminalidade e sua família, é que originou a motivação especial para esse estudo. Nessa perspectiva, o presente estudo se direciona às práticas de cuidados pautadas em princípios humanísticos e científicos, de modo sistematizado e guiado por uma assistência organizada e no uso de um sistema de classificação da prática da Enfermagem.

Diante do exposto, apresenta-se como questão norteadora: Pode-se identificar, a partir das falas de profissionais de enfermagem que atuam num hospital especializado em oncologia, termos relevantes para as práticas de cuidar da pessoa em processo de morrer com vistas à preservação da sua dignidade? Os termos utilizados na prática destes profissionais de enferma-

gem no atendimento a essa clientela estão presentes na CIPE[®]? Esses termos podem subsidiar a construção de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para pessoas em processo de morrer e pautando o cuidado na preservação da sua dignidade e dinamizando a assistência de enfermagem? A partir dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem construídos e avaliados, pode-se estruturar uma proposta de Subconjunto Terminológico da CIPE[®] para pessoas em processo de morrer no contexto dos cuidados paliativos, seguindo as orientações determinadas pelo Conselho Internacional de Enfermeiros?

Assim sendo, na tentativa de responder a tais questões, foi proposta esta pesquisa tendo como objeto deste estudo, o desenvolvimento de um subconjunto terminológico baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE[®] contendo diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para a pessoa em cuidados paliativos.

O presente estudo visa contribuir com o Catálogo CIPE[®] cuidados paliativos para uma morte digna (ICN, 2010), publicado em 2009 pelo CIE, a partir de pesquisas realizadas na Etiópia, Quênia, Índia e EUA (DOORENBOS *et al.*, 2006; DOORENBOS; WILSON; COENEN, 2006; COENEN; DOORENBOS; WILSON, 2007) e como possibilidade de atualização em 2015, segundo informações colhidas via correio eletrônico junto à Diretoria do Programa CIPE[®].

Reafirmando o que orienta o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2011a) sobre o desenvolvimento dos subconjuntos terminológicos CIPE[®], este estudo vem preencher lacunas tais como, a inclusão de diagnósticos/resultados de enfermagem relevantes para a prática dos cuidados paliativos, a exemplo do diagnóstico “comunicação prejudicada”, o qual não faz parte do Catálogo desenvolvido. Isso vem a contribuir com a construção de sistemas de informação em saúde, descrevendo diagnósticos, resultados e intervenções adequadas aos diversos ambientes de cuidados, em especial ao ambiente dos cuidados paliativos.

Deste modo, o desenvolvimento desse estudo poderá contribuir com o trabalho dos profissionais enfermeiros, na facilitação da documentação padronizada para o desenvolvimento de um cuidado profissional de enfermagem de modo individualizado, direcionado a integralidade e multidimensionalidade do ser humano, como é a proposta do Processo de Enfermagem.

Espera-se que os resultados ora apresentados possam contribuir com novos conceitos clinicamente relevantes (diagnósticos/resultados e intervenções de Enfermagem) ao Catálogo CIPE[®] cuidados paliativos para uma morte digna, dinamizando e facilitando a implementação de sistemas de informação em saúde no contexto da Enfermagem, a exemplo de estudos que descrevem fenômenos e ações de enfermagem utilizadas, para promover uma morte digna a

partir da prática de enfermeiros na Índia (DOORENBOS *et al.* 2006), resultados de pesquisas que propõem intervenções de enfermagem para promover uma morte digna a partir da experiência de enfermeiros da Etiópia, Índia, Quênia, e Estados Unidos (COENEN; DOORENBOS; WILSON, 2007), além dos estudos que realizaram validação clínica do subconjunto terminológico da CIPE[®] com foco nos cuidados paliativos para uma morte digna na Coreia do Sul (JO *et al.* 2011) e nas Filipinas (DOORENBOS *et al.* 2011).

Concordando com o que afirmam Furtado, Medeiros e Nóbrega (2013) ao evidenciarem que o desenvolvimento dos subconjuntos terminológicos torna-se um referencial sistematizado com foco na expansão da terminologia CIPE[®] e com a prática profissional, em especial com a qualidade na documentação do processo de enfermagem, espera-se que a presente tese possibilite contribuir sobremaneira com o desenvolvimento dos sistemas de classificação para a prática da Enfermagem.

2 Objetivos

2.1 *Objetivo geral*

Desenvolver um Subconjunto Terminológico CIPE[®] para Pessoas em Cuidados Paliativos, contemplando diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, com base no Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade.

2.2 *Objetivos específicos*

- ❑ Identificar, a partir das falas de profissionais de enfermagem de um hospital especializado em oncologia, os termos relevantes para pessoas em cuidados paliativos e que caracterizam a linguagem específica da Enfermagem;
- ❑ Construir enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para pessoas em cuidados paliativos com base no Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade proposto por Harvey Max Chochinov;
- ❑ Validar os enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem;
- ❑ Mapear os termos identificados com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE[®] Versão 2011 e os enunciados com o Catálogo CIPE[®] cuidados paliativos para uma morte digna;
- ❑ Estruturar o subconjunto terminológico da CIPE[®] para pessoas em cuidados paliativos.

3 Uma Ciência da Enfermagem

Tratando-se de um estudo acerca de um fenômeno de interesse de uma determinada profissão, entende-se ser necessário o desenvolvimento de um capítulo que possa tratar sobre a Enfermagem. Desse modo, o presente capítulo se propõe a apresentar e discutir sobre a Enfermagem enquanto ciência e suas contribuições para a implementação do cuidado sistematizado à pessoa em processo de terminalidade.

Tomando-se por base a definição de disciplina do conhecimento de Rosemarie Parse, como um “ramo do conhecimento ordenado por meio de teorias e métodos que evoluem a partir de mais de uma visão do fenômeno de interesse” (PARSE, 1997, p. 74 apud MCEWEN, 2009), adota-se neste estudo o entendimento de que a Enfermagem é uma profissão, a qual vem construindo o seu conhecimento próprio tomando por base o conhecimento de diversas disciplinas, sejam elas do ramo das Ciências Básicas (Física, Biologia, Química, Sociologia, Antropologia) ou das Ciências Humanas (Filosofia, Ética, Belas Artes).

A Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento, uma disciplina profissional de natureza prática (MCEWEN, 2009) surgiu a partir do momento em que os enfermeiros passaram a perceber a necessidade de um desenvolvimento nas áreas de assistência à saúde no âmbito profissional. Assim, desde os anos 50 do século XX, os estudos têm apresentado os vários modelos conceituais de Enfermagem que surgiram a partir de então, contribuindo para que a Enfermagem passasse a ser vista não apenas como arte, mas também com uma ciência, com um campo de conhecimento próprio. Tais modelos conceituais tentavam descrever *o como, o quê, o porquê, a quem se dirige e o que se espera* do exercício profissional dos enfermeiros (PAIVA, 2004; 2007).

McEwen (2009, p. 29) descreve três áreas que identificam a Enfermagem como uma disciplina do conhecimento de natureza profissional, a saber: “uma filosofia identificável; uma estrutura conceitual (perspectiva), pelo menos, para o delineamento do que pode ser definido como Enfermagem; abordagens metodológicas aceitáveis para a busca e o desenvolvimento do conhecimento”.

Mesmo tendo-se o entendimento de que as bases do conhecimento da Enfermagem provêm de muitas outras disciplinas, a partir dos anos de 1950, as estudiosas acerca de sua fundamentação teórica têm buscado o que é exclusivo da Enfermagem e desenvolvido tais aspectos em uma disciplina acadêmica. Meleis (2012) afirma que nessa busca por se sedimentar como uma disciplina do conhecimento, a Enfermagem tem se afastado da ênfase nas ciên-

ciências naturais com grande tendência a partir de então, a ser descrita como uma ciência humana. As ciências humanas têm muitas características singulares que definem a ontologia e a epistemologia da disciplina de Enfermagem moldando-a diante das suas perspectivas. E ao falar de cuidados à pessoa em processo de morte e morrer, é falar de cuidado humano, o que se pensa coadunar com as concepções epistemológicas das ciências humanas.

A ontologia refere-se ao que é ou o que já existe na ciência, nesse caso, na Enfermagem, ao passo que a epistemologia refere-se às maneiras de se conhecê-la (MCEWEN; WILLS, 2009), reforçando o que foi descrito anteriormente, já que, a partir do desenvolvimento de pesquisa para construção dos modelos teóricos, ampliam-se as possibilidades para reafirmar o que é a Enfermagem enquanto campo do conhecimento, qual a extensão do seu conhecimento e quais os critérios que a define. Assim, a Enfermagem como uma ciência humana está preocupada com as experiências de vida dos seres humanos e seus significados, com as questões relacionadas ao processo saúde/doença e o seu significado na vida de cada pessoa, bem como com a experiência do processo de morrer e da morte (MELEIS, 2012).

Nessa busca por um conhecimento que demarque a especificidade da Enfermagem, não se pode deixar de mencionar o relevante contributo de Florence Nightingale, a qual, ainda no século XIX, já se preocupava e chamava atenção para o verdadeiro “*core*”⁶ da Enfermagem relacionando-o com a saúde, a higiene, o ambiente e o cuidado (NIGHTINGALE, 2005).

Várias autoras (LEININGER, 1991; WALDOW, 1999; HESBEEN, 2000; WATSON, 2002; COLLIÈRE, 1999; 2003) afirmam que o cuidado é a essência da prática da Enfermagem, o que justifica a necessidade de se dar prioridade ao cuidado enquanto “*core*” da Enfermagem, um cuidado que compreende aspectos afetivos e humanísticos relacionados a atitudes e compromissos além dos aspectos instrumentais e técnicos, valendo ressaltar a necessidade de na prática, não separar tais aspectos, mas integrá-los de modo a produzir o cuidado inovador que integra a ciência e a arte da Enfermagem centrada na pessoa, a qual se encontra em contínua interação com o ambiente, na vivência das experiências de saúde e/ou doença.

Kérouac e colaboradores (2010) ao discutir o cuidado como o “*core*” da Enfermagem, afirmam que o nível de experiência do enfermeiro se reconhece, sobretudo pela magnitude do seu compromisso o que acaba por implicar um poder. No cuidado, o poder centra-se na capacidade de reforçar o potencial da pessoa, não no sentido de dominar ou controlar o outro, mas de o profissional enfermeiro cuidar do outro, com o propósito de manter ou transformar o seu

⁶ **Core:** O mais importante ou parte central de uma atividade; pequeno grupo de pessoas que toma parte de uma atividade particular; o mais importante, essencial; pensamento mais importante ou central de um determinado grupo.

potencial. As autoras distinguem seis características do poder associado ao cuidado: a transformação, a integração, a defesa dos direitos do paciente, a cura, a participação/afirmação e a resolução de problemas.

Ainda citando Kérouac e colaboradores (2010), elas apresentam uma compara o entre a prática do enfermeiro e a prática do médico com o objetivo de delimitar a identidade profissional de cada um. O médico, de certa forma, demonstra o cuidado, até por que este não é exclusivo de nenhuma profissão, apesar de ser assumido como o “*core*” da Enfermagem. Quando o médico prescreve uma interven o, isso fará uma diferença na vida da pessoa, ou seja, trará uma mudança que prov m de uma a o extrínseca, expressa seja por uma cirurgia, um tratamento qualquer ou uma prescri o medicamentosa.

Por outro lado, o enfermeiro prescreve uma interven o que marca uma diferença na vida da pessoa, demonstrando o cuidado, ou seja, permite a pessoa realizar as possibilidades que prov m do seu interior e dar um sentido a suas experiências de saúde e a sua vida. Interven es que se expressam na forma de estima e autorrespeito, do reconhecimento e desenvolvimento do potencial do paciente e da máxima utiliza o das suas forças criativas. O que acontece, na maioria das vezes, é que contribuir com a saúde de uma pessoa mediante uma interven o centrada nos recursos interiores, imprime menor visibilidade se comparado com a utiliza o dos recursos exteriores.

Colli re (1999; 2003) afirma que, no geral, o cuidado   “invisível”. Cuidar ou preocupar-se com alguém, acreditar nas potencialidades da pessoa, reforçar suas capacidades, permitir recuperar sua esperança, acompanhá-la no seu dia a dia, estando presente, são a es com pouca, senão total, falta de visibilidade.

Logo, para cuidar de outra pessoa, é imperativo que haja disponibilidade e tempo para tal, de modo que seja possível ao enfermeiro se permitir conhecer a pessoa a receber os cuidados, seu ambiente e apoiá-la a alcançar os seus objetivos. Kérouac e colaboradores (2010) afirmam que dispensar um tempo muito curto significa um cuidado de enfermagem incompleto.

Após esta breve abordagem acerca do “*core*” da Enfermagem, conhecendo-se a concep o ontológica da disciplina, percebe-se a relevância de se aprofundar na busca por um suporte epistemológico, que ofereça embasamento teórico   profissão. Dessa necessidade que surgiu no final do século XX, por volta das décadas de 50 e 60, os diferentes modelos conceituais e Teorias da Enfermagem, é que se propõe apresentar defini es explicativas acerca da realidade do que é ser enfermeiro e exercer uma Enfermagem enquanto arte e ciência.

Pereira (2009) chama atenção de que o propósito, quando da indicação e necessidade no uso das teorias no âmbito da Enfermagem, é o desenvolvimento de um conhecimento que seja capaz de explicar e compreender a natureza dos fenômenos de interesse para a Enfermagem, as suas relações, as condições e contextos sob os quais esses fenômenos se desenvolvem e, conseqüentemente, possibilitam a compreensão acerca da natureza dos cuidados de enfermagem. O que se leva a inferir que o potencial de desenvolvimento e crescimento do conhecimento na Enfermagem pressupõe que haja uma relação tênue entre teoria, prática e a pesquisa. Concepção esta que, segundo Meleis (2012), reflete as realidades e os ideais da disciplina Enfermagem num momento no qual se percebe o seu desenvolvimento.

Diante dos modelos conceituais já desenvolvidos no âmbito da ciência da Enfermagem, torna-se relevante trazer a classificação apresentada por Kérouac e colaboradores (2010) na qual divide tais modelos em seis escolas de pensamento em enfermagem, a saber:

- I. Escola das Necessidades;
- II. Escola da Interação;
- III. Escola dos Resultados;
- IV. Escola da Promoção da Saúde;
- V. Escola do Ser Humano Unitário;
- VI. Escola do Cuidar.

As autoras afirmam que segundo suas bases filosóficas e científicas, a Escola das Necessidades, da Interação, dos Resultados e da Promoção da Saúde orientam-se na direção da pessoa, ao passo que as Escolas do Ser Humano Unitário e do Cuidar se caracterizam por uma abertura para o mundo.

Sem deter-se acerca dos elementos característicos de cada uma dessas escolas do pensamento em enfermagem, até por que não é o propósito do estudo, apresentar-se-á uma síntese com um maior aprofundamento sobre a Escola do Cuidar, a qual tem estreita relação com o objeto da presente pesquisa.

À **Escola das Necessidades**, estão incluídas as teóricas Virgínia Henderson, Dorothea Orem e Faye Abdellah, defendem uma Enfermagem que visa ao atendimento das necessidade da pessoa, em bom estado de saúde ou doente, complementando as suas ações, quando não há força, vontade ou conhecimento necessário para executá-las, ou proporcionando meios e medidas que preservem a dignidade da pessoa para um morrer digno (KÉROUAC *et al.* 2010; MELEIS, 2012).

Segundo Meleis (2012), essa escola pautou-se no desenvolvimento de teorias que respondessem as seguintes perguntas: O que fazem os enfermeiros? Quais são as suas funções? Quais os papéis desempenhados pelos enfermeiros?

Kérouac e colaboradores (2010) afirmam que a hierarquia das necessidades de Maslow e as etapas de desenvolvimento de Erik Erikson influenciaram esta escola. O que nos permite acrescentar que também pode se inserir no contexto dessa escola, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas proposta por Wanda Horta (HORTA, 2011).

No contexto dos cuidados paliativos, deve ser valorizado o potencial e a vontade de cada pessoa na realização das suas necessidades até o seu nível de alcance, de modo que o enfermeiro só deve realizar pelo paciente, quando este não tiver a força necessária para tal, respeitando a sua dignidade e valorizando a sua autonomia e autoestima, de modo que não se pode deixar de mencionar o cuidado diante da necessidade de um morrer com dignidade, o que é bem definido por Henderson ao definir que a Enfermagem: “é, principalmente, ajudar a pessoa no desempenho das atividades que contribuem para a saúde e sua recuperação, ou para um morrer digno” (HENDERSON, 2007, p. 3). Por conseguinte, observa-se que a frase-chave que se destaca na definição de Henderson, do ponto de vista da filosofia paliativista é: “... ajudar a pessoa... para um morrer com dignidade”.

A **Escola da Interação** toma por base a ciência da Enfermagem centrada na interação entre o enfermeiro e a pessoa, família ou comunidade, refletindo-se numa ação humanitária através da qual o profissional realiza a avaliação da sua clientela em busca de identificar o diagnóstico de enfermagem, planejar e implementar as intervenções de enfermagem. Fazem parte dessa Escola as teóricas Hildegard Peplau, Josephine Paterson e Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King (KÉROUAC *et al.* 2010; MELEIS, 2012).

Meleis (2012) acrescenta que, em relação às teóricas que representam os conceitos do domínio do núcleo relacionados à interação, as teorias de King, Orlando, Travelbee e Wiedenbach também podem ser usadas como quadros teóricos para descrever e explicar questões importantes para o conhecimento relacionado com o processo de enfermagem.

As teóricas que integram essa escola se inspiraram nas teorias da interação, fenomenologia e existencialismo para desenvolverem seus modelos conceituais, centrando seus interesses no processo de interação entre o enfermeiro e o cliente (pessoa, família ou comunidade). Na perspectiva dessas, o cuidado é um processo interativo que se desenvolve entre uma pessoa que tem uma necessidade de ajuda e outra que é capaz de prestá-la. Nesse contexto, faz-se necessário a clarificação das ideias por parte do enfermeiro que prestará os cuidados,

utilizando-se da sua própria pessoa enquanto instrumento terapêutico, já que o cuidado é uma ação humana e não mecânica (KÉROUAC *et al.* 2010).

Nas práticas dos cuidados paliativos, enquanto integrante da equipe, o enfermeiro deve ser um instrumento terapêutico, a partir do conhecimento de si, dos seus valores e percepções acerca da morte, e como um bom integrante de uma equipe, aprender a atuar numa perspectiva de interdisciplinaridade, de modo que o protagonista na tomada de decisões não é nenhum profissional da equipe de saúde, mas o paciente/família. Essa é uma característica marcante na filosofia dos cuidados paliativos. Todos cuidando para que a pessoa em processo de terminalidade consiga viver intensamente seus últimos dias de vida, com a melhor qualidade possível, e a sua família possa construir um processo de luto, minimizando a dor da perda do seu ente querido (SILVA; SILVA, 2013)

Whelton (2008), em um artigo teórico reflexivo, apresenta uma abordagem sobre a natureza humana como um dos pilares fundamentais dos cuidados paliativos, afirma que as teorias de enfermagem servem para promover a conexão entre a reflexão filosófica e a prática de enfermagem. No seu artigo, o autor apresenta o modelo conceitual de Imogene King, uma teoria que faz parte da Escola da Interação, e defende que essa pode ser aplicada com o objetivo de contribuir com as reflexões na tomada de decisões no âmbito dos cuidados paliativos, concluindo que a natureza humana é o núcleo central dos cuidados em saúde e, conseqüentemente, as decisões morais em cuidados paliativos, tanto por parte dos pacientes quanto dos profissionais. São decisões humanas e, portanto, pressupõe-se que haja respeito pela vida humana e uma prática de cuidado compassivo para com aquele que está morrendo.

A **Escola dos Resultados** leva em consideração o pressuposto de que os objetivos dos cuidados de enfermagem consistem em restabelecer um equilíbrio, uma estabilidade, uma homeostasia ou a preservação da energia. As teóricas dessa escola se inspiraram em teorias da adaptação e do desenvolvimento, bem como na teoria geral dos sistemas. Como enfermeiras teorizadoras dessa escola, Kérouac e colaboradores (2010) e Meleis (2012) apresentam: Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy e Betty Neuman.

A **Escola da Promoção da Saúde** traz, como ponto de partida práticas de cuidados que se ampliam a família, a qual deve aprender a partir das suas próprias experiências de saúde. Nessa escola, Kérouac e colaboradores (2010) apresentam apenas uma teórica, Moyra Allen, que desenvolveu um modelo teórico chamado de “Modelo de McGill”, o qual é considerado um modelo conceitual e de intervenção. Foi desenvolvido na Escola McGill de Enfermagem em Montreal, Canadá, no início da década de 1970, e é atualmente usado em educação e prática de enfermagem, enfatizando a promoção de saúde, capacitando as pessoas a de-

envolverem controle e melhorarem sua saúde, através da concessão de força (direitos) ao cliente e sua família. Vale ressaltar que a estrutura de classificação das Escolas de Pensamento da Enfermagem proposta por Meleis (2012), apresenta apenas cinco Escolas, não sendo contemplada na sua classificação, a Escola da Promoção da Saúde.

A **Escola do Ser Humano Unitário** se situa no contexto da orientação de uma relação ampla com a socialização das pessoas, no paradigma da transformação, levando-se em conta a maximização do potencial de saúde de cada indivíduo, em cada momento e lugar. Dentre as suas teóricas, destacam-se Martha Rogers, Rosemarie Rizzo Parse e Margaret Newman (KÉROUAC *et al.* 2010; MELEIS, 2012).

E por último, apresenta-se a **Escola do Cuidar**, que desperta maior interesse no presente estudo, não que as demais não tenham a sua relevância, mas é nesta que se ancora o seu objeto de estudo, no contexto das escolas para desenvolvimento de modelos conceituais.

O cuidar (*caring*) tem sido objeto de estudos de várias autoras (BENNER; WRUBEL, 1989; LEININGER, 1991; WALDOW, 1999; COLLIÈRE, 1999; WATSON, 2002; COLLIÈRE, 2003), todavia o conceito de cuidar tem sido objeto de investigação com maior especificidade por parte de algumas teóricas de enfermagem.

Kérouac e colaboradores (2010) ao discutir a Escola do Cuidar, apresentam como teóricas da enfermagem que abordam o cuidar como objeto de estudo, Madeleine Leininger, Jean Watson e, Patrícia Benner e Judith Wrubel.

Leininger (1991) defende o conceito como a essência da disciplina; Watson (2002) propõe uma ideia de que o cuidar é simultaneamente humanista e científico e, Benner e Wrubel (1989) sugerem que uma prática de enfermagem baseada prioritariamente no cuidar, substitui aquela cujo enfoque é à promoção, recuperação da saúde e prevenção de doenças. Sendo o cuidar, um princípio fundamental para o crescimento e desenvolvimento humano.

Segundo Benner e Wrubel (1989), o cuidar se constitui de um conjunto de ações que permite ao profissional enfermeiro avaliar e monitorar os sinais de melhora ou piora da condição de saúde/doença da pessoa sob seus cuidados, tendo como produto a experiência vivenciada do processo saúde/doença, com autonomia na tomada de decisão.

Enfim, cuidar significa facilitar, ajudar, respeitar os valores, crenças, estilos de vida e cultural de cada pessoa (BENNER; WRUBEL, 1989; LEININGER, 1991; COLLIÈRE, 1999; WALDOW, 1999; WATSON, 2002; COLLIÈRE, 2003).

As teóricas da Escola do Cuidar defendem que o enfermeiro pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa, a partir do momento que se dispuser a cuidar com vista à integralidade do ser, atentando para dimensões como a espiritual (WATSON, 2002), a cultural

(LEININGER, 1991) e a psicossocial com respeito a autonomia e tomada de decisão (BENNER; WRUBEL, 1989), integrando-as aos demais conhecimentos vinculados a multidimensionalidade do ser.

Paiva (2004, p. 55) afirma que: “a Enfermagem é a profissionalização da capacidade humana de cuidar, um processo intersubjetivo e de conhecimento epistêmico que inclui transação de um ser humano para outro”.

Nessa perspectiva, o presente estudo desenvolve a sua linha de raciocínio tomando por base a Escola do Cuidar, pautando-se no conceito de cuidar apresentado por Collière:

Cuidar situa-se na encruzilhada do que permite viver e do que está a morrer...

Cuidar:

- é permitir nascer... e renascer para a vida, **viver a morte**

- é reencontrar a dimensão simbólica dos cuidados – o sentido do sagrado:

O que dá sentido à vida na sua inserção social

- é permitir passar... ultrapassar... trespassar (COLLIÈRE, 2003, p. 195)

Depreende-se que partindo dessa perspectiva de entendimento do que é cuidar, que Dame Cicely Saunders, enfermeira precursora do movimento *hospice*⁷ moderno (BOULAY; RANKIN, 2007), iniciou os seus trabalhos em atenção à pessoa que se encontrava diante de uma doença grave sem possibilidade de cura, mas com total possibilidade de ser cuidada, a qual tinha o seguinte lema: “tu [pessoa com uma doença incurável] importas por seres quem és, e importas até o final da tua vida. Faremos tudo o que pudermos não só para te ajudar a morrer em paz, mas também para poderes viver até que morras” (SAUNDERS, 2011, p. 80-1; 2013, p. 73). E, afirmou que, no que tange ao trabalho na equipe de cuidados paliativos, são os enfermeiros que proporcionam aos seus doentes o maior sentimento de conforto e estabilidade (SAUNDERS In Prefácio, SFAP, 2000, p. IX).

⁷ *Hospice* é uma palavra que traz na sua essência um conceito de cuidado e não um lugar específico onde se desenvolve o cuidar, ou seja, é uma filosofia de cuidar. Na atualidade é tido como um movimento que vem ganhando impulso, fruto do trabalho de grupos organizados de profissionais, que tem desenvolvido uma maneira própria de oferecer ajuda à pessoa e sua família a lidarem com doenças fora de possibilidade de cura, enfrentando a dor e as dificuldades advindas do processo de morte e morrer (SILVA; AMARAL, 2013).

4 Cuidados Paliativos: trajetória histórica e definição de conceitos

O presente capítulo tem por objetivo traçar uma contextualização do cuidado enquanto elemento essencial da natureza humana, como discutido no capítulo anterior, e sua inserção no contexto da ciência da Enfermagem como cuidado especializado, profissional. A partir de então, propõe-se demonstrar a relação de proximidade entre as práticas de cuidados desenvolvidas pelos profissionais da Enfermagem e sua relação com os princípios filosóficos dos cuidados paliativos, os quais são retomados a partir do Movimento *Hospices* Moderno que tem como precursora uma enfermeira – Dame Cicely Saunders.

4.1 Retomando a essência: da origem à definição do cuidado

Os cuidados encontram-se em todas as etapas da vida, de tal modo que desde o nascimento até a morte, sempre o ser humano passa por situações de ser cuidado ou de cuidar do outro (COLLIÈRE, 2003). No entanto, a necessidade de ser cuidado, durante a última fase da vida, aumenta consideravelmente, assim como nas situações de terminalidade, independente da fase de desenvolvimento humano.

Esse cuidado que abraça todas as passagens da vida, independe de uma formação profissional especializada. No entanto, no contexto da Enfermagem enquanto profissão, historicamente há uma identificação dos cuidados, que perpassam desde as práticas de cuidados desenvolvidas por mulheres consagradas, as religiosas, até as práticas de cuidados que tomou um novo rumo a partir da inserção do domínio científico característico da Enfermagem Moderna. Foi a partir de Florence Nightingale que a concepção de cuidados foi totalmente modificada, com a inserção de técnicas mais elaboradas e não tão somente uma prática de cuidar direcionada pela vocação de servir (COLLIÈRE, 1999).

O verbo “cuidar” é, hoje em dia, utilizado com diversas acepções e a sua abrangência é bastante vasta. É comum ouvirmos expressões do tipo “fazem-se cuidados”, “prestam-se cuidados ou cuida-se” e “agir com cuidado ou ter atenção a”. Estes cuidados não se referem apenas a pessoas, mas também a plantas, animais e objetos. Fala-se de cuidados médicos, cuidados de enfermagem, instituições de cuidados, sistemas de cuidados e, inclusivamente, em cuidados de beleza (HESBEEN, 2000). Mas o que é o cuidado? O que significa cuidar, para nós profissionais de enfermagem?

O vocábulo “cuidado” deriva do termo cuidar e o seu significado varia de acordo com a conjuntura da qual esteja tratando, seja uma ação, uma atitude ou uma forma de agir. Enfim,

cuidar é complexo: é uma arte, é um valor, é uma ciência e engloba não apenas os grandes aspectos, mas muito mais as pequenas ações que, por muitas vezes, não nos damos conta no nosso cotidiano (WALDOW, 1999; HESBEEN, 2000; WATSON, 2002).

O Cuidar envolve várias dimensões, de tal maneira que não se pode contentar apenas com os atos realizados com o discurso de que se está fazendo isso ou aquilo com cuidado ou com atenção, com precisão e segurança. Isso não basta, ainda que seja importante, pois o ser humano não se limita a um corpo-objeto no qual se pode aplicar os conhecimentos e as técnicas de um ou mais grupos profissionais, por mais brilhantes, sofisticadas e modernas que sejam. É o ser enquanto ser, enquanto corpo-sujeito, que tem necessidade de sentido, que exige atenção e zelo – é um ser complexo. É aí que se encontra a distinção que determina o que é tratar uma pessoa e cuidar de uma pessoa (HESBEEN, 2000; COLLIÈRE, 2003).

Tratar o estado de doença de uma pessoa pressupõe preocupação, atenção, zelo, excelência no atendimento, conhecimentos de patologia, farmacologia, o melhor aparato tecnológico, mas tudo isso não representa o cuidado em si, toda essa atenção está direcionada ao corpo-objeto. Por outro lado, o cuidar de uma pessoa se assenta no oferecimento de um suporte terapêutico e humanístico que necessita de haver o encontro e de um tocar sensível no seu ser – corpo-sujeito. É conseguir permitir ao outro que reconheça a vida que existe dentro de si, e despertar essa energia, possibilitando viver com grande intensidade cada momento (COLLIÈRE, 1999; WALDOW, 1999; HESBEEN, 2000; COLLIÈRE, 2003; ALMEIDA *et al.*, 2009).

O cuidado tem uma intencionalidade e, tratar o corpo doente nunca pode substituir toda essa mobilização das capacidades vitais, que representa o cuidar. O cuidar vai além do tratamento, da cura, de modo que “podemos viver sem tratamento, mas não sem cuidado” (COLLIÈRE, 2003, p. 180). É evidente que o cuidado não tem, de forma alguma, o propósito de substituir a importância do tratamento médico, no entanto, a sua razão de ser é acompanhar, confortar, tudo o que permite existir na vida do ser humano e contribuir para uma melhor qualidade do tratamento (COLLIÈRE, 1999; 2003).

Isso leva a refletir sobre como têm se dado as ações de saúde nos tempos atuais, de modo que é de se reconhecer que estas cada vez mais são marcadas pelo “paradigma da cura”, direcionado por uma inclinação aos cuidados críticos e uma assistência de alta tecnologia, sem tirar o mérito da sua contribuição. O que chama atenção é o aprisionamento do domínio tecnológico da medicina moderna. Se algo pode ser feito, logo deve ser feito, afastando indefinidamente a morte do imaginário das pessoas.

Assim sendo, percebe-se que existe a necessidade de uma mudança de direcionamento, no qual há o olhar quase que exclusivo para o “paradigma da cura”, deve ser ampliado e integrado ao “paradigma do cuidado”, que reflete uma importante transformação na atuação da equipe de saúde, permitindo enfrentar realisticamente os limites da mortalidade humana e do poder médico como uma atitude de serenidade (PESSINI, 2001). Assim, é possível pautar-se numa prática de ações de saúde direcionada por um agir interdisciplinar com vistas à integralidade do ser, para o qual toda a equipe converge a fim de cuidar da pessoa em processo de terminalidade e sua família visando atender e respeitar a sua multidimensionalidade, incorporando o modelo relacional próprio do paradigma do cuidado.

É mister que a tecnologia é uma condição necessária para prevenção, diagnóstico, tratamento e quiçá a cura das doenças, contudo, à medida que o serviço de saúde torna-se mais dependente da tecnologia, são deixadas de lado as práticas humanistas mais simples, como a manifestação de apreço, preocupação e presença solidária com as pessoas doentes. O “paradigma do cuidado” no universo dos aparatos tecnológicos na saúde vem como uma necessidade de resgatar o humanismo nas ações e comportamentos dos profissionais de saúde, especialmente quando as habilidades técnicas não alcançam o êxito esperado da cura (PESSINI, 2001).

Ao falar em cuidados paliativos, é imprescindível que os profissionais atuem numa perspectiva de integração entre “paradigma do cuidado” atendendo o corpo-sujeito e o “paradigma da cura” para o alívio do sofrimento do corpo-objeto, como bem descrito na citação a seguir:

Só se entendem os Cuidados Paliativos quando realizados por equipe multiprofissional em trabalho harmônico e convergente. O foco da atenção não é a doença a ser curada/controlada, mas o doente, entendido como um ser biográfico, ativo, com direito à informação e à autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento. A prática adequada dos Cuidados Paliativos preconiza atenção individualizada ao doente e à sua família, busca da excelência no controle de todos os sintomas e prevenção do sofrimento (MACIEL, 2008, p. 16).

Pensando na perspectiva de incorporação do “paradigma do cuidado”, no qual se busca resgatar os valores acerca das questões relacionais, próprias da condição humana e, saber usar adequadamente o aparato tecnológico como uma atividade meio e não uma atividade finalística como pode ser observada na prática cotidiana, com vista ao cuidado à pessoa e não à doença, fazendo-se necessário um reposicionamento dos profissionais da Enfermagem na busca por novos caminhos e estratégias de um paradigma coerente com as necessidades sentidas e latentes da pessoa que se encontra em condições de fim da vida, necessitando do melhor

nível de atenção e de saúde que uma equipe interdisciplinar de cuidados à saúde pode proporcionar.

Segundo Oliveira e colaboradores (2011, p. 843), para que as práticas de cuidar do enfermeiro não se reduzam a uma concepção clínico-biológica da saúde, “é imprescindível que as diversas áreas de saber envolvidas nesse cuidado sejam incorporadas dentro de uma perspectiva de complementaridade, sem desvalorizar a relação necessidade - cuidado, própria da enfermagem”. Isso permite reconhecer que os profissionais de enfermagem devem repensar o seu modelo tecnológico de trabalho e estabelecer novas bases teóricas e conceituais desse processo como bem define as autoras ao abordar a construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde:

Processo de cuidar em enfermagem, a partir das necessidades negociadas entre os sujeitos individuais e coletivos e, os profissionais nas instituições de saúde, marcando a especificidade desse cuidado e o que o diferencia do padrão genérico de cuidar (OLIVEIRA et al. 2011, p. 844).

E quando se fala em necessidade humana e de saúde, especialmente no contexto da pessoa em processo de morrer e morte, surge um questionamento importante sobre a necessidade de valorização e respeito pela dignidade desse ser. E a cada dia, diante de uma prática assistencial tecnicista e mecanizada, percebe-se que os profissionais têm deixado de lado a valorização dessas necessidades.

Tratando-se de situações relacionadas à morte, é que se percebe o quanto os profissionais de saúde têm se distanciado da atenção à dimensão humanística e da valorização da dignidade da pessoa, a ponto de adotar uma atitude paternalista e, por muitas vezes, não respeitar a autonomia do outro no processo de tomada de decisão, especialmente por conta das mudanças históricas e culturais do homem moderno, no enfrentamento da morte. Rubem Alves já dizia:

Houve um tempo em que nosso poder perante a Morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a Morte foi definida como a inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. (ALVES, 2002, p. 76)

Com o afastamento da morte de nosso cotidiano, o homem não tem perdido apenas o senso de reflexão, a sabedoria que dela provém, mas principalmente o respeito para com a dignidade da pessoa que está morrendo. O advento da tecnologia fascina de tal maneira que são notórias as atitudes de profissionais da saúde que acabam por permitir que atrocidades são cometidas em prol do desenvolvimento da ciência; afinal, ela precisa ser testada. Desse modo, cabe a cada profissional, numa perspectiva ética, refletir sobre a falta de dignidade que tem

sido observada nos ambientes de atenção à saúde da população, especialmente num dos momentos mais singulares da vida de uma pessoa – da morte.

Assim sendo, depreende-se que não é da ausência do aporte tecnológico que os pacientes, famílias e comunidades criticam quando lhes falta o atendimento num serviço de saúde, como por exemplo, um leito vago nas unidades de atendimento ao paciente crítico. Mas, percebe-se que o foco das reivindicações centra-se na incapacidade que a equipe de saúde expressa para quem se encontra em condição de vulnerabilidade, quando essa equipe age com desatenção, descuido e, acima de tudo, com descaso, contrariando o que se espera dos profissionais do cuidado: escutar atentamente o outro, dar atenção às suas dores e sofrimentos (HESBEEN, 2000).

Isso possibilita inferir que a lógica da racionalidade técnica não é suficiente para produzir o cuidado em saúde, de modo que somente o êxito técnico não produz o cuidado, mas é necessário trazer para o momento do encontro entre profissional de saúde e a pessoa, o sentido existencial da experiência do adoecer e das práticas de saúde. Condição que só pode existir quando há uma escuta interessada, pautada numa dimensão dialógica no encontro que propicia a fusão de horizontes dos profissionais de enfermagem e o ser cuidado – pessoa, família e comunidade (ALMEIDA *et al.*, 2009).

Para exemplificar a discussão, apresenta-se a seguir um texto escrito por um paciente a uma enfermeira, que retrata a questão da necessidade da existência de uma dimensão dialógica e relacional nas práticas de cuidado.

Para que exista, de fato e de direito, essa integração, é imperativo que haja por parte do profissional enfermeiro em relação à pessoa cuidada, um pensamento crítico, reflexivo e dinâmico que demonstre o real papel do cuidado enquanto mobilizador das capacidades vitais da pessoa, o que pode ser obtido com uma prática de cuidado humanística e sensível, aliada a um método sistemático – o processo de enfermagem que possibilitará, a depender de como seja aplicado, uma assistência integral ao ser humano.

Escute-me, senhora enfermeira!

Eu tinha fome e não podia comer sozinha.

A senhora deixou a bandeja do café fora do meu alcance e depois discutiu as minhas necessidades nutricionais num congresso.

Eu tinha sede e não podia beber sem ajuda. A senhora pôs uma garrafa de água na mesa de cabeceira e depois registrou no meu prontuário que eu não tinha bebido nada.

Sentia-me só e tinha medo. A senhora deixou-me sozinho porque eu era um doente cooperativo e nunca pedia nada.

Pensavam que eu ia morrer. Pensando que eu não ouvia, a senhora disse: espero que este paciente não morra durante o meu plantão.

Ocupe-se de mim! Estou tão cansado, tão só e tenho medo. Fale comigo – pegue-me na mão. Reconheça o que é importante para mim. Por favor, senhora enfermeira, escute-me! (HESBEEN, 2000, p. 57)

Isso leva a concluir que o cuidar profissional da enfermagem é uma arte e ciência, onde as relações humanas assumem um papel de destaque, no entanto é de extrema necessidade a constante atualização de conhecimentos teóricos, científicos, técnicos e relacionais (PEREIRA, 2009). Desta forma, exercer a Enfermagem exige mais do que o simples saber (este pode ser memorizado) e do como saber fazer (as técnicas podem tornar-se perfeitamente automáticas), mas exercer a Enfermagem está para além de desenvolver o seu saber e o seu saber-fazer. O profissional enfermeiro deve também desenvolver o seu saber-ser, tanto consigo próprio como com a pessoa, uma vez que aquele que cuida nada pode fazer sem aquele que é cuidado e parafraseando Wanda Horta, Enfermagem é gente cuidando de gente (HORTA, 2011).

Aproximando a discussão com os princípios filosóficos dos cuidados paliativos, pode-se afirmar que ao cuidar de uma pessoa no processo de terminalidade, a equipe de enfermagem deve conhecer quem é a pessoa a ser cuidada e sua família, além do seu contexto socio-cultural, direcionando-se para o reconhecimento de quais são as suas capacidades, as suas necessidades e limitações, e simultaneamente formar uma consciência crítica das capacidades e limitações próprias do profissional que cuida, de modo a direcionar suas ações na busca por ajudar à pessoa que se encontra no continuum vida-morte e a sua família, a vivenciar o processo de adaptação-desadaptação com dignidade e minimização do sofrimento..

4.2 O que vem a ser a expressão paliativo?

A expressão “paliativo” advém do latim *pallium*, que significa coberta ou manta. Seu uso era empregado em situações de doença em que, na ausência de tratamentos específicos curativos, os sintomas deveriam ser “acobertados” ou “tapados” (PESSINI, 2001). O conceito de cuidados paliativos foi introduzido em meados de 1960 na Inglaterra por Dame Cicely Saunders que, fundadora do *St. Christopher Hospice* em Londres, descreveu a filosofia do cuidar da pessoa em processo de terminalidade com diagnóstico de doença incurável (BOULAY; RANKIN, 2007).

As práticas dos cuidados paliativos surgiram, inicialmente, com o movimento “*hospice*” moderno, contudo o estilo “*hospices*” remontam ao século IV. A palavra é de origem francesa e traduzida do vocábulo latino *hospitium*, cujo significado é “hospedagem, hospitalidade” transmitindo um sentimento de acolhimento. *Hospitium*, para além de um local, um

espaço, simboliza também um vínculo estabelecido entre as pessoas, reforçado por um movimento que se destacou pela valorização do ser humano nas relações com o próximo (MILICEVIC, 2002).

4.3 E quando se fala em cuidados paliativos?

Em 1982 a OMS, a partir dos trabalhos desenvolvidos pelo comitê de estudos sobre o câncer, criou um grupo de trabalho com o objetivo de definir políticas direcionadas ao alívio da dor e sofrimento dos pacientes com câncer, aliando-as aos princípios filosóficos do movimento *hospice* moderno que tem disseminado orientações de cuidados à pessoa em processo de terminalidade, recomendadas a todos os países. A partir de então, a OMS passou a adotar a expressão Cuidados Paliativos nas suas publicações e nas suas linhas de estudos e pesquisas. A opção do uso da expressão cuidados paliativos e não do termo *hospice* se deu em função das dificuldades de tradução fidedigna do termo em alguns idiomas, além de que a expressão Cuidados Paliativos já havia sido usada no Canadá em 1975 (MACIEL, 2008; SILVA; AMARAL, 2013).

Existem algumas definições de Cuidados Paliativos, porém todas apresentam conceitos similares. A definição da OMS remonta a ano de 1986 (MACIEL, 2008) e foi a primeira a apresentar um conceito do que são os Cuidados Paliativos: cuidados totais e ativos dirigidos à pessoa cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo prioritário o controle da dor física e de outros sintomas e de problemas de ordem psicológica, social e espiritual, tendo como objetivo proporcionar qualidade de vida para pacientes e família. (WHO, 1990; PESSINI, 2001; SILVA; SADIGURSKY, 2008; MACIEL, 2008).

Este conceito foi superado por tornar subjetiva a avaliação acerca de quando seria o momento de decretar a falência de um tratamento; como definir essa doença fora de possibilidade, já que “a maioria das doenças é absolutamente incurável: o tratamento visa ao controle de sua evolução e para tornar essas doenças crônicas. Poucas vezes, a cura é uma verdade em medicina” (MACIEL, 2008, p. 16).

Por conseguinte, esta definição foi revista e atualizada em 2002 e tem sido usada por profissionais de saúde e pelas políticas públicas como diretrizes para o desenvolvimento de serviços e orientação da prática desses profissionais, em mais de 100 países. substituindo a definição anterior, com objetivo de ampliar o conceito e torná-lo aplicável a todas as pessoas portadoras de doença crônica, evolutiva e progressiva, com prognóstico de vida supostamente encurtado a meses ou ano, o mais precocemente possível (WHO, 2002).

Logo, passou a ser definido pela OMS como os cuidados que consistem numa abordagem que busca melhorar a qualidade de vida da pessoa e sua família, em face de problemas associados à doença, com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2002).

Essa nova definição dá ênfase à qualidade de vida e não à quantidade, além de reafirmar que a morte é um processo natural do ciclo da vida, não um processo de doença, possibilitando que o profissional de saúde pense numa perspectiva de integralidade do cuidar, afastando-se de um modelo centrado exclusivamente no paradigma da cura.

Além dessa definição institucional, há outras desenvolvidas a partir do método de Análise de Conceito de Walker e Avant, das quais, duas destas foram realizadas por pesquisadoras brasileiras. O estudo de Rodrigues, Zago e Caliri (2005) pode concluir que os cuidados paliativos se expressam pelas características de uma assistência integral do ser humano, contando com: controle da dor crônica; equipe interdisciplinar; a morte encarada como um processo natural a partir de um preparo prévio do paciente e sua família; autonomia e ortotanásia; alívio do sofrimento; comunicação franca e honesta, com vistas ao cuidado e não à cura. Como eventos antecedentes foram identificados: o paciente terminal; o sofrimento psicológico, espiritual, social e físico; o câncer e outras doenças crônicas; despreparo profissional e a barreira cultural e, como eventos consequentes, a qualidade de vida, um morrer com dignidade; formação profissional e criação de serviços e núcleos de atendimento com foco nos princípios filosóficos dos cuidados paliativos.

Para Sousa *et al.* (2010), também pesquisadoras brasileiras, os Cuidados Paliativos são entendidos como um cuidar multidisciplinar, multidimensional e humanístico, oferecido à pessoa com uma enfermidade fora de possibilidades de cura, com vistas à promoção do conforto e do bem-estar tanto do paciente quanto da família, por meio do controle e do alívio dos sintomas, resultando na melhora da sua qualidade de vida e dignificando seu processo de morrer.

Um terceiro estudo sobre a definição dos Cuidados Paliativos foi desenvolvido por investigadoras portuguesas, as quais também realizaram uma análise de conceito e concluíram que estes são cuidados que se constituem de uma abordagem integral à pessoa com doença progressiva, degenerativa e incurável, e sua família, com o foco no cuidado interdisciplinar desde o momento em que a equipe conclui que já não é possível a cura, de modo que os profissionais munidos de conhecimentos científicos e humanísticos possam contribuir para o controle dos sintomas, proporcionando cuidados ativos, que venham a promover a dignidade

humana e autonomia da pessoa (GONÇALVES *et al.*, 2008). Esse conceito acrescenta um contributo imprescindível que é a ênfase à ética principialista no que tange ao princípio da autonomia do ser.

Tais conceitos são corroborados pela definição de uma norma disciplinar de direito positivo que é a definição institucional da OMS. Logo, a prestação destes cuidados, ao final da vida, deve ter por base a morte como processo natural, contribuindo para o decurso do luto antecipatório, sendo o local de ocorrência da morte, o meio hospitalar ou o domicílio, a depender das condições inerentes à estrutura emocional e social de cada pessoa/família.

Assim sendo, pode-se concluir que os cuidados paliativos são reconhecidos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida da pessoa e sua família na presença de doenças sem possibilidade de cura e em fase de terminalidade da vida. Caracterizando-se por um conjunto de práticas de cuidar que são representadas simbolicamente por atos profissionais que têm como objetivo o controle dos sintomas do corpo e as manifestações da mente, do espírito e do comportamento social que afligem o homem na sua finitude, isto é, quando a morte se aproxima. São cuidados que podem ser realizados tanto nas instituições de saúde assim como na própria residência. Podendo ser oferecido à pessoa com doença em processo de terminalidade (desde o fechamento do diagnóstico até o momento da morte) e aos seus familiares (durante o curso da doença e no processo de luto) (WHO, 2002; RODRIGUES, ZAGO; CALIRI, 2005; GONÇALVES *et al.*, 2008; SOUSA *et al.*, 2010).

Conforme apresentado, os cuidados paliativos inicialmente foram desenvolvidos com ênfase no atendimento aos pacientes oncológicos com doenças num estágio avançado. Contudo, hoje se trata de uma prática de cuidados que deve ser extensiva a todas as pessoas que tenham alguma doença crônica, evolutiva e progressiva, com prognóstico de vida supostamente diminuído e que provoque intensa dor física, bem como outros sintomas físicos, emocionais e/ou espirituais. São cuidados direcionados à pessoa com uma doença na qual não mais existe a possibilidade da cura e o sofrimento é algo insuportável, mas, com certeza, existe a possibilidade do cuidar com ênfase na qualidade de vida e num processo de morte e morrer com dignidade (GONÇALVES *et al.*, 2008; MACIEL, 2008; SILVA; SADIGURSKY, 2008; ANCP, 2009; BOEMER, 2009; SILVA; SILVA, 2013).

Araújo e Silva (2006), acrescentam que os Cuidados Paliativos são cuidados que devem ser aplicados no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que são destinadas para prolongar a vida, tais como quimioterapia ou radioterapia, e inclui investigações necessárias para compreender melhor e gerir angustiantes complicações clínicas.

Por fim, é importante ter em mente, o conceito de família, considerando a sua relevância para a formulação da definição dos cuidados paliativos. No conceito de família, as influências culturais e sociais, sistemas de valores e crenças dentro de uma família é o que vai determinar como elas lidarão com as importantes crises da vida como o morrer e a morte. Assim sendo, é de extrema importância que a equipe de enfermagem mantenha esse elo entre paciente e família e exerça o seu papel de intermediador entre família e equipe de saúde, considerando a sua condição privilegiada por estar as 24 horas do dia junto ao paciente, prestando a maior parcela dos cuidados e podendo observá-lo mais de perto (PACHECO, 2004).

4.4 Áreas centrais dos cuidados paliativos

Em se tratando dos Cuidados Paliativos, a partir das definições inter-relacionadas e apresentadas anteriormente, pode-se observar que existem quatro áreas centrais, a serem adotadas como foco de atenção por parte da equipe de cuidados paliativos, e no presente estudo, dando-se ênfase à equipe de enfermagem, conforme apresentadas na figura a seguir (figura 1):



Figura 1: Áreas centrais dos Cuidados Paliativos. Salvador, 2014.

As áreas centrais dos cuidados paliativos buscam estender-se muito para além do alívio dos sintomas físicos, mas integrar os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais das práticas de cuidados, possibilitando à pessoa uma preparação para a sua morte de forma tão completa, complexa e construtiva quanto possível, o que se pressupõe integração entre as pessoas envolvidas (paciente/família/equipe), dotadas de um processo de comunicação adequado em prol do controle dos sintomas de dor física, psicológica, social e espiritual – **dor**

total (CLARK, 1999b) e superando grande desafio do trabalho em equipe: gerir os conflitos de forma construtiva e criativa, em prol de um bem comum, o respeito pela autonomia e bem-estar da pessoa em cuidados paliativos (TWYXCROSS, 2003).

Dentre as quatro áreas centrais que estruturam os princípios filosóficos dos Cuidados Paliativos, Twycross (2003) acrescenta que há três componentes essenciais que se interligam e se sustentam por uma área interconectora, que é a comunicação. A comunicação adequada facilita e contribui para o alívio dos sintomas, para o suporte psicossocial do paciente e sua família e um trabalho de excelência da equipe, no qual o centro das atenções é a pessoa que se encontra no processo de morrer, e não apenas no momento da morte como é mal interpretado. O autor afirma que:

Os cuidados paliativos dirigem-se mais ao doente do que à doença; Aceitam a morte, mas também melhoram a vida; Constituem uma aliança entre o doente e os prestadores de cuidados; Preocupam-se mais com a ‘reconciliação’ do que com a cura. Os cuidados paliativos não apressam nem protelam intencionalmente a morte (TWYXCROSS, 2003, p. 17).

E, a reconciliação segundo o mesmo autor, se refere ao momento de apaziguamento consigo próprio, com os outros e com Deus. Morrer reconciliado significa ser capaz de dizer ou transmitir:

Gosto muito de ti,
Perdoa-me,
Eu perdoe-te,
Obrigado,
Adeus. (LEPOIVEDIN, [s/a] apud TWYXCROSS, 2003, p. 17).

Enfim, como bem descreve Pessini (2001), os cuidados paliativos, de alguma maneira, se constituem numa terceira via entre a eutanásia, de um lado, e a distanásia, de outro, e procura implementar a ortotanásia, que seria uma síntese ética do direito ao morrer com dignidade e do respeito pela vida humana.

A seguir, passa-se a discorrer sobre as áreas centrais dos cuidados paliativos, de modo a possibilitar uma melhor compressão destas, a fim de facilitar o julgamento crítico do enfermeiro quando do planejamento da assistência de enfermagem à pessoa em Cuidados Paliativos.

A **comunicação adequada** é a base dos princípios filosóficos dos cuidados paliativos, contudo, pode-se dizer que a comunicação permeia todas as ações e dimensões do ser humano. E para uma boa atuação como paliativista, faz-se necessário que haja uma confiança entre equipe de saúde/paciente/família.

Silva (2008) afirma que a confiança na equipe de cuidados é a pedra angular na estruturação dos cuidados paliativos e deve ser buscada de forma consciente e ativa. E para tal, a

mesma autora complementa que essa confiança se sustenta nas ações comunicativas do cotidiano das relações. Logo, espera-se que a equipe paliativista desenvolva competência e habilidades de comunicação para melhor cuidar.

As doenças que levam as pessoas a procurar ajuda são, na sua maioria, acompanhadas de ansiedade, medo, sentimentos de desamparo e de perturbação nas relações triviais do doente com aqueles que o rodeiam. Desse modo, o enfermeiro e toda equipe de saúde devem ter em mente que a pessoa com uma doença pode vir ao serviço de cuidados paliativos falar não apenas sobre os sintomas de determinada doença, mas também das suas preocupações acerca das suas possíveis causas e efeitos. Aliada a tais preocupações, essa pessoa carrega consigo a esperança de ver não apenas a sua saúde restabelecida como ainda a possibilidade de controlar e reorganizar novamente a sua vida, mesmo diante de uma doença fora de possibilidade de cura. E, é diante desse contexto, que o enfermeiro precisa aprender a lidar com a comunicação frente a esse paciente, com habilidades para coletar dados, saber ouvir, trabalhar a escuta ativa e conseguir ver além do que é dito pelo paciente.

Para tal, Clare (2000) defende que para uma melhor comunicação com essa pessoa, o estilo de entrevista não diretiva – ou aberta – é provavelmente o melhor instrumento de relação terapêutica que se espera de um profissional de saúde. O autor apresenta algumas características da entrevista não diretiva:

O comportamento do entrevistador deve conduzir a uma redução da tensão e a facilitar a comunicação; O entrevistador deve prestar particular atenção ao comportamento verbal e não verbal do entrevistado; No início, a entrevista deve começar por ser não diretiva, não privilegiando a pesquisa de informação, passando a ser progressivamente mais diretiva e focalizada (CLARE, 2000, p. 37).

Outro aspecto da comunicação diz respeito à comunicação entre os membros da equipe. E, o trabalho em equipe é condição *sine qua non* para a assistência paliativista, haja vista ser na comunicação que reside a adequação e a harmonia do trabalho em equipe (ARAÚJO et al. 2012). As mesmas autoras reforçam que uma das características fundamentais do trabalho em equipe é a consciência e o adequado uso da comunicação interpessoal, sendo inclusive apontado o critério por profissionais de equipes de cuidados paliativos como fator de sucesso para o bom desempenho das mesmas.

O estudo realizado por Araújo *et al.* (2012) teve como objetivo avaliar como ocorre a comunicação no cuidado à pessoa em fim da vida nas equipes de cuidados paliativos em três grandes centros europeus. O resultados apontaram que os problemas de comunicação entre os membros da equipe impactam negativamente a qualidade de vida de 10 a 20% dos pacientes. Em contrapartida, a boa inter-relação entre os membros da equipe paliativista e a transmissão

compartilhada de informações constitui um instrumento estratégico e embaixador para a realização efetiva desse tipo de trabalho.

O **controle dos sintomas**, segundo Twycross (2003), pode ser resumido em cinco categorias: avaliação, explicação, controle, observação e atenção aos pormenores, o que se assemelha à estrutura metodológica do processo de enfermagem.

Considerando o controle dos sintomas como uma área central no contexto dos cuidados paliativos, é importante que o enfermeiro esteja atento aos sinais e sintomas manifestados pelo paciente, para ajudar a desenvolver um raciocínio clínico e um julgamento crítico na tomada de decisão acerca do melhor enunciado diagnóstico que descreva a resposta humana tanto do paciente quanto do seu familiar.

Dentre os sintomas mais comuns e observados nos pacientes acompanhados pelas equipes de cuidados paliativos, podemos citar: fadiga, náuseas e vômitos, desidratação, constipação intestinal, dispneia, lesões vegetantes malignas e alterações cognitivas (TWYXCROSS, 2003; PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006; SILVA; TEIXEIRA, 2013).

Assim, é uma demanda do profissional enfermeiro, como integrante da equipe de cuidados paliativos, conhecer esses sintomas e saber lidar com as intervenções terapêuticas com vista ao alívio destes e conseqüentemente do sofrimento do paciente e sua família.

Silva e Teixeira (2013) chamam a atenção de que ao ser considerada a aplicabilidade do processo de enfermagem na prestação dos cuidados paliativos, é importante que o enfermeiro esteja atento a primeira e a quinta etapas do processo.

Na primeira etapa, contemplando a entrevista e o exame físico, é possível ao enfermeiro uma maior interação com a pessoa doente e sua família, e com isso, buscar estratégias terapêuticas para o controle dos sintomas, a partir das informações que lhes são prestadas durante a entrevista, obtendo informações relativas à história de vida, trajetória da doença, seus hábitos, entre outras que lhes proporcionarão o estabelecimento de diagnóstico e a elaboração de um planejamento de cuidados individualizados e com melhores resultados (SILVA; TEIXEIRA, 2013).

Na quinta etapa, deve ser realizada a avaliação dos cuidados prestados, e redimensioná-los quando necessário, com base nas respostas que foram obtidas da pessoa e família sob os cuidados da equipe. Cabendo ao enfermeiro, uma avaliação sistemática dos sinais e sintomas e o estabelecimento de prioridades para o cuidado à pessoa e uma boa interação da dinâmica familiar em prol do alcance dos objetivos terapêuticos (SILVA; TEIXEIRA, 2013).

O **apoio à família** é também considerado como uma área de atenção no contexto dos cuidados paliativos, haja vista que como consta da definição dos cuidados paliativos pela

OMS, a família pertence à unidade de cuidados e deve estar inserida no processo de cuidar, em prol da minimização dos sentimentos negativos que emergem ao se ter um ente querido vivenciando o processo finitude diante de uma doença fora de possibilidades de cura.

Costa et al. (2013, p. 270) definem a família como “um sistema dinâmico de interação” cuja propriedade básica centra-se na potencialidade das mudanças no cotidiano dos seus membros. Assim, quando um deles encontra-se em uma situação de doença, traz como consequência a redefinição de um novo sistema.

E quando se fala do processo de enfermagem no âmbito dos cuidados paliativos, vale relembrar o que já dizia Wanda Horta ao valorizar a importância da inserção família no desenvolvimento das práticas de cuidar, afirma que “a enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade” (HORTA, 2011, p. 32). Logo, depreende-se que o foco de atenção no desenvolvimento dos cuidados não deve voltar-se apenas a pessoa em processo de terminalidade, mas também a toda família como unidades integradas.

E, ao falar em família, não se pode deixar de mencionar os aspectos inerentes ao cuidado com os familiares no processo de construção do luto. Todos passam por uma perda, que é comum e, ao mesmo tempo, única (BARBOSA, 2010). Comum porque todos vivenciam a separação e perda do seu ente querido com a morte e; única, pois cada perda tem o seu significado específico para cada pessoa. E o que se espera é a construção de um luto normal, o qual se apresenta como uma reação característica a uma perda significativa (real e simbólica).

Contudo, no cotidiano das equipes de cuidados paliativos, nem sempre é possível se observar o luto normal, mas situações de luto que, segundo Barbosa (2010), se manifestam como um processo de luto complicado ou (psico)patológico.

O luto normal consiste na perda consciente do objetivo, e pode ser trabalhado pela equipe de saúde, a partir do momento que esta identifica a necessidade de se iniciar intervenções terapêuticas relacionadas ao luto, o que Fonseca (2004, p.73) chama de “luto antecipatório”. Termo utilizado pela primeira vez por Lindemann em 1944, por meio de sua observação com a experiência das esposas de soldados que iam para a guerra. Nessa perspectiva, busca-se elaborar a consciência da perda e o processo normal do luto, evitando-se o desenvolvimento de um processo de luto complicado ou (psico)patológico (FONSECA, 2004).

O luto complicado se manifesta como reação de uma má adaptação, muito comum nas situações de luto traumático (perda inesperada), inibido (retardado, adiado, congelado), crônico (dependente), exagerado ou indizível (privado de direito ou afastado). Para a avaliação do luto complicado faz-se necessário observar e analisar fatores de ordem afetiva, cognitiva, física/vínculos, comportamental, social, existencial/espiritual (BARBOSA, 2010).

E, por fim, o luto (psico)patológico, no qual os enlutados reagem à perda sob a forma de distintos quadros sindrômicos que corresponde a manifestações psicopatológicas típicas (melancolia, mania, paranoia, histeria, obsessão, fobia, ansiedade dentre outras) (FONSECA, 2004; BARBOSA, 2010).

O **trabalho em equipe** é essencial para todas as áreas da atividade humana e, quando se fala em Cuidados Paliativos é praticamente impossível produzir o cuidado ativo e total se não for a partir de um trabalho em equipe. Sabe-se que trabalhar em equipe é complexo, pois demanda integração de pessoas diferentes, com formação, saberes e experiências distintas. Logo, trata-se de um processo de construção do trabalho, que deve ter como objetivo único, produzir cuidado a outra pessoa. E, tratando-se de ser humano, é sabido que diante da multidimensionalidade, não é possível alcançar a sua completude com a atuação isolada de apenas um profissional, mas necessita da integração contínua e dinâmica de diversos saberes, por meio da construção compartilhada do conhecimento, baseada em erros e acertos, num processo de aprendizagem contínua. Esse é um elemento essencial do trabalho em equipe, porém no cotidiano ainda é visível a dificuldade que existe entre os profissionais, em gerenciar a inteligência emocional para a construção compartilhada do conhecimento.

Araújo e colaboradores (2012), a partir do estudo da arte sobre inteligência emocional no trabalho em equipe em cuidados paliativos, evidenciaram uma carência da exploração do constructo, inteligência emocional, no que se refere ao trabalho interdisciplinar.

Para desenvolver um trabalho em equipes inter e transdisciplinar de cuidados paliativos é indispensável que os profissionais de cada equipe estejam atentos à necessidade de desenvolver competências e habilidades para gestão das próprias emoções e sentimentos, de forma adaptativa e inteligente, haja vista que são habilidades e competências imprescindíveis ao relacionamento interpessoal e na atividade profissional do paliativista. (ARAÚJO *et al.* 2012; ROCHA; SILVA; AMARAL, 2013)

Sabendo-se que as estratégias de comunicação e aptidões cognitivas podem ser ensinadas e estimuladas, vale ressaltar alguns elementos essenciais que dão suporte para a construção de uma atuação em equipes inter e transdisciplinares, a saber:

Capacidade de escuta: disponibilidade para ouvir uns aos outros e considerar as experiências e saberes de cada membro da equipe; **Capacidade de compartilhar:** percebendo que o fracasso de um pode significar o fracasso de todos e que o sucesso de um é fundamental para o sucesso da equipe; **Capacidade de humildade:** construção de um plano de trabalho, em conjunto, definindo responsabilidades a cada integrante; **Capacidade de comunicação:** necessidade de aprimorar as relações interpessoais e de valorizar a comunicação entre os seus membros; **Necessidade da avaliação** constante dos processos e dos resultados (ROCHA; SILVA; AMARAL, 2013, p. 355).

Depreende-se, mais uma vez, que a boa comunicação é a mola propulsora do trabalho em equipe, acima de tudo quando cada profissional, a partir do exercício contínuo e das suas experiências, se torna um ouvinte atento daqueles que integram a sua equipe e tem um objetivo comum, tendo a humildade em saber reconhecer a necessidade imperativa do dialogar para que possa reconhecer, acolher e atender as necessidades inerentes à multidimensionalidade e individualidade da pessoa em cuidados paliativos.

4.5 A Enfermagem e os cuidados paliativos uma estreita relação no cuidar

Em Cuidados Paliativos, a vivência da pessoa com uma doença fora de possibilidade de cura, o sofrimento durante a evolução da doença e o processo de morrer e morte, evoca uma atitude de solidariedade e de bom senso universal para com o paciente e sua família. Os estudos realizados por Kübler-Ross (2000) mostram o elevado crescimento psicossocioespiritual de pessoas que passaram por uma situação de uma doença fora de possibilidade de cura, o enfrentamento do processo de morte e morrer ou o acompanhamento deste por um ente querido.

Assim, a filosofia dos cuidados paliativos tem sido, a cada dia, mais disseminada pelo mundo a fora, proporcionando um cuidar à pessoa em processo de terminalidade e sua família, combinando as terapias ativas visando ao conforto e o suporte emocional e social da pessoa que está vivendo com doenças crônico-evolutivas e sua família.

Quando se fala em cuidar, a Enfermagem tem uma grande identificação ao assumir esse fenômeno como objeto de estudo. Nessa perspectiva, foi investigado sobre essa relação, encontrando-se um estudo de análise de conceito realizado por Seymour (2004), o qual teve com objetivo analisar a forma como a “Enfermagem em Cuidados Paliativos” é descrita na literatura. Evidenciou-se que tal expressão surgiu primeiramente no Reino Unido em 1989 por um grupo de especialistas do *Royal College of Nursing*, interessados em discutir, em princípio, a atuação do enfermeiro nos cuidados de pacientes com câncer, como toda a história da origem dos cuidados paliativos. Sendo que, posteriormente, esses princípios filosóficos se ampliaram para outros grupos de pacientes.

A autora chama atenção de que para ser adotada a expressão no seu campo semântico, houve ampla discussão sobre o papel do enfermeiro clínico como especialista em cuidados paliativos, principalmente porque a maioria dos pacientes com necessidade de cuidados paliativos são cuidados por enfermeiros que não são peritos na área, o que é muito comum no Bra-

sil. Eles adentram no mercado de trabalho em serviços de cuidados paliativos sem a devida qualificação e formação na área.

Assim, Lugton e Kindlen (1999) citadas por Seymour (2004) ao discutir o papel do enfermeiro no contexto dos cuidados paliativos, afirmam que este profissional, diante de uma pessoa com uma doença ameaçadora da vida, seja ela, um câncer, uma doença neurológica, cardíaca ou respiratória, as quais têm implicações para a saúde social, psicológica e espiritual, tanto da pessoa como de sua família, tem o papel de avaliar as necessidades dessa pessoa e sua família em cada uma dessas áreas de saúde social, psicológico e espiritual e, planejar, implementar e avaliar adequadas intervenções em prol de uma melhoria da qualidade de vida e na perspectiva de proporcionar um morrer com dignidade. Assim, essas autoras consideram que o objetivo primordial do papel do enfermeiro na equipe de cuidados paliativos é o de apoiar os pacientes e suas famílias, onde quer que seja – no hospital, em casa ou hospício/serviço de cuidados paliativos e, o alívio do sofrimento é o cerne do papel do enfermeiro de cuidados paliativos.

Na análise do conceito, Seymour (2004) identificou alguns conceitos chaves associados à Enfermagem em Cuidados Paliativos, como: conhecimento sobre o paciente; trabalho em equipe; dignidade; conforto; empatia; apoio e cuidados de apoio; esperança; dor/sofrimento e qualidade de vida.

Esse estudo corrobora a importância de se aprofundar nas investigações acerca dos cuidados de enfermagem em prol da preservação da dignidade, conforto e qualidade de vida da pessoa em cuidados paliativos e sua família.

Silva e Silva (2013), ao discutir as questões relacionadas à atuação do enfermeiro como integrante da equipe interdisciplinar de cuidados paliativos, apresenta um modelo de práticas de cuidados de enfermagem direcionado pela filosofia dos cuidados paliativos e defende que o enfermeiro e sua equipe tenham um papel de extrema relevância neste contexto, levando-se em consideração a sua posição privilegiada em que o enfermeiro se encontra, por ter a possibilidade de permanecer a maior parte do tempo junto ao paciente e poder prestar a maior parcela dos cuidados, além de poder posicionar-se como intermediador entre o paciente/família e os demais membros da equipe de cuidados paliativos.

Os autores acrescentam que é possível inter-relacionar os principais pressupostos das teorias de enfermagem com os princípios filosóficos dos cuidados paliativos, o que só tem a contribuir para uma melhor qualidade dos cuidados a serem prestados à pessoa em processo de terminalidade e sua família. Apontando as Teorias de Enfermagem e suas respectivas teóricas, como as quem mais se aproximam dos princípios filosóficos dos cuidados paliativos, a

saber: Teoria Ambientalista desenvolvida pela precursora da enfermagem moderna – Florence Nightingale; Teoria do Cuidado Transpessoal proposta Jean Watson; Teoria da Adaptação da Irmã Callista Roy; Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem; Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger; Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba; Teoria do Torna-se Humano de Rosemarie Rizzo Parse e, por fim, a Definição de Enfermagem de Virgínia Henderson.

Nesse contexto, o enfermeiro e sua equipe devem estar empenhados no desenvolvimento de estudos e práticas que coadunem com os princípios filosóficos dos Cuidados Paliativos, tendo em mente, e assim passar para sua equipe, a importância de atuar com uma prática de cuidado humanística e sensível do corpo-sujeito, melhorando a cada dia o processo de relacionamento interpessoal e a comunicação como elemento básico do cuidar, entre equipe, paciente e família.

O enfermeiro deve lançar mão da comunicação eficaz para a implementação de todas as medidas terapêuticas de enfermagem, desenvolvidas com e para o paciente que necessite de cuidados paliativos, pois visa à cooperação com o relacionamento equipe/paciente, e dessa forma a equipe de saúde ofereça uma assistência de qualidade. A comunicação é imprescindível no processo de cuidar (SILVA, 2003).

Nesse sentido, é preciso pensar na inserção da Enfermagem nos Cuidados Paliativos sob a ótica da interdisciplinaridade, visto que o cuidado é inerente à profissão desde sua concepção moderna, proposta por Florence Nightingale. O enfermeiro, numa atuação interdisciplinar, pode e deve ajudar a pessoa em seu processo de morrer a aliviar o seu sofrimento e encarar a morte como um processo natural do ciclo da vida, tendo, como fio condutor dos cuidados, a preservação da dignidade humana.

O enfermeiro precisa reconhecer, no seu campo de atuação, sua autonomia e poder, especialmente no gerenciamento de conflitos entre equipe de saúde e o paciente e família. Historicamente e sob a ótica da estrutura burocrática das instituições, esse poder é geralmente conferido ao médico. Não obstante, apesar da autonomia e do poder que o enfermeiro detém, ser um poder periférico, Boemer (2009) chama atenção de que o enfermeiro precisa reconhecer e assumir esse poder como uma plataforma de mediação singular entre o paciente/família e o poder médico, haja vista a sua proximidade com o paciente e família. Desse modo, esse poder, mesmo que periférico, possibilita ao enfermeiro advogar junto ao paciente, exercendo certa insurreição, incentivando o paciente e família a lutarem pelo exercício da autonomia da pessoa na tomada de decisão.

A autonomia e poder do enfermeiro ainda pode lhe possibilitar uma postura mais humanística e sensível, a partir da tomada de decisão com atitudes que possibilitem a flexibilização de normas e rotinas institucionais, burlando inclusive, alguns regulamentos que muitas vezes, são ilógicos e, de fato, abrir espaço para um processo de humanização das ações da equipe de saúde em relação à pessoa em cuidados paliativos e sua família.

O grande desafio talvez seja o de profissional ser maleável, sensato e agir de modo a compreender que é necessário satisfazer as necessidades do paciente em detrimento, às vezes, de algumas normas e protocolos de serviço e até de algumas vaidades pessoais (SILVA *et al.*, 2008).

Assim sendo, diante disto os profissionais de enfermagem devem atuar em conjunto com os demais membros da equipe interdisciplinar em saúde, desenvolvendo a sensibilidade aguçada para identificar a necessidade de serem instituídos os Cuidados Paliativos, para quanto mais cedo possível, iniciar as medidas de cuidados, não deixando para os momentos finais da vida, como se fossem medidas para aquela triste circunstância onde se diz: “nada mais pode ser feito” (ARAÚJO; SILVA, 2006).

Assim, os cuidados paliativos que devem ser iniciados desde o momento em que seja estabelecido pela equipe interdisciplinar em saúde, o diagnóstico de uma doença fora de possibilidade de cura, observando o curso da doença, reduzindo o investimento na terapêutica curativista e ampliando a terapêutica paliativista, sendo que naqueles momentos finais da vida, os cuidados paliativos assumirão o espaço exclusivo do cuidado à pessoa e sua família até o momento da morte e após, com os cuidados com o luto conforme demonstrado a seguir (**Figura 2**).



Figura 2 - Inter-relação entre a oferta dos Cuidados Paliativos e o decurso da doença. Salvador, 2014.

Por fim, a mensagem clara de apoio que o enfermeiro deve passar tanto para o paciente quanto para a família, é de que a equipe está atenta, preocupada e buscando o melhor para que o paciente alcance a sua morte com dignidade, valorizando todas as características e experiências anteriores do paciente, envolvendo um nível de contato humano com este, que vai além das tarefas e procedimentos. E para isso, a equipe, o paciente e a família precisam internalizar que é necessário proporcionar qualidade de vida na fase final para se ter qualidade de morte, ou uma boa morte, de modo que o cuidado humano especializado, que suporta e conforta, venha a ajudar e proporcionar a vivência de uma morrer digno e o mais tranquilo.

4.6 Cicely Saunders uma enfermeira paliativista: precursora do Movimento Hospice Moderno

A prática dos Cuidados Paliativos, na época conhecida apenas como “*hospice*”, começou na Roma Antiga, por volta do ano 400 d.C. pela iniciativa de Fabíola, discípula de Jerônimo. Quando da construção do primeiro hospital na modalidade *hospice*, este tinha por finalidade atender aos peregrinos, atuando na linha da hospitalidade, proteção, na acepção da palavra “*hospice*”. Assim, atendia aos peregrinos de Roma, África, Ásia e leste da Europa. Muitos destas instituições eram chamados de hospices e eram coordenados por religiosos tendo como foco do cuidado o atendimento aos doentes, em especial àqueles que estavam morrendo (PESSINI, 2001; MILICEVIC, 2002; SILVA; AMARAL, 2013).

Somente em 1842, a palavra “*hospice*” foi utilizada pela primeira vez com o simbolismo de cuidados aos pacientes em processo de morte e morrer, em Lyon – França. Mais uma vez, uma mulher, Jeanne Garnier, liderou, por meio da Associação das Mulheres do Calvário, a criação de diversos hospices, denominados de Calvários. Em 1899, Anne Blunt Storrs fundou o Hospital Calvário em Nova York, destinado aos pacientes oncológicos em fase avançada (CORTES, 1997; PESSINI, 2001; MILICEVIC, 2002).

Por volta de 1905, surge na Inglaterra o St. Joseph’s Hospice, em Hackney, fundado pelas Irmãs da Caridade, cuja principal representante foi madre Mary Aikenhead. Nesse mesmo período, foi aberto também, o St. Columba’ e St. Luke’s Hospices, ambos em Londres, fundados pelo médico Howard Barret. Mas, somente em 1967, iniciou o movimento de hospices moderno, com a fundação do St. Christopher’s Hospice pela enfermeira Cicely Saunders, como uma forma especializada de cuidar da pessoa em processo de terminalidade e sua família (CORTES, 1997; PESSINI, 2001; MILICEVIC, 2002).

Dame Cicely Saunders teve sua primeira formação em Enfermagem e, ao longo da sua trajetória de vida, cursou também Ciências Sociais e Medicina. Iniciou os seus trabalhos em prol de pessoas que se encontravam diante de uma doença grave sem possibilidade de cura, mas com total possibilidade de ser cuidada e, afirmou que, no que tange ao trabalho na equipe de cuidados paliativos, são os enfermeiros que proporcionam aos seus doentes o maior sentimento de conforto e estabilidade, afirmando que, “apesar de eu mesma [Cicely Saunders] me ter visto obrigada a formar-me em medicina, para ultrapassar o problema da dor crônica e terminal, sempre pensei que foi a minha formação de enfermeira que me permitiu, acima de tudo, compreender o que os doentes esperavam de nós” (Saunders In Prefácio, SFAP, 2000, p. IX).

Ela fundou o sistema de hospice moderno, estabelecendo novos métodos de controle da dor e uma abordagem holística para o cuidado. Cicely Saunders (Ω 22 de junho de 1918 - † 14 de julho de 2005) nasceu na cidade de Barnet, ao norte de Londres. Ela teve dois irmãos mais novos, chamados John e Christopher (BOULAY; RANKIN, 2007).

Quando ela saiu da escola, teve certa dificuldade na escolha de uma profissão. De início, ela queria ser enfermeira, mas seus pais não a estimulavam, o que a fez decidir ir para a Universidade de Oxford e estudar política, filosofia e economia, pensando que isso seria útil, trabalhando como secretária de um político, um trabalho que ela pensou que viria a gostar. Por um tempo, foi bem nos seus estudos, contudo, na eminência da segunda guerra mundial em 1939, ela percebeu que era o momento de fazer algo mais prático e útil. Assim, desconsiderando orientações de seus pais, ela saiu de Oxford e se matriculou para o treinamento em enfermagem no Hospital St Thomas, em Londres. Sempre em busca de uma realização profissional, Cicely Saunders se tornou uma das alunas mais bem sucedidas dentre as alunas/enfermeiras da sua classe. Percebendo com isso que tinha que se formar como uma excelente enfermeira. (BOULAY, 2007; BOULAY; RANKIN, 2007).

Mais tarde, ela se tornou uma cristã, já que por um longo tempo, ela vinha à procura de uma crença, sem sucesso. Então, um dia, enquanto ela estava de férias em Cornwall, descobriu no que ela realmente acreditava - Deus. Diante de uma profunda felicidade, querendo agradecer a Deus através de ações caridosas, Saunders encontrou uma maneira de realizar seus agradecimentos. Após ter conhecido David Tasma, que era um paciente com câncer avançado e em processo de terminalidade, vindo a falecer três anos mais tarde, ela veio a entender que sua forma de agradecer e servir a Deus seria trabalhando com pessoas que estão morrendo. Após a morte de David Tasma, Saunders continuou seu trabalho social do hospital

e se tornou voluntária em St Luke's Hospital, uma casa para cuidados a pacientes em processo de morrer em Bayswater, Londres (SAUNDERS, 2011; 2013).

Quando passou a ouvir os pacientes, ajudando as freiras do hospital, Saunders aprendeu o máximo que pôde, desenvolvendo métodos de manutenção de registros e a partir de então, iniciou uma pesquisa científica com mil e cem pacientes e estabeleceu, no St Joseph's Hospital, o sistema de administração de drogas para alívio da dor física. Desse modo, em vez de esperar até que um paciente sentisse dor e pedisse ajuda, a equipe já administrava os analgésicos regularmente, geralmente a cada quatro horas. Desta forma, os pacientes recebiam seus medicamentos antes que a dor voltasse (BOULAY, 2007; BOULAY; RANKIN, 2007).

No entanto, ela foi além às suas investigações a ponto de perceber que a dor não é apenas uma condição física, mas que há várias maneiras de sentir dor. Com isso, ela definiu a dor em quatro dimensões que atendem a integralidade do ser, a saber: dor física, dor emocional, dor social e dor espiritual, o que ela passou a chamar de “dor total” (CLARK, 1999b; BOULAY, 2007; BOULAY; RANKIN, 2007).

A dor física é a mais óbvia por ser percebida a partir do conhecimento que se tem da patologia e dos sinais e sintomas que o paciente apresenta; a dor emocional surge no enfrentamento da inevitabilidade da morte, com a perda da esperança, sendo muito evidente nas mudanças do humor e na expressão dos sentimentos; a dor social é visível a partir do isolamento, com a dificuldade que o paciente tem em se expressar diante do processo do morrer, criando com isso uma atitude de solidão; e a dor espiritual surge da perda do sentido da vida e da esperança na sua recuperação. O paciente sente-se não atendido nas suas preces ao ser superior. Todos necessitam de um horizonte de sentido, necessitam de uma razão para viver. No contexto dos cuidados paliativos, os primeiros estudos sobre a dor tiveram início com Cicely Saunders (CLARK, 1999b; BOULAY, 2007; BOULAY; RANKIN, 2007).

A partir dessa sua perspectiva acerca da dor multidimensional, Saunders chegou ao conceito de “dor total” formulado, para englobar a dor de natureza física, psicológica, com elementos sociais, emocionais e espirituais. Este conceito tem se mostrado muito importante para o desenvolvimento da prática clínica do movimento *hospices* moderno (CLARK, 1999b).

“Dor total” torna-se assim uma elaboração do olhar clínico, um novo modo de vigilância e uma percepção da dor que vai além do domínio e controle farmacológico da medicina. O modo de pensar “não há nada mais que pode ser feito” tornou-se “precisa-se pensar em novas possibilidades de fazer tudo”. Assim, permitindo um repensar acerca do poder disciplinar do hegemônico modelo biomédico. A partir do conceito de dor total é possível se ver uma orde-

nação múltipla da dor, referida como tão complexa a ponto de ser capaz de ultrapassar o corpo-objeto (CLARK, 1999b).

5 O conceito de dignidade e sua evolução história

5.1 Conceito de Dignidade

A palavra "dignidade" é frequentemente utilizada tanto pelos estudiosos da filosofia quanto por aqueles que discutem as questões da bioética na prática clínica, ao se referirem às discussões acerca das condições ideais de tratamento para com os pacientes, especialmente ao se tratar daqueles que estão morrendo.

Pessini (2004, p. 139) diz que é difícil definir a dignidade humana. “Ela é mais facilmente reconhecível por sua ausência”. Jacobson (2007) propõe que a evolução histórica do conceito de dignidade se baseia em três pilares fundamentais: entre a humanidade e Deus; entre o indivíduo e a sociedade e entre o determinismo e a liberdade.

Johnson (1998) já discutia o uso ambíguo da variedade de significados associados à palavra dignidade em busca de conceitos instrumentais que melhor possibilitassem compreender a dignidade a partir da perspectiva de pessoas em processo de terminalidade. E desde então, o autor já afirmava que a palavra “dignidade” tem sido usada como um *slogan* ou com um sentido bastante vago. Isso ainda é visto nos dias atuais (PESSINI, 2004), quando nos deparamos com profissionais da área da saúde pronunciando frases como “respeito pela dignidade humana”, “direito à dignidade”, “tratamento com dignidade” e até “morrer com dignidade”, no entanto pouco se sabe a respeito da definição com maior profundidade sobre o conceito de dignidade.

Apresentando uma historização do uso da palavra dignidade, vale referenciar o trabalho desenvolvido por Rieke e Delden (2009), no qual os autores com base em textos históricos apresentam uma breve historização da evolução do termo desde a Roma Antiga até os tempos modernos.

Do inglês “*dignity*”, a palavra dignidade está etimologicamente relacionada ao vocábulo romano *dignitas*. Nos antigos escritos romanos, *dignitas* é uma palavra restrita àqueles homens que pertenciam à nobreza como os homens com altos cargos (cônsules e senadores) da República. A forma de dignidade encontrada nos textos romanos, os autores a define como **dignidade relacional**: é na sua relação com os outros que os indivíduos têm um bom desempenho a fim de obter a sua dignidade, ou seja, é outro que confere a dignidade ao indivíduo. Já nos textos dos escritores cristãos da Idade Média, os autores identificaram a forma incondicional da dignidade. A **dignidade incondicional** era relacionada ao ser humano, pois este se

distingue de outras criaturas do universo. Daí, uma característica frequentemente mencionada era a de que o homem é digno por ser uma criatura a imagem e semelhança de Deus, além de outras características como, a natureza racional e o livre arbítrio. De acordo com os escritores cristãos, dizia-se que o homem tinha a dignidade dada por Deus. Vale ressaltar que neste período, além da dignidade incondicional, a dignidade relacional ainda era muito utilizada (RIEKE; DELDEN, 2009).

Na Idade Moderna, "a dignidade humana" tornou-se tema popular entre os escritores humanistas do Renascimento italiano. Estes passaram a dar uma conotação dipolar, dando o entendimento de que dignidade era oposição à miséria. Contudo, os humanistas não fundamentavam a dignidade apenas nos aspectos cristãos, como a imagem de Deus e da imortalidade da alma, mas também em aspectos seculares, como o corpo humano e as habilidades do homem. Assim, a dignidade é uma condição do homem no universo, baseando-se na sua liberdade. Em outras palavras, o homem pode se tornar tudo o que ele escolhe ser, de modo que os autores definem essa condição como a **dignidade subjetiva** (RIEKE; DELDEN, 2009).

Os escritores iluministas, filósofos da era da razão, ao contrário do que se poderia esperar, em suas obras de referência, mencionam apenas alguns lugares onde a dignidade se baseava na natureza racional do homem. "Blaise Pascal escreve que o pensamento é toda a dignidade do homem. Samuel von Pufendorf escreve que o homem tem uma grande dignidade, pois ele possui uma alma imortal, é dotado com a luz da inteligência, a capacidade de decidir e escolher, e é muito hábil em várias artes". Essa a chamada da dignidade incondicional (RIEKE; DELDEN, 2009⁸, p. 156).

No final da Idade da Razão, uma nova forma de dignidade aparece nos escritos de Immanuel Kant, a qual é chamada de **dignidade kantiana**, uma vez que esta forma de dignidade está intrinsecamente relacionada com a filosofia kantiana. Em seu terreno para a metafísica dos costumes, Kant argumenta que os seres racionais têm dignidade na medida em que sejam capazes de desenvolverem uma ação moral, isto é, de autodeterminação. Seres que têm a capacidade de basear suas ações na autonomia, agindo de acordo com suas próprias leis. De acordo com Kant, a autonomia é o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional. Ao contrário de dignidade incondicional, a dignidade kantiana exclui, portanto, os seres que não têm a capacidade de ação autônoma (PESSINI, 2004; RIEKE; DELDEN, 2009).

⁸ Blaise Pascal writes that thinking is man's whole dignity. Samuel von Pufendorf writes that man has a very great dignity because he possesses an immortal soul, is endowed with the light of intellect, the capability of deciding and choosing, and is very skilful in various arts (RIEKE; DELDEN, 2009, p. 156).

Julião e Barbosa (2012) afirmam que é a partir de Kant que a dignidade se emancipa do campo religioso e filosófico e se torna também um conceito social e político.

A partir da Idade Moderna, Rieke e Delden (2009), em sua descrição histórica, mencionam que não encontraram novas formas de expressar a dignidade. Enfim, o que se teve de novo, foi uma crescente ênfase dada ao respeito à dignidade e sua estreita relação entre a dignidade incondicional e dos direitos humanos. Os estudiosos se esforçavam para demonstrar que não só a dignidade da nobreza deveria ser respeitada, mas também a do homem comum. O respeito à dignidade, que vinha sendo acompanhado historicamente pela dignidade relacional, passou, a partir de então, a se tornar uma característica da dignidade incondicional.

A Segunda Guerra Mundial foi o marco para o início da reflexão global sobre a violação do respeito pela dignidade da pessoa humana. A partir de então, a célebre frase “respeito pela dignidade” foi adotada pela Carta das Nações Unidas e pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. Passou a fazer parte dos textos como a Constituição e na legislação de muitos países (PESSINI, 2004; JULIÃO; BARBOSA, 2012). Inclusive faz parte do texto que trata dos princípios fundamentais do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

O termo dignidade é derivado da palavra latina *dignitas*, que significa: merecimento, mérito, grandeza, reputação, um valor por excelência. Partindo desse significado, a palavra é definida como um termo aristocrático de destaque relacionado à posição de " vaidade social", ou um direito inerente a cada pessoa (STREET; KISSANE, 2001).

O dicionarista Antônio Houaiss (HOUAISS, 2008) define a dignidade como amor próprio, autoestima, brio, honra e virtude. O que é corroborado por Aurélio Buarque de Holanda (FERREIRA, 2008) ao definir o significado de dignidade como honestidade, honra e brio. Para a Filosofia, o dicionarista Abbagnano (2007) define a palavra dignidade com base na doutrina kantiana como um princípio, e assim por:

Dignidade como ‘princípio da dignidade humana’ entende-se a exigência enunciada por Kant como segunda fórmula do imperativo categórico: ‘Age de tal forma que trates a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre também como um fim e nunca unicamente com um meio’. [...] Esse imperativo estabelece que todo homem, aliás, todo ser racional, como fim em si mesmo, possui um valor não relativo (como é, p. ex., um preço), mas intrínseco, ou seja, a dignidade. ‘O que tem preço pode ser substituído por alguma outra coisa equivalente, o que é superior a qualquer preço, e por isso não permite nenhuma equivalência, tem dignidade’. Substancialmente, a dignidade de um ser racional consiste no fato de ele ‘não obedecer a nenhuma lei que não seja também instituída por ele mesmo’. A mortalidade, como condição dessa autonomia legislativa é, portanto, a condição da dignidade do homem, e moralidade e humanidade são as únicas coisas que não têm preço (p. 276).

A partir das definições apresentadas e inerentes ao termo dignidade, pode-se inferir que a pessoa que se encontra com a sua dignidade abalada, necessita de ajuda para manter o

seu EU preservado, no que se refere aos cuidados em relação aos seus valores, sua própria personalidade e seu mundo social.

5.2 O Conceito de Dignidade e sua relação com a Enfermagem e os Cuidados Paliativos

Lesley Baillie, enfermeira inglesa e presidente da Fundação Florence Nightingale, realizou uma pesquisa para sua tese de doutorado em 2005 com vinte e quatro pacientes e treze profissionais de enfermagem, na qual desenvolveu um estudo de caso sobre a dignidade de pessoas hospitalizadas e afirma que o cuidado integral e a dignidade da pessoa são duas áreas importantes e de interesse para os profissionais de enfermagem, contudo o cuidado relacionado à dignidade da pessoa ainda é uma área escassa de pesquisas em prol de uma melhor assistência a ser prestada aos pacientes. Em seus estudos, a pesquisadora pôde concluir que a dignidade das pessoas passa por um conjunto de sentimentos que vão desde o sentir-se confortável (tendo a sua autonomia respeitada e sentindo-se valorizado), até a uma boa aparência física. Ressaltando-se que os fatores ambientais também impactam na dignidade dos pacientes, haja vista que a falta de privacidade ambiental também tem ameaçado a dignidade (BAILLIE, 2009).

No estudo de Baillie (2009), ela identificou fatores que promovem e que ameaçam a dignidade das pessoas como podem ser observados na **figura 3**. Para a autora, na perspectiva humanística, promover a dignidade do paciente é um cuidado fundamental e os enfermeiros têm o dever profissional de exercer uma prática de cuidados com vista à promoção da dignidade dos pacientes. Para isso, o ambiente hospitalar fornece a estrutura física e gerencial para a promoção da dignidade, mas, é o enfermeiro que deve promover a dignidade a partir de um comportamento ético e humanístico frente à pessoa, propiciando impacto positivo sobre a dignidade das pessoas em situações de vulnerabilidade durante cada encontro.

E, quando se trata de pessoas em situação de terminalidade, a "dignidade" é considerada requisito importante na prática de cuidar, sendo citado pelos pacientes em processo de morte e morrer e em cuidados paliativos ao descreverem o que seria uma "boa morte" na sua ótica. Nessa perspectiva, Chochinov (2002) realizou estudos específicos para investigar a estrutura da dignidade, estabelecendo um modelo que ajude a descrever a preservação da dignidade. O estudo analisou entrevistas com 50 pacientes em estágio avançado de câncer terminal, e documentou a compreensão e percepção destas pessoas acerca da dignidade.



Figura 3 - Aspectos que ameaçam ou promovem a dignidade dos pacientes no ambiente hospitalar. Fonte: BAILLIE, 2009, p. 33.

Outros estudos (CHOCHINOV, 2002; 2004; 2006; 2007) têm sido desenvolvidos com o objetivo de elucidar um modelo de cuidado que ajude as pessoas a morrer com dignidade, direcionados pelos princípios básicos dos cuidados paliativos. Para Chochinov (2002), o termo "dignidade" fornece uma estrutura abrangente que pode orientar a equipe de saúde, o paciente e sua família na definição dos objetivos e considerações terapêuticas fundamentais aos cuidados de fim de vida. Para este pesquisador, as ações de conservação da dignidade é o cuidado que pode preservar ou reforçar a dignidade das pessoas que estão morrendo. Os seus estudos se desenvolveram a partir de entrevistas a pacientes com câncer avançado, familiares e o médico da equipe de cuidados paliativos, resultando num modelo teórico denominado de Modelo de Cuidados de Preservação da Dignidade, o qual é utilizado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2010) como referencial para organizar os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o Catálogo CIPE[®] Cuidados Paliativos para uma Morte Digna.

Para Chochinov (2002, p. 2254), a dignidade é definida como "a qualidade ou estado de ser digno, honrado ou estimado". Qualidade ou estado no qual a pessoa tende a atribuir o seu próprio significado, de ser merecedora de receber benefícios para uma morte com dignidade, tais como; cuidado de qualidade, incluindo as questões práticas, tais como conforto básico, o toque e considerações sobre a "alma" ou espírito.

Para algumas pessoas, o senso de dignidade é indissociável da essência do ser. Assim sendo, Chochinov (2002, p. 2256) pôde concluir em seus estudos, que há uma "dignidade

básica” e uma “dignidade pessoal”, de modo que a primeira tem sido descrita como se referindo a uma qualidade moral universal, que é realizada internamente, que é inerente e inalienável à própria vida. Do ponto de vista filosófico, enquanto há vida há dignidade. Por outro lado, a "dignidade pessoal" é frequentemente evocada em referência aos potenciais de indignidades, humilhações pelas quais as pessoas passam diante do processo de morte e morrer. A perda de dignidade é uma das respostas mais comuns dadas por profissionais de saúde, em relação ao que foi questionado sobre o porquê dos pacientes preferirem a eutanásia ou suicídio assistido. A dignidade pessoal é uma construção que é mais individualista, transitória e vinculada às metas pessoais e circunstâncias sociais de cada pessoa.

O conceito de dignidade nos cuidados paliativos foi explorado por Street e Kissane (2001) a partir do método de análise de conceito, concluindo que a dignidade está incorporada no suporte das relações sociais dos pacientes e familiares. Segundo as autoras, o significado da dignidade é comumente assumido, mas raramente explorado no contexto dos cuidados paliativos. A partir do estudo realizado pelas autoras, identificaram que para alguns estudiosos, a maneira pela qual se alcança uma morte digna é uma questão muito particular, enquanto que outros estão mais preocupados com a necessidade de encontrar definições socioculturalmente aceitáveis. Na perspectiva teológica, a dignidade tem sido definida como uma experiência religiosa ou transcendental inerente aos seres humanos, feitos à semelhança de seu Criador.

A dignidade é algo muito implícito nos escritos daqueles que estão preocupados com os aspectos espirituais da morte. Nas pesquisas realizadas por profissionais de enfermagem, a dignidade tem sido explorada como um cuidado relacionado à qualidade de vida. E, em muitos artigos analisados, observou-se que apesar da expressão "morrer com dignidade" estar presente nos títulos, as discussões ignoram a questão do que significa a dignidade. As autoras puderam concluir no seu estudo, que o morrer com dignidade constitui-se a base para a tomada de decisão nas situações de finitude, no entanto ela é construída de diferentes maneiras, a depender do contexto e ambiente (STREET; KISSANE, 2001).

Os estudos acerca do conceito de dignidade para as pessoas em processo de terminalidade concluíram que a dignidade é a fonte da qual derivam os direitos humanos, e também se refere à maneira como nos sentimos a respeito dos outros e de nós mesmos. A dignidade é um conceito socialmente construído, a partir de nossas crenças, experiências e influências culturais, sendo, muitas vezes, representada como autonomia, autoestima, a inviolabilidade da vida, ou da capacidade física do ser, enfim, a dignidade é um construto definido a partir de uma experiência subjetiva, percebida individualmente, de modo que cada pessoa tem sua própria visão sobre o que é digno para si e para os outros (STREET; KISSANE, 2001).

Na Enfermagem, puderam ser evidenciados estudos em sistemas de classificação, abordando o morrer com dignidade como um resultado de enfermagem e como termo foco de atenção da enfermagem.

Um estudo acerca da preservação da dignidade foi realizado por Rankin e colaboradores (1998) e objetivou buscar evidências em relação à avaliação de resultados de enfermagem, que definam metas a serem alcançadas para um cuidado humanístico à pessoa no fim da vida em prol da manutenção da sua qualidade de vida e dignidade pessoal. Esse estudo gerou evidências que contribuíram para um conceito de "morte digna" enquanto Resultado de Enfermagem, definindo-o como a manutenção do conforto e autonomia pessoal na aproximação do fim de vida.

No estudo supracitado, para o alcance de um resultado positivo em prol de uma "morrer com dignidade", as autoras identificaram que todos os indicadores pautam-se nos princípios filosóficos dos cuidados paliativos. A partir do Resultado de Enfermagem "morrer com dignidade", foram definidos os indicadores para mensurar o processo de avaliação dos resultados, permitindo aos enfermeiros medir a eficácia das intervenções de enfermagem, monitorar a avaliação da pessoa em processo de morte e morrer, além de fornecer dados epidemiológicos. Os indicadores para o resultado "morrer com dignidade" definido como "manutenção do controle e conforto pessoais com a aproximação do fim da vida" são apresentados no **quadro 1** com base na Classificação dos Resultados de Enfermagem⁹ (JOHNSON; MASS, 1997; JOHNSON; MASS; MOORHEAD, 2004), conforme foram corroborados no estudo realizado por Rankin e colaboradores (1998).

Na terceira edição da NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem (MOORHEAD; JOHNSON; MASS, 2008, p. 430), esse resultado foi modificado para "final de vida digno", com alterações na definição, a qual passou a ser definida como: "ações pessoais para manter o controle durante a aproximação do fim da vida" e nos indicadores, mantendo-se na quarta edição (MOORHEAD, S. *et al.*, 2007) contudo, nesta última versão em português (MOORHEAD, S. *et al.*, 2010), o resultado em epígrafe não foi contemplado apenas na versão em inglês. O resultado como apresentado na quarta edição da NOC encontra-se no quadro a seguir (**Quadro 2**).

⁹ Nursing Outcome Classification – NOC.

MORRER COM DIGNIDADE	
Os indicadores a seguir são avaliados a partir dos seguintes parâmetros: Nenhum(a) (1); Leve (2); Moderado (a) (3); Intenso (4); Muito Intenso (5)	
Expressa estar preparado para morrer	Parece calmo e tranquilo
Resolve questões e preocupações importantes	Verbaliza conforto
Partilha sentimentos sobre a morte	Expressa alívio da dor
Reconcilia-se com as amizades anteriores	Expressa controle dos sintomas (p. ex., náusea, ansiedade, dispneia)
Conclui metas importantes	Mantém higiene pessoal
Mantém senso de controle sobre o tempo restante	Mantém independência física
Troca afeto com os outros	Expressa esperança
Separa-se gradativamente das pessoas significativas	Participa das decisões
Relembra memórias de vida	Controla escolhas de tratamento
Revisa conquistas de vida	Escolhe os alimentos/bebidas
Discute experiências espirituais	Controla pertences pessoais
Discute preocupações espirituais	Coloca os negócios em ordem

Quadro 1 - Indicadores para avaliação/graduação do resultado de enfermagem “Morrer com Dignidade”. Fonte: JOHNSON; MASS, 1997, p. 139-40; JOHNSON; MASS; MOORHEAD, 2004, p. 412-3.

DIGNIDADE NO FIM DE VIDA	
Os indicadores a seguir são avaliados a partir dos seguintes parâmetros: Nunca demonstrado (1); Raramente demonstrado (2); Às vezes demonstrado (3); Frequentemente demonstrado (4); Constantemente demonstrado (5)	
Coloca os negócios em ordem	Mantém o senso de controle sobre o tempo restante
Expressa esperança	Troca afetos com os outros
Participa nas decisões relacionadas ao cuidado	Separa-se gradativamente das pessoas significativas
Participa nas decisões sobre a hospitalização	Relembra memórias de vida
Participa nas decisões sobre a reanimação	Revisa conquistas de vida
Controla as decisões sobre a doação de órgãos	Discute experiências espirituais
Participa no planejamento do funeral	Discute preocupações espirituais
Mantém os desejos atuais	Mantém independência física
Mantém as diretivas avançadas	Controla escolhas de tratamento
Resolve questões importantes	Escolhe os alimentos/bebidas
Partilha sentimentos sobre a morte	Controla pertences pessoais
Reconcilia as amizades	Expressa estar preparado para morrer
Conclui metas importantes	

Quadro 2 - Indicadores para avaliação/graduação do resultado de enfermagem “Dignidade no Fim da Vida”. Fonte: MOORHEAD; JOHNSON; MASS, 2008, p. 430.

A Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE[®]) aborda na sua versão β e $\beta 2$ o termo “morrer com digna¹⁰” como integrante do eixo foco e o define como “tipo de luto (processo de luto) com características específicas: sentimentos de pena, sofrimento e desprendimento da vida que se processam através de pranto e nojo sobre a sua própria morte eminente, trabalhando conscientemente com reações e emoções, expressando sen-

¹⁰ **Dignified Dying:** is a type of Mourning (Grief Work) with the specific characteristics: Feelings of sorrow, grief and detachment to life processed through mourning and bereavement of one’s own impending death, consciously working with reactions and emotions, expressing feelings of loss, acceptance of dying, sharing losses with significant others, expressing expectations about the impending end of life. (ICN, 1999, p. 45)

timentos de perda, aceitação da morte, partilha das perdas com as pessoas significativas, exprimindo as expectativas sobre o fim eminente da vida” (ICN, 2000, p. 52; ICN, 2003, p. 48).

Na CIPE[®] versão 1.0 (ICN, 2005, p. 52) o termo “morrer com dignidade¹¹” passou a ser definido como: “processo de morrer com características específicas: verbalização de alívio da dor, expressão de controle de sintomas, participação nas decisões sobre os cuidados e tratamentos, verbalização de conforto físico, verbalização de satisfação espiritual e revisão das experiências de vida”.

Nessa mesma versão, quando da tradução para o português europeu, o termo foi traduzido como “morrer com dignidade” (ICN, 2006, p. 52), contudo, na tradução para o português brasileiro, aparece como “morte digna” (ICN, 2007, p. 62). Como o foco de atenção é o processo de morrer e não somente a morte em si, como um fenômeno pontual, no presente estudo, o termo tem sido assumido com a tradução de **morrer com dignidade**.

Dando seguimento à revisão nas publicações subsequentes da CIPE[®], observa-se que na CIPE[®] versão 2.0 e 2011 o “morrer com dignidade” deixa de ser um termo¹² do eixo foco e passa a ser classificado como um conceito¹³ - Diagnóstico de Enfermagem negativo: morrer sem dignidade e Diagnóstico de Enfermagem positivo: morrer com. Vale ressaltar que se mantêm as variações na tradução, para o português brasileiro que se apresenta com a tradução “morte digna/processo de morte digna e morte indigna/processo de morte indigna” (ICN, 2011a, p. 144; 152; ICN, 2011c, p. 74). Na tradução para o português europeu aparece como “morrer com dignidade e morrer sem dignidade” (ICN, 2011b, p. 129).

Na CIPE[®] versão 2013, a mais recente, ocorreu outra modificação a saber: “morrer com dignidade” voltou a ser apresentado como um termo e também um conceito. O conceito/Diagnóstico de Enfermagem morrer com dignidade¹⁴ é definido como: “alívio da dor, controle dos sintomas, participação nas decisões sobre o tratamento e satisfação espiritual (ICN, 2013, p. 101).

¹¹ **Dignified Dying:** Dying Process with the specific characteristics: verbalizes relief of pain, expresses control of symptoms, participates in decisions for care and treatment, verbalizes physical comfort, verbalizes spiritual contentment, and reviews life experiences. (ICN, 2005, p. 52)

¹² **Termo:** designação de um conceito definido em uma linguagem especial mediante uma unidade linguística. Ex: Dor; Aguda; Crônica.

¹³ **Conceito:** unidade de pensamento constituída pela abstração das propriedades comuns a um conjunto de referências. Ex: Dor aguda; Dor crônica.

¹⁴ **Dignified Dying:** Relief of pain, control of symptoms, participates in decisions for treatment and spiritual contentment.

6. O Processo de Enfermagem e os Sistemas de Classificação

O presente capítulo versará sobre elementos que visam contribuir para uma efetivação do Processo de Enfermagem como a informoterapia, além de apresentar conceitos e aplicações das terminologias, abordando os sistemas de classificação em enfermagem, com ênfase na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE[®].

6.1 Informoterapia

A informoterapia é definida por Mettler e Kemper (2006) e Padilha, Sousa e Soares (2012) como uma prescrição oportuna e pontual a partir da disponibilidade da informação em saúde baseada em evidências, para satisfazer necessidades específicas dos pacientes e apoiar uma sólida tomada de decisão em saúde.

Entende-se que a informoterapia é uma ferramenta de extrema relevância no contexto dos cuidados paliativos, haja vista que dentre as suas áreas centrais, a comunicação adequada tem papel de destaque. A informoterapia é uma ferramenta de gestão que oferece suporte no gerenciamento da prestação de cuidados, considerada de baixo custo e que tem a possibilidade de atender uma parcela muito maior da população.

E tratando-se das práticas de cuidados, a informoterapia é um recurso importante e estratégico para possibilitar melhores resultados aos pacientes, a partir de informações baseadas em evidências que tanto apoia a tomada de decisão do profissional de saúde, quanto às preferências do paciente no processo de tomada de decisão. Uma boa informação pode ser tão importante quanto à prescrição de um medicamento, a realização de um teste de laboratório ou um procedimento cirúrgico. As informações podem orientar a tomada de decisões por parte do paciente e promover mudanças de comportamentos, podendo aumentar a adesão do paciente ao plano terapêutico. Com boas informações, os pacientes podem se automonitorarem e, muitas vezes, autogerir a sua condição de saúde frente ao processo de terminalidade e em prol de uma maior e melhor qualidade de vida. A aceitação por parte da equipe de saúde, do uso da informoterapia tem um papel fundamental na concepção de programas eficazes para a gestão do processo saúde/doença e da prestação de cuidados em longo prazo (METTLER; KEMPER, 2006).

Malpani (2012) afirma que a informoterapia é a prescrição da informação certa, para a pessoa certa e na hora certa, visando contribuir para uma melhor tomada de decisão em saúde.

Uma informação que não pode ser apenas informações genéricas, como o que se ver disponível nos ambientes virtuais, mas uma informação direcionada e com objetivos específicos.

Assim, segundo o mesmo autor, a informoterapia refere-se à informação a partir de uma prescrição, para as necessidades do paciente. Essa informação não pode ser apenas um receituário, mas deve resultar em algo concreto, uma mudança de comportamento. Ela deve ajudar o paciente a tomar melhores decisões.

Essa informação em todas as áreas da saúde, e nesse estudo tratando-se dos cuidados paliativos deve, portanto, ser baseada em evidências científicas, elaborada por um profissional com especialização na área – paliativista, atualizada, de fácil leitura e compreensão, sempre que possível com uso de imagens ilustrativas e referenciadas. Produzir este tipo de informação com alta qualidade não é algo tão simples como parece, logo, deve se pensar na contextualização da informação. A pessoa certa significa que a informação deva ser entregue ao paciente (ou seus cuidadores), e que fará (ou ajudará na) a tomada de decisão (ou a mudança de comportamento). Além de ser necessário se atentar para o momento certo, o qual significa que ela deve ser fornecida quando o paciente necessite - a tempo de ajudá-lo a tomar a melhor decisão (ou para melhorar um comportamento de saúde).

Quando se trata dos cuidados paliativos, pode-se citar o exemplo da informação a respeito dos trâmites burocráticos frente à necessidade do atestado de óbito, quando a morte acontece no domicílio. A equipe necessita saber o momento certo de fazer essa abordagem e como fazer, prestando informações adequadas de modo que venha a contribuir com a família na tomada de decisão e não cause desconfortos e apreensões.

Padilha, Sousa e Soares (2012) argumentam que a informoterapia pode ser uma ferramenta facilitadora dos processos de desenvolvimento de uma gestão eficaz do regime terapêutico. A sua utilização como estratégia terapêutica no contexto da Enfermagem deve levar em consideração aspectos como a influência em relação à acessibilidade e características intrínsecas dos suportes tecnológicos; o tipo de informação a ser prestada; as preferências individuais de aprendizagem de cada paciente; a literacia¹⁵; a literacia tecnológica; as dúvidas relaciona-

¹⁵ A literacia de informação é um conjunto de competências, de aprendizagem e pensamento crítico, necessárias para aceder, avaliar, e usar a informação de forma eficiente. Estudantes com elevada literacia de informação têm a capacidade não só de navegar por uma grande variedade de sistemas de pesquisa de informação, mas também avaliá-los e seleccioná-los. Compreende como a informação está organizada, o que pode facilitar a sua forma de encontrar a informação. O pensamento crítico e as competências analíticas também ajudam os alunos ao nível das capacidades cognitivas necessárias para a avaliação e utilização da informação em qualquer altura das suas vidas. Aprender a aprender está no cerne da literacia de informação, o que em última análise incrementa o sentido da descoberta, o espírito inquisitivo e o gosto pela aprendizagem ao longo da vida. FONTE: Biblioteca do Conhecimento On-line. Governo de Portugal. Disponível em: <http://www.b-on.pt/> Acessado em: 29 de maio de 2014.

das com a gestão do regime terapêutico e o perfil do suporte familiar, a partir da percepção por parte da equipe, de como será utilizado esse suporte tecnológico.

6.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma expressão muito utilizada pelos profissionais da enfermagem, e conforme afirmam Bachion, Ramos e Antunes (2010) é uma expressão que diz respeito eminentemente à cultura da enfermagem brasileira, uma vez que, em outros países, não é utilizada tal expressão.

Para melhor contextualizar, vale a pena apresentar alguns conceitos, tais como a definição de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): “organização do trabalho da enfermagem, quanto ao método, pessoal e instrumentos, de modo que seja possível a realização do Processo de Enfermagem (LEOPARDI, 2006, p, 54; COFEN, 2009, p.1).

Observa-se que esta é uma definição adotada pelo Conselho Federal de Enfermagem ao publicar a Resolução COFEN 358/2009, possibilitando inferir que a SAE se traduz como uma estrutura organizacional na qual existem distintas possibilidades de sistematizar a assistência de enfermagem, a exemplo do dimensionamento de pessoal, o gerenciamento da equipe de enfermagem, o planejamento dos cuidados, os protocolos institucionais, a padronização de procedimentos, normas e rotinas e o processo de enfermagem.

Carvalho e Bachion (2009) afirmam que a SAE,

trata-se de diferentes formas de se desenvolver a assistência, ou seja, diversos métodos podem ser utilizados para se solucionar uma dada situação, em um dado contexto, em um determinado tempo, com a finalidade de produzir resultados positivos para a saúde das pessoas que cuidamos. Estas modalidades de agir não são excludentes e têm naturezas distintas (CARVALHO; BACHION, 2009, p. 466).

E, o Processo de Enfermagem é definido na mesma Resolução como o instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional desenvolvido pela equipe de Enfermagem e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009).

Leopardi (2006), a qual parece ter sido uma das referências utilizadas pelos representantes do COFEN e da Subcomissão da Sistematização da Prática de Enfermagem e Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem (Gestão 2007-2010) para a formulação das definições da Resolução COFEN 358/2009, esclarece que o Processo de Enfermagem se caracteriza pelo trabalho desenvolvido pelos profissionais de enfermagem na busca por satisfazer as necessidades de saúde da pessoa, família e comunidade, contudo, é necessário que estes reconheçam a situação problema e a partir de um julgamento clínico gerem um planejamento, in-

tervenções e avaliem resultados, incorporando essa prática como um fazer necessário a valorização e reconhecimento da atuação do profissional enfermeiro e sua equipe.

O Processo de Enfermagem segundo a Resolução COFEN 358/2009 organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem. E deve basear-se num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações e/ou intervenções de enfermagem, fornecendo a base para a avaliação dos resultados alcançados (COFEN, 2009).

Em relação ao suporte teórico, Carvalho e Bachion (2009, p. 466) acrescentam que as “bases teóricas podem ser do campo da Enfermagem e de fora dela. Podemos dizer que se trata da expressão do método clínico na nossa profissão”. Isso justifica a utilização de um modelo empírico não desenvolvido por enfermeiras, como é o caso da opção teórica do Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade proposto por Harvey Max Chochinov, médico canadense que tem desenvolvido pesquisas com foco nos cuidados paliativos e que atende o processo clínico de enfermagem na assistência a pessoa em cuidados paliativos.

O Processo de Enfermagem deve ser desenvolvido pela enfermeira, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorra o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009). Numa abordagem didática, o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença (COFEN, 2009).

No contexto dos cuidados paliativos, além da entrevista e o exame físico, outra ferramenta utilizada e apropriada para a coleta de dados é o Genograma, uma ferramenta de avaliação familiar. Basicamente o Genograma é uma representação gráfica de uma família de pelo menos três gerações, com informações sobre os seus membros e eventos de suas vidas, bem como as relações entre eles (CRUZ et al. 2012). Nessa primeira etapa, faz-se necessário um resgate da história de vida da pessoa e sua família, conhecer como se passou e quais as suas preocupações relacionadas com a doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa,

família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (COFEN, 2009).

É ainda considerada como uma etapa recente. Como fase do processo de enfermagem, o diagnóstico ficou por muito tempo sem destaque, sendo interpretado como parte da coleta de dados. Só na década de 1970 que surge como uma etapa do processo de enfermagem, o que historicamente é definida como a segunda geração do processo de enfermagem. “A visão do processo de enfermagem em fases é, apesar de frágil, útil para analisar e aprofundar a compreensão das habilidades envolvidas na prática clínica” (CRUZ, 2010, p. 112).

Inclusive há autores que apontam críticas em relação à etapa de diagnóstico de enfermagem, ao questionar o fato de, por se tratar de uma linguagem padronizada, poder trazer uma visão reducionista e contrária à perspectiva de integralidade da profissão (LEAL, 2006). Collière (2003), ao fazer uma crítica mais contundente a esta etapa do Processo de Enfermagem, aponta para a seguinte provocação:

Esses procedimentos [processos de enfermagem] ditam protocolos, enquanto que, à semelhança dos médicos, se desenha o ordenamento de uma tipologia, que visa estabelecer um ‘sistema de classificação de diagnóstico’. [...] Se este justificar as decisões dos cuidados a empreender, encontra toda a justificativa. Mas as definições e classificações de ‘diagnóstico de enfermagem’ apresentam-se mais como um meio de conquista para afirmar a autonomia da profissão [...] do que como uma possibilidade de desenvolver a capacidade de elaborar um diagnóstico de cuidados. (COLLIÈRE, 2003, 10)

Isso nos leva a refletir acerca da real utilização e contribuição dos diagnósticos de enfermagem para o desenvolvimento das práticas de cuidar, o que não justifica uma linguagem única a atender as decisões de cuidados a serem empreendidos pela equipe de enfermagem, mas uma linguagem que possa refletir as diversidades culturais e individuais de cada pessoa a ser cuidada conforme proposto pelo Conselho Internacional de Enfermeiros.

De acordo com o CIE, o termo diagnóstico de enfermagem como categoria nominal refere-se a uma denominação estabelecida frente as necessidades/respostas humanas, podendo expressar situações de bem-estar, positivas ou negativas, de processos vitais e/ou de desvios do que é desejável. Representa os focos de atenção clínica de interesse particular da Enfermagem (ICN, 2003; 2007; 2011a; CRUZ, 2010).

Um **diagnóstico de enfermagem**, na definição apresentada pelo CIE resulta num título atribuído por um enfermeiro diante do processo de tomada de decisão acerca da pessoa, família ou comunidade, mediante uma avaliação criteriosa. E, o **resultado de enfermagem** é definido como sendo a medida ou estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos temporais após a realização de uma intervenção. Enfim, é o resultado presumido das intervenções

de enfermagem medidas ao longo do tempo enquanto mudanças efetuadas nos diagnósticos de enfermagem (ICN, 2003; 2007; 2011a).

Para melhor exemplificar a dinamicidade dos resultados em resposta às intervenções de enfermagem, apresenta-se na **figura 4** uma representação esquemática divulgada pelo CIE (ICN, 2003, p. xviii).

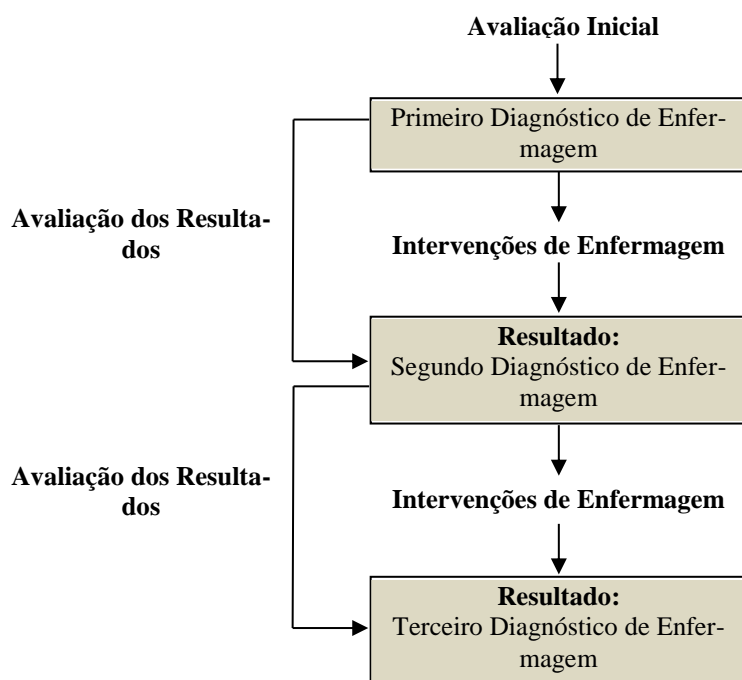


Figura 4: Dinâmica dos resultados de enfermagem em resposta às intervenções de enfermagem.

Um enunciado de diagnóstico/resultado de enfermagem, deve ser estruturado de modo a contemplar um termo do eixo do foco, um termo do eixo do julgamento e de acordo com a necessidade, podem incluir termos adicionais, dos eixos do foco, julgamento ou de outros eixos (ICN 2001).

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem (COFEN, 2009).

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. Na prática, essa etapa e a anterior exigem-se uma maior interligação para o seu desenvolvimento. Para o planejamento e implementação das intervenções de enfermagem, a interação enfermeiro/pessoa em cuidados paliativos/família constitui-se como fundamental no planejamento dos cuidados de enfermagem (COFEN, 2009).

De acordo com a definição apresentada pelo CIE, as **intervenções de enfermagem** passam a representar as ações de enfermagem – os cuidados prestados pela equipe de enfermagem. É uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a originar um resultado de enfermagem (ICN, 2003; 2007; 2011a).

Quando da publicação das versões α e β da CIPE[®], o conceito de intervenção de enfermagem era definido como “ações realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem” (ICN, 2003, p. xix). Em suas versões mais recentes, foi introduzido o conceito ação de enfermagem, em substituição à intervenção de enfermagem, entendendo que o conceito intervenção de enfermagem se referia a um nível mais concreto de ação, já a ação de enfermagem corresponde a comportamentos desempenhados pela equipe de enfermagem durante a realização das práticas de cuidar (ICN, 2003; 2007; GUTIÉRREZ; SOUZA; MICHEL, 2010).

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do processo de enfermagem. A avaliação deverá ser dinâmica e direcionada ao planejamento da assistência de enfermagem, tomando por base os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, se alcançou ou não os resultados esperados no cuidado com o idoso (COFEN, 2009).

6.3 Terminologias em Enfermagem

Numa acepção técnica científica, a terminologia é definida por Cabré (1995) como o conjunto de unidades que expressam e comunicam um pensamento especializado. De modo que, segunda a autora, o que torna uma terminologia relevante é a possibilidade na troca de informações a partir do uso de termos especializados, proporcionando um processo de comunicação mais efetivo.

O vocábulo terminologia é empregado em distintas disciplinas, inclusive na Enfermagem nos últimos anos. Malucelli e colaboradoras (2010) afirmam que apesar da vasta utilização da expressão por muitas disciplinas, ainda não há um consenso acerca de seu significado. Desse modo, uma definição adotada nos estudos (DIAS, 2000; MALUCELLI et al. 2010) é a da Organização Internacional de Normalização (International Organization for Standardization - ISO), considerando terminologia como:

Qualquer atividade relacionada com a sistematização e representação de conceitos ou apresentação de termos baseados em princípios e métodos estabelecidos e ainda como um conjunto de termos que constituem um sistema de conceitos de uma determinada área. (DIAS, 2000, p. 90; MALUCELLI et al. 2010, p. 145)

Logo, para o desenvolvimento de uma terminologia pressupõe-se a utilização de uma pesquisa a partir de um método que possa apresentar fidedignidade e confiabilidade nos resultados apresentados.

Quando se trata de terminologia na Enfermagem, já existe uma norma que orienta o delineamento metodológico para o desenvolvimento de terminologias, qual seja: a Norma ISO 18104:2003 (International Organization for Standard) da Organização Internacional de Padronização, uma federação mundial de normalização que conta com a participação de representantes de diversos países, composta de diversos comitês que trabalham com o objetivo de elaborar normas internacionais. A ISO 18104 foi desenvolvida pelo Comitê Técnico ISO/TC215 que atende as demandas da Informática em Saúde (ISO, 2003; MARIN, 2009; CUBAS et al. 2010) e recentemente foi atualizada recebendo a denominação de Norma ISO 18104:2014 (ISO, 2014).

O propósito da ISO 18104:2014 como Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem é amoldar as distintas terminologias e classificações atualmente usadas pelos enfermeiros quando da documentação do processo de cuidar (ISO, 2014). Segundo Marin (2009) a utilização de uma terminologia de referência com representação de conceitos, visa facilitar o mapeamento dos termos de Enfermagem com outras terminologias da área da saúde, possibilitando a integração dos sistemas de informação.

Na Enfermagem, mesmo que de modo incipiente, como tentativa de definir termos que descrevam a prática dos profissionais de enfermagem, desde o início do século XX, já há relatos de enfermeiras que desenvolviam estudos com classificações de termos, a exemplo de Faye Abdellah que na década de 1950 desenvolveu, nos Estados Unidos, com foco no ensino, a Classificação dos 21 problemas de Abdellah, descrevendo os objetivos terapêuticos da Enfermagem e seu desenvolvimento com fulcro nas necessidades da pessoa.

Outra tentativa de concepção de uma classificação se deu com a lista das 14 necessidades humanas básicas propostas por Virgínia Henderson em 1966, com o objetivo de descrever os cuidados de que qualquer pessoa necessita. “As primeiras motivações para o desenvolvimento das terminologias de enfermagem foram a identificação, a nomeação e a classificação dos maiores conceitos de domínio da disciplina” (MALUCELLI et al., 2010, p. 152).

6.4 Sistemas de Classificação em Enfermagem

A Enfermagem dispõe de vários sistemas de classificação, cujo desenvolvimento está relacionado a alguma fase do processo de enfermagem. Esses sistemas de classificação têm contribuído na promoção da autonomia do enfermeiro no julgamento das necessidades de cuidado do cliente, facilitando o uso dos conhecimentos específicos da Enfermagem e possibilitando a realização de estudos sobre a qualidade do cuidado de enfermagem, confirmando a necessidade de uma classificação da prática que proporcione uma nomenclatura a ser usada, para descrever e organizar os dados mínimos de enfermagem (NÓBREGA, 2002; NÓBREGA; SILVA, 2009). Dentre as diversas classificações de enfermagem, as mais conhecidas e utilizadas são: *NANDA International* (NANDA-I), *Nursing Interventions Classification* (NIC), *Nursing Outcomes Classification* (NOC), Classificação de Cuidados Clínicos (CCC), Sistema Comunitário de Saúde de Omaha, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) (NÓBREGA; SILVA, 2009).

Dentre os sistemas de classificação, destaca-se a CIPE[®], desenvolvida pelo *International Council of Nurses* (Conselho Internacional de Enfermeiros – CIE) e reconhecida pela OMS como uma classificação relacionada à Família de Classificações. Configura-se como um sistema de classificação desenvolvido, para tentar suprir a necessidade de uma linguagem universal dentro da Enfermagem (ICN, 2007).

Os propósitos definidos pelo CIE – organismo que representa a Enfermagem mundialmente junto à OMS para uma classificação de enfermagem sintetizam os diversos sistemas de classificação existentes. O propósito mais abrangente para as classificações de enfermagem é o de estabelecer uma linguagem comum para descrever o cuidado em enfermagem para com a pessoa, família e comunidade em diferentes locais, de forma a permitir comparações espaciais e temporais (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000; NÓBREGA, 2002; ICN, 2007; 2008; NÓBREGA; SILVA, 2009; ICN, 2011a).

A CIPE[®] consiste em um instrumento de informação que descreve e proporciona dados relacionados à representação da prática de enfermagem. Consolida-se no âmbito mundial como um sistema unificado da linguagem de enfermagem, capaz de comunicar e comparar dados da Enfermagem entre diversos contextos, países e idiomas. Contém termos distribuídos em seus eixos para a composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, conforme a área de atuação do enfermeiro (ICN, 2007; ICN, 2011a).

Configura-se em um instrumento de informação com os objetivos de estabelecer uma linguagem comum para a prática de enfermagem mundialmente; representar os conceitos usa-

dos na prática; descrever os cuidados de enfermagem prestados às pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) no âmbito mundial; possibilitar a comparação de dados de enfermagem entre populações de clientes, em ambientes, áreas geográficas e tempos diversos; estimular a pesquisa por meio da vinculação de dados disponíveis em sistemas de informação de enfermagem e de saúde; propiciar dados sobre a prática, de modo a influenciar a educação na Enfermagem e as políticas de saúde; projetar tendências sobre as necessidades dos pacientes, a provisão de tratamentos de enfermagem, utilização de recursos e resultados do cuidado de enfermagem (ICN, 2007; ICN, 2011a).

Representa um marco unificador de todos os sistemas de classificação disponíveis no âmbito mundial. Como uma terminologia padronizada que pode gerar dados válidos e confiáveis sobre o trabalho da equipe de enfermagem. Enquanto uma estrutura unificada pode também mapear outras terminologias para expandir o conjunto de dados para a recuperação e análise. Então, resultados do cuidado ao cliente podem ser examinados em relação aos diagnósticos e intervenções de enfermagem, de tal modo que os enfermeiros façam a diferença e que esta possa ser avaliada e comparada mundialmente nos aspectos do cuidado (ICN, 2007; 2011a).

O desenvolvimento da CIPE[®] é um processo dinâmico e mutável. Enfermeiros em todo mundo estão constantemente avaliando a CIPE[®], realizando revisão e validação dos termos, para desse modo reduzir as ambiguidades e redundâncias, tornando-a cada vez mais dinâmica e relevante. O esforço desse aperfeiçoamento tem resultado em sete versões: CIPE[®] Versão Alfa, lançada em 1996, Versão Beta, divulgada em 1999 durante as comemorações do centenário do CIE; a CIPE[®] Versão Beta 2, publicada em 2001; a CIPE[®] Versão 1.0, em 2005; a CIPE[®] Versão 1.1, disponibilizada na internet em 2008; a CIPE[®] Versão 2.0 em 2009, a CIPE[®] 2011 em maio de 2011 e a CIPE[®] 2013 em junho de 2014, valendo ressaltar que estas duas últimas foram disponibilizadas exclusivamente na internet (ICN, 2007; ICN, 2011a; 2011b; 2011c; 2013).

6.5 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE[®]

Os sistemas de classificação da prática de enfermagem surgiram nos anos de 1950, quando modelos conceituais de enfermagem passaram a ser desenvolvidos, numa tentativa de identificar os conceitos próprios da profissão. Mais tarde, na década de 1970, surge o Processo de Enfermagem como um modelo operacional para a assistência, favorecendo o desenvolvimento de conceitos e sistemas de classificação (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Os sistemas de classificação existentes na época contribuíram para proporcionar autonomia ao enfermeiro no julgamento sobre os cuidados prestados, aprimoraram a construção e utilização do corpo próprio de conhecimento da Enfermagem e estimularam os estudos relacionados à qualidade do cuidado. Estes fatores abalizaram o imperativo de sistemas de classificação da prática profissional que sumarizassem e descrevessem os dados mínimos para a prática de enfermagem (CUBAS *et al.*, 2010).

Em 1989, foi apresentada ao Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), durante as atividades do Congresso Quadrienal realizado em Seul, Coréia, a necessidade de desenvolvimento de um sistema classificatório internacional. Como resposta, o CIE iniciou, em 1991, o projeto da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE[®] (GARCIA; EGRY *et al.*, 2010).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) é uma terminologia combinatória para a prática de enfermagem, para facilitar o mapeamento cruzado de termos locais, classificações e vocabulários existentes. A CIPE[®] Versão 1.0 apresenta uma estrutura de classificação compreendida por sete eixos, denominada de Modelo de Sete Eixos, que deve facilitar ao usuário o acesso às definições e conceitos da CIPE[®], por meio dos quais se poderão construir os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (ICN, 2007).

As linhas de orientação da CIPE[®] para elaboração de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem baseia-se na norma 18104:2014 da Organização Internacional de Normalização (*International Organization of Standardization* - ISO) (ISO, 2014). Esta norma internacional tem sua relevância por garantir o uso e articulação da terminologia de enfermagem com outros membros da equipe de saúde nos registros realizados no prontuário do paciente (ICN, 2007; 2008).

Como afirmado anteriormente, desde sua concepção até o presente momento, oito versões da CIPE[®] foram publicadas pelo CIE: em 1996 o CIE publicou a CIPE[®] Versão Alfa: um Marco Unificado, composto pelas Classificações de Fenômenos e Intervenções de Enfermagem. Em 1999, uma segunda versão foi publicada, denominada de CIPE[®] Versão Beta. Uma revisão e a avaliação resultaram na publicação da CIPE[®] Versão Beta 2, em 2001. Em maio de 2005, no 23º Congresso Quadrienal do CIE que aconteceu em Taipei - Taiwan, o CIE apresentou a CIPE[®] Versão 1.0, apresentando novos termos e mudanças nos seus eixos, consistindo apenas numa única estrutura de classificação simplificada e organizada em apenas sete eixos: Foco, Julgamento, Meios, Ação, Tempo, Localização, Cliente. Nessa versão, a CIPE[®] passa a ser definida como um sistema unificado da linguagem de enfermagem, consi-

derada uma terminologia combinatória para as práticas do cuidado que facilita o mapeamento cruzado de termos locais, de vocabulários e classificações existentes (ICN, 2007; NÓBREGA *et al.*, 2008).

Em 2008, o CIE publicou a versão 1.1, valendo ressaltar que essa edição está disponibilizada unicamente via WEB e não possui tradução para o idioma português. Em 2009, foi lançada a versão 2.0, a última que foi editada em forma de livro. A partir de então, as demais edições passaram a ser disponibilizadas em vários idiomas, no formato *pdf* no site do CIE. A CIPE[®] versão 2.0 inclui mais de 2.800 conceitos, abrangendo domínios de todas as especialidades da Enfermagem, mantendo uma representação multiaxial (7 eixos), para organização dos conceitos de domínio da Enfermagem e passou a se caracterizar, além de combinatória, como uma terminologia enumerativa (CUBAS *et al.*, 2010; COENEN; KIM, 2012; GARCIA; NÓBREGA, 2013).

Em 2011, foi publicada a CIPE[®] Versão 3 e a mais recente publicação foi a Versão 2013, a qual contempla um total de 3.894 conceitos, dos quais 1.592 são conceitos pré-coordenados e 2.302 são conceitos primitivos, distribuídos nos eixos do Modelo de Sete Eixos. As traduções para o português do Brasil são realizadas por pesquisadoras do Centro CIPE[®] Brasil e disponibilizada em versão eletrônica na página do CIE (GARCIA; NÓBREGA, 2013; NOGUEIRA, 2014).

A CIPE[®] é considerada como um sistema de linguagem unificado da Enfermagem, com uma terminologia funcional para sua prática. Um de seus objetivos é homogeneizar vocabulários locais com terminologias existentes mundialmente, como parte de uma infraestrutura de informação da Enfermagem, para aprimorar a assistência à saúde da população. De acordo com o CIE, a CIPE[®] contém termos para composição de diagnósticos, intervenções e resultados, que descrevem a prática de enfermagem além de enunciados pré-combinados para diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem (ICN, 2007; GARCIA; NÓBREGA, 2013).

As definições dos sete eixos (**Figura 5**), segundo o CIE, representam as ações e focos de atenção da enfermagem (ICN, 2003; 2007; 2011a). Os sete eixos são assim definidos:

Foco: a área de atenção que é relevante para a Enfermagem. **Julgamento:** opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem. **Cliente:** sujeito a que o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção. **Ação:** um processo intencional aplicado a um cliente. **Meios:** uma maneira ou um método de desempenhar uma intervenção de enfermagem. **Localização:** orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenções. **Tempo:** o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (ICN, 2011a, p. 18).

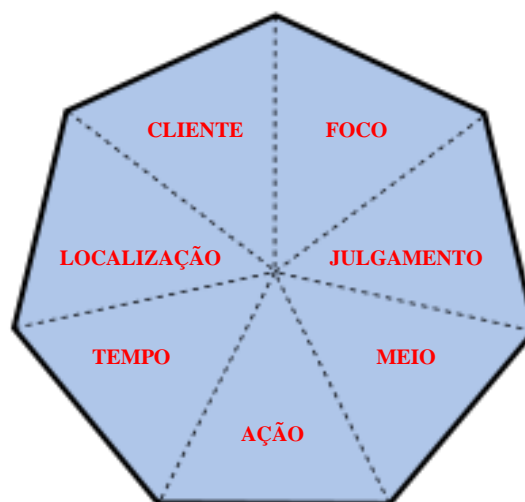


Figura 5: Modelo de sete eixos da CIPE® (ICN, 2011).

Para enunciar um diagnóstico ou resultado de enfermagem, é necessário incluir um termo do eixo foco e outro do eixo julgamento. O uso dos demais eixos é facultativo. Já para o enunciado de intervenções de enfermagem tem que ser incluído um termo do eixo da ação e pelo menos um termo alvo, que pode ser de qualquer eixo, com exceção do julgamento. A inclusão de termos adicionais fica a cargo da escolha do enfermeiro (ICN, 2003; 2007; 2011a).

6.5.1 Subconjuntos Terminológicos da CIPE®

Subconjuntos terminológicos consistem em agrupamentos de conceitos clinicamente relevantes de diagnósticos/resultados e intervenções de Enfermagem selecionados especificamente para um grupo de clientes e/ou prioridades de saúde que possam subsidiar a prática clínica e o processo de tomada de decisão do enfermeiro no uso de uma linguagem unificada e acessível aos enfermeiros de todos os países, conforme recomenda o CIE (COENEN; KIM, 2010).

Vale ressaltar que os subconjuntos terminológicos não substituem o julgamento clínico do enfermeiro, todavia, é um valioso instrumento para a documentação de etapas do Processo de Enfermagem. O próprio CIE, no guia de orientações para a elaboração de subconjuntos terminológicos com base na CIPE®, já faz essa ressalva:

Os subconjuntos terminológicos não substituem o julgamento clínico do profissional enfermeiro. O parecer clínico e a tomada de decisão do enfermeiro serão sempre essenciais para a prestação de cuidados individualizados a pessoa e respectiva família. Estes não podem ser substituídos por qualquer instrumento. Mais exatamente, os en-

fermeiros podem utilizar um ou mais subconjuntos terminológicos como instrumentos na documentação da sua prática (ICN, 2008, p. 08.).

E, para o desenvolvimento desses subconjuntos terminológicos, faz-se necessário o incremento de pesquisas com terminologias que incluem desde a validação de conceitos, a análise ontológica¹⁶ e a aplicação em ambientes práticos – validação clínica (ICN, 2008; 2011a). Para tanto, é importante a colaboração de enfermeiros peritos no domínio da terminologia CIPE[®], a fim de validar a alocação do conteúdo terminológico segundo o Modelo de Sete Eixos (CLARES *et al.* 2013).

O desenvolvimento de pesquisa para a construção de subconjuntos terminológicos CIPE[®] vem preencher uma necessidade de subsidiar sistemas de informação de saúde, com a possibilidade da elaboração de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem adequados as áreas específicas da prática profissional. Enfim, os subconjuntos possibilitam aos enfermeiros integrar mais facilmente a CIPE[®] em diversos contextos do cotidiano de sua prática, constituindo uma referência de fácil acesso para esses profissionais em seus campos de atuação (CLARES *et al.* 2013; FURTADO; TORRES; NÓBREGA, 2013).

Quanto a sua estrutura, os subconjuntos terminológicos CIPE[®] podem incluir tanto uma clientela específica quanto uma prioridade de saúde. Como cliente, entende-se o sujeito (pessoa, família ou comunidade) a que um diagnóstico se refere e que é receptor de uma intervenção de enfermagem.

As prioridades de saúde podem ser contempladas em três áreas: condições de saúde, como por exemplo, processo de morrer/terminalidade, diabetes, saúde mental, DCNT, depressão; especialidades ou contextos de cuidados à saúde como, enfermagem em cuidados paliativos, em gerontologia, em oncologia e, fenômenos ou focos de atenção da Enfermagem como a dor, o autocuidado, adesão ao tratamento por exemplo (CIE, 2011a; ICN, 2008a).

O processo de desenvolvimento de subconjuntos terminológicos no âmbito mundial tem crescido a cada dia. Nogueira (2014) apresenta em seu estudo uma descrição dos principais subconjuntos terminológicos publicados pelo CIE a partir de estudos desenvolvidos na Etiópia, Índia, Quênia e EUA (Catálogo CIPE[®] Cuidados paliativos para uma morte digna); no Canadá (Catálogo CIPE[®] de Indicadores de Resultados de Enfermagem); na Escócia (Catálogo CIPE[®] para Enfermagem Comunitária); e nos EUA (Catálogo CIPE[®] para Dor Pediátrica, Catálogo CIPE[®] Cuidados de enfermagem para crianças com HIV e AIDS).

¹⁶ A ontologia é “uma especificação formal e explícita de uma conceitualização compartilhada. Especificação formal refere-se ao fato de que os conceitos devem ser representados de modo processável por computadores; especificação explícita, a uma definição prévia dos conceitos a serem utilizados e das restrições a serem aplicadas; conceitualização é um fenômeno abstraído do mundo real, de forma a identificar seus conceitos relevantes, e compartilhar significa um conhecimento consensual, aceito por um grupo”. (BORST, 1997, p. 11-2)

Garcia e Nóbrega (2013) citam doze subconjuntos terminológicos em fase de desenvolvimento em nível mundial e os subconjuntos terminológicos desenvolvidos no Programa de Pós-Graduação da UFPB onde está alocado o Centro CIPE[®] Brasil a saber: Catálogo CIPE[®] para pessoas com Insuficiência Cardíaca Congestiva; Catálogo CIPE[®] para pessoas com Dor Oncológica; Subconjunto Terminológico CIPE[®] para Pessoas Idosas; Subconjunto Terminológico CIPE[®] para Pessoas Hipertensas acompanhadas na Atenção Básica e, Subconjunto Terminológico CIPE[®] para Pessoas submetidas a Prostatectomia.

Os trabalhos de pesquisas desenvolvidos Programa de Pós-Graduação da UFPB seguiram os passos metodológicos recomendados pelo CIE bem como utilizaram outras estratégias para o aprimoramento dos subconjuntos terminológicos, como as citadas por Garcia e Nóbrega (2013):

transcrição dos registros da prática feita pelos membros da equipe de enfermagem em prontuários clínicos; extração de termos da prática de enfermagem que podem ser utilizados para construir enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem; mapeamento cruzado dos termos extraídos com os termos da CIPE[®], para identificação de termos constantes e não constantes nos eixos dessa classificação; construção de definições teóricas para os termos não constantes na CIPE[®]; e confirmação, por grupos de peritos, do significado e da utilização na prática dos termos constantes e não constantes na CIPE[®], entre outras (GARCIA; NÓBREGA, 2013, p. 147).

Essas estratégias tem favorecido e contribuído com o aprimoramento das pesquisa para desenvolvimento de Subconjuntos Terminológicos CIPE[®], a exemplo da presente tese que utilizou a extração de termos das falas de profissionais da equipe de enfermagem que atuam num hospital especializado em oncologia sobre o significado simbólico do cuidar/cuidado para uma boa morte.

Além dessas estratégias, o próprio CIE apresenta orientações para o desenvolvido e construção de catálogos, ao publicar o Guia para Desenvolvimento de Catálogos CIPE[®] apresentando uma exemplificação da estrutura dos catálogos e esclarecendo que estes devem ser direcionados a uma clientela específica (pessoa, família ou comunidade) e/ou prioridades de cuidados à saúde (fenômenos de enfermagem, áreas de especialidade ou condições de saúde) (ICN, 2008).

Para melhor direcionar o desenvolvimento dos catálogos CIPE[®], o CIE definiu dez passos a serem seguidos pelos pesquisadores, conforme se apresenta a seguir:

Etapa 1: identificar a clientela e/ou prioridade de cuidados à saúde a qual o catálogo se destina.

Etapa 2: fundamentar a significância para a Enfermagem.

Etapa 3: contatar o CIE para determinar se outros grupos estão trabalhando com a clientela e prioridade de cuidados à saúde, a fim de estabelecer relação entre si.

Etapa 4: para o desenvolvimento dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem deve ser utilizado o Modelo de 7-Eixos da CIPE[®], juntamente com as orientações para a composição dos enunciados - Norma ISO 18.104:2014.

A Norma ISO 18.104:2014 é tida como modelo integrador de terminologias, possibilitando o desenvolvimento do conhecimento na Enfermagem. Uma norma que tem se mostrado efetiva para a composição de terminologias de referência e como método padrão para a sua interoperabilidade e reuso, conforme apresentada nas **figuras 6 e 7** (MARIN; PERES; SASSO, 2013).

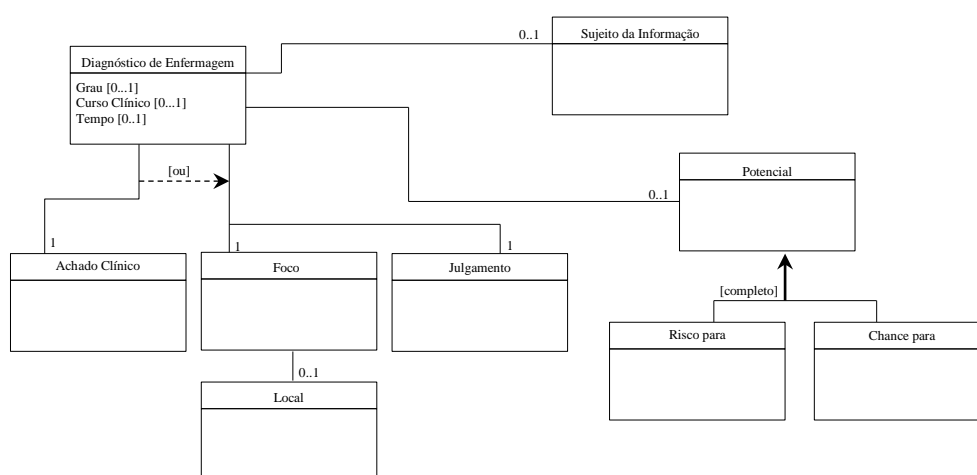


Figura 6: Estrutura Categorial para Diagnóstico de Enfermagem. Fonte: Adaptada da ISO 18104:2014, apud MARIN; PERES; SASSO, 2013, p. 301).

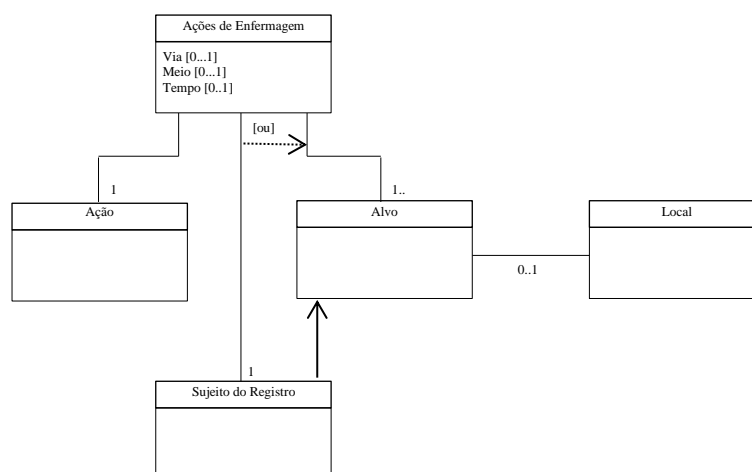


Figura 7: Estrutura Categorial para Ações de Enfermagem. Fonte: Adaptada da ISO 18104:2014, apud MARIN; PERES; SASSO, 2013, p. 302).

Etapa 5: identificar na literatura evidências que contribuam para a construção dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem.

Etapa 6: desenvolver aplicações de suporte e ferramentas para documentação dos cuidados prestados e a utilização do subconjunto terminológico.

Etapa 7: validar os enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem com enfermeiros especialistas.

Etapa 8: adicionar, excluir ou revisar os enunciados de catálogo CIPE® quando existente e houver necessidade.

Etapa 9: colaborar com o CIE na preparação da versão final do catálogo CIPE® após sua apresentação, avaliação e codificação.

Etapa 10: contribuir com o CIE para a divulgação do catálogo CIPE®.

Vale mencionar que Coenen e Kim (2010), numa publicação sobre o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos usando a CIPE®, apresentaram o Método do Ciclo de Vida Terminológico da CIPE® conforme apresentado na figura 9, concebido em seis etapas: identificar a clientela e/ou prioridades de cuidados à saúde; coletar termos e conceitos relevantes para uma dada prioridade; mapear os conceitos identificados tendo por base a terminologia CIPE®; modelar novos conceitos; finalizar o catálogo e por último divulgá-lo. Método no qual pôde ser observada uma síntese das etapas apresentadas com base no Guia para Desenvolvimento de Catálogos CIPE® (ICN, 2008). Inclusive as autoras orientam que sejam seguidas as etapas descritas no Guia para Desenvolvimento de Catálogos CIPE® (COENEN; KIM, 2010).

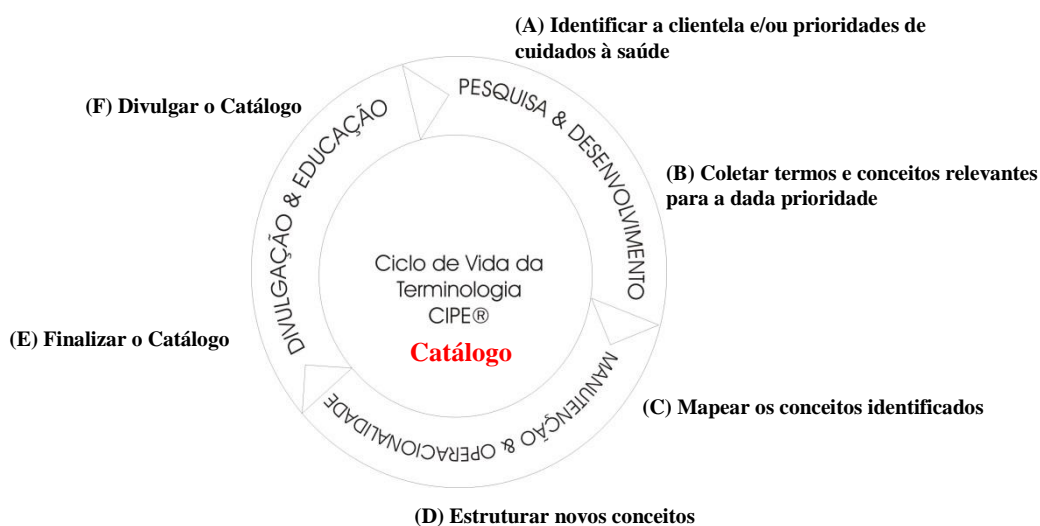


Figura 8: Relação entre o ciclo de vida terminológico da CIPE® e o desenvolvimento de catálogos/subconjuntos terminológicos (COENEN; KIM, 2010).

Conforme apresentado na figura acima, o Ciclo de Vida Terminológico da CIPE[®] inclui três principais componentes: **pesquisa e desenvolvimento; manutenção e operacionalidade; divulgação e educação** (COENEN; KIM, 2010). A **pesquisa e desenvolvimento** procura validar os conceitos terminológicos, realizar análise semântica e aplicação na prática em busca de melhorias na qualidade, de acordo com cada cenário e cultura. Esse componente é parte dos objetivos do estudo e foi desenvolvido na primeira etapa do presente estudo. A **manutenção e operacionalidade** buscam implementar e validar os conceitos, o que também está contemplado nos objetivos desta pesquisa, e foi desenvolvido através da validação de conteúdo. E por fim, a **divulgação e educação**, será o compromisso do pesquisador em dar continuidade com a contribuição do estudo para a comunidade de Enfermagem, no momento em que serão apresentados os termos não constantes no Catálogo CIPE[®] de Cuidados paliativos para uma morte digna, pretendendo que sejam apreciados e possivelmente incluídos numa próxima revisão.

7 Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade

Nas últimas décadas, temos assistido ao aumento gradual da prevalência de algumas doenças crônicas, muitas delas associadas ou não ao envelhecimento populacional. Os avanços tecnológicos, em especial para o tratamento do câncer, têm permitido um aumento significativo na sobrevivência e qualidade de vida das pessoas, contudo, muitas pessoas ainda morrem sem o mínimo de cuidado e dignidade peculiar à espécie humana.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam a maior carga de morbimortalidade no Brasil (doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica). Dentre as diretrizes estabelecida pela OMS para o tratamento das enfermidade oncológicas, responsáveis por diversos tipos câncer, estão a **prevenção**, o **diagnóstico**, o **tratamento** e atualmente foi incluído também **os cuidados paliativos** como a quarta diretriz (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS 2439/2005, estabeleceu a Política Nacional de Atenção Oncológica, incluindo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Assim, os serviços de alta complexidade em oncologia deverão garantir também atenção integral aos pacientes fora de possibilidades de cura, seja através de estrutura ambulatorial, hospitalar ou domiciliar (BRASIL, 2013).

Diante dessa breve explanação acerca do perfil epidemiológico das DCNT, vale destacar a necessidade de se dar atenção a uma abordagem das pessoas com doença fora de possibilidade de cura e sua família, quanto às questões acerca da esperança/desesperança destes pacientes diante de uma doença ameaçadora da vida, de modo a possibilitar um olhar para a qualidade e dignidade nesses últimos dias de vida.

Estudos (CHOCHINOV, 2004) com médicos paliativistas identificaram uma ligação entre o desejo de morrer e a perda da dignidade no final da vida, evidenciando que a perda da dignidade é um dos motivos mais citados pelas pessoas com doenças avançadas e fora de possibilidade de cura, ao procurarem e receberem assistência à saúde.

No contexto dos cuidados paliativos, a preservação da dignidade é uma meta específica, logo, deve-se buscar compreender o sentido da dignidade dessas pessoas que se encontram com uma doença avançada e fora de possibilidade de cura. A dignidade é variavelmente descrita como o “apoio à vida ativa e a autonomia da pessoa”, a “satisfação da pessoa e sua famí-

lia”, “a preservação da qualidade de vida”, “bem-estar psicológico e fisiológico”, “autocontrole” e “fortalecimento dos relacionamentos” (CHOCHINOV, 2002, p. 2254).

A partir de seus estudos, Chochinov (2002; 2012) construiu um Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade o qual considera três grandes áreas de influência sobre as percepções individuais acerca da dignidade: **preocupações relacionadas com a doença**, aquelas situações que resultam diretamente da doença; o **repertório de conservação da dignidade**, representado pelas influências relacionadas com os recursos psicológicos e espirituais do paciente e o **inventário de dignidade social**, caracterizado pelas influências ambientais que podem afetar a dignidade. O que também foi evidenciado por Baillie (2009) em seus estudos ao identificar e descrever os fatores relacionados ao comportamento da equipe, os fatores da pessoa e do ambiente hospitalar que ameaçam ou promovem a dignidade da pessoa em situação de adoecimento.

O Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade proposto por Chochinov (2002; 2012) é resultado de um estudo empírico que teve como participantes, pacientes com diagnóstico de câncer que estavam morrendo, contudo, segundo o autor, tem uma validação também diante de pacientes com outras doenças específicas ou populações especiais para confirmar a sua generalização. O estudo foi realizado com pacientes canadenses e o pesquisador sugere que seja avaliado em outras culturas, para determinar se os componentes, tais como a autonomia, estão tão presentes entre as pessoas de outras culturas.

Depreende-se que o conceito de dignidade é concebido como uma visibilidade nos cuidados no fim da vida. A maioria dos profissionais de saúde que prestam cuidados paliativos concorda que a dignidade é a pedra angular de sua abordagem filosófica para os pacientes em cuidados paliativos e seus familiares (CHOCHINOV, 2002; 2012; BAILLIE, 2009). No entanto, Chochinov (2002) afirma que enquanto os pacientes morrem por falta de um cuidado direcionado a sua dignidade, a literatura médica é relativamente silenciosa sobre como os pacientes que estão morrendo experimentam ou compreendem a noção de dignidade.

Em seus estudos, Chochinov (2002; 2012) define a dignidade como um constructo complexo e contextualizado e, entendê-la requer mais do que simplesmente documentar sua relação com várias questões dos cuidados no fim da vida. Embora sabendo que essas conexões sejam importantes e interessantes, este conhecimento está aquém de realmente descrever o que é dignidade. Dizer que a dignidade se correlaciona com a qualidade de vida ainda está aquém de defini-la.

Na figura a seguir (**figura 9**), apresentam-se as principais categorias e subcategorias do Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade proposto por Chochinov (2002; 2012).

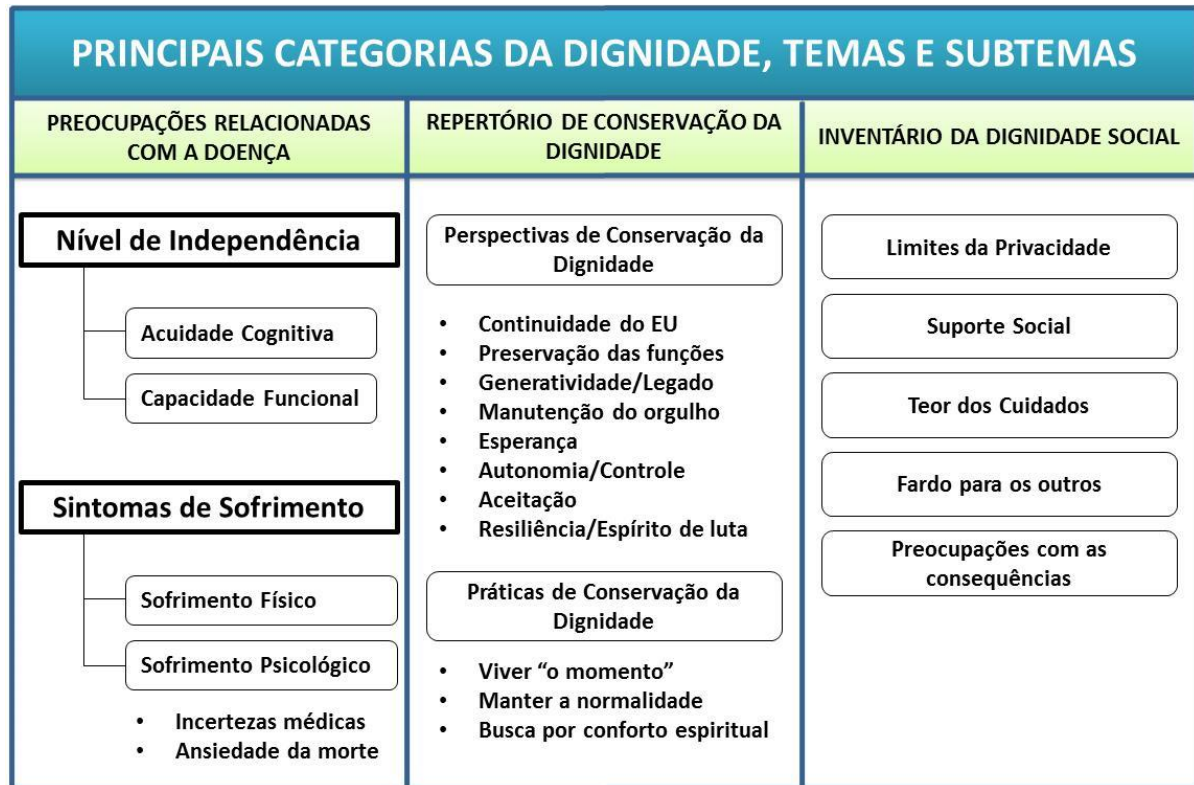


Figura 9: Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade. Fonte: CHOCHINOV, 2012, p. 09.

Em seus estudos Chochinov (2002; 2012) realizou entrevistas com um grupo de 50 pessoas em processo de morrer e morte. Em vez de simplesmente avaliar o sentido da dignidade, o pesquisador pediu que essas pessoas explicassem seu entendimento acerca da dignidade, utilizando os seguintes questionamentos: “O que significa dignidade, nesta fase da sua vida? Você pode relatar casos em que a sua dignidade foi prejudicada? Você consegue se lembrar de situações em que se sentiu com a sua dignidade particularmente preservada? Qual a relação entre o sentido de sua dignidade e a essência de quem você é e até que ponto você experimenta a vida como uma vida que ainda vale a pena ser vivida?” (CHOCHINOV, 2012, p. 8). Emergindo desta investigação, a primeira versão do Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade sob a ótica das pessoas em processo de terminalidade.

Segundo Chochinov (2012), os modelos possibilitam a construção de roteiros e podem documentar um cenário complexo, como o é o cenário de cuidados à pessoa em processo de terminalidade. No modelo apresentado, o autor fornece uma visão geral de como a noção de dignidade relaciona-se com uma gama de questões consideradas importantes por pessoas que enfrentam desafios significativos para a saúde, com risco ou limitação da vida. O Modelo de

Cuidados para Preservação da Dignidade se aproxima das discussões acerca do cuidado integral peculiar ao cuidado profissional de enfermagem.

O modelo da dignidade, baseado nas falas dos pacientes, indica que existem três fontes primárias de influência que são motivo de preocupação para as pessoas em processo de morrer e diante da proximidade da morte, de modo que, a dignidade pode ser afetada por preocupações relacionadas com a doença - fatores que se relacionam mais diretamente com a doença em si, como respostas físicas e psicológicas. A dignidade também pode ser afetada pelo que foi classificado pelo autor como repertório de conservação da dignidade, considerando-se que este repertório descreve uma miríade de fatores psicológicos e espirituais que podem influenciar o sentido da dignidade de uma pessoa. Esses fatores são, muitas vezes, incorporados dentro da composição psicológica do paciente, dos antecedentes pessoais e das experiências de vida acumuladas e, finalmente, embora a dignidade possa sofrer influências internas, pode também sofrer influências externas, a partir do momento no qual os fatores do ambiente social passam a afetar a dignidade de uma pessoa, o que é definido pelo autor como o inventário da dignidade social (CHOCHINOV, 2002; 2012).

Enfim, o Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade coaduna com o conceito de dor total apresentado por Cicely Saunders, uma visão multidimensional, na qual o componente físico da dor pode se modificar sob a influência de fatores emocionais, espirituais e também sociais.

Com base nos estudos realizados por Chochinov (2002; 2004; 2005a; 2005b; 2006; 2007; 2012) apresenta-se, a seguir, descrição das categorias principais, temas e subtemas do Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade, desenvolvido pelo autor e que, conforme adotado como referencial teórico no Catálogo CIPE[®] cuidados paliativos para uma morte digna será utilizado também no Subconjunto Terminológico CIPE[®] cuidados paliativos para um morrer com dignidade, como resultado da presente tese.

7.1 Preocupações relacionadas com a doença

A categoria **preocupações relacionadas com a doença**, versa sobre a gestão das necessidades inerentes ao controle dos sintomas físicos e psicológicos, considerando-se que o controle da dor em qualquer momento, e especialmente nas condições de final de vida é fundamental para o sucesso da melhoria dos cuidados às pessoas que estão morrendo. Os sintomas de sofrimento físico e psicológico é uma preocupação central para muitos pacientes com câncer avançado ou outras DCNT ameaçadoras da vida, porque a dor está positivamente asso-

ciada à depressão, ansiedade, distúrbios do humor, e má adaptação psicológica (CHOCHINOV, 2002).

A partir da categoria maior - **preocupações relacionadas com a doença**, de acordo com o modelo proposto por Chochinov (2002; 2004; 2006; 2012) emergiram dois temas de relevância para a atenção à pessoa em cuidados paliativos, a saber: *nível de independência* e os *sintomas de sofrimento*. O tema **nível de independência** inclui dois subtemas: *acuidade cognitiva* e *capacidade funcional*. E, o nível **sintomas de sofrimento** mais dois subtemas: *sofrimento físico* e *sofrimento psicológico* que envolvem as incertezas diante do prognóstico da doença e os medos e ansiedade diante da proximidade da morte.

7.1.1 Nível de independência

A maneira como as pessoas pensam sobre si mesmas é complexo e baseiam-se, em parte, nas coisas que elas são capazes de fazer. Se se considerar as muitas atividades que ocupam um dia normal, é fácil observar como estas se fundem como o sentido do EU de cada pessoa. Entre quem somos e o que fazemos, as funções operacionais do dia a dia (limpar a casa, preparar uma refeição, lavar a roupa, cuidar dos filhos, passear com o cão, ir ao banco, pagar contas, dirigir um carro) há uma tênue relação, de modo que a perda da capacidade para realizar essas funções operacionais pode comprometer a dignidade das pessoas. Chochinov, (2006; 2012) evidenciou em seus estudos, que essas várias funções, isoladamente ou em conjunto, se confundem com o sentido do EU de cada pessoa e, aprofundou sua investigação por uma resposta à seguinte questão: até que ponto estas atividades ou funções definem quem somos, como os outros nos veem, e como vemos a nós mesmos? A partir dos resultados dos seus estudos, o autor fundamentou seu modelo.

O tema **nível de independência** se propõe a avaliar o grau em que uma pessoa é capaz de evitar a sensação de depender dos outros. Para alguns, aceitar ajuda é uma acomodação necessária e exigida, o que deixa o seu EU ileso, mas para outros, é um ataque esmagador e devastador sobre a sua dignidade (CHOCHINOV, 2006; 2012)

A *acuidade cognitiva* e a *capacidade funcional* são consideradas como subtemas relacionados ao nível de independência. O primeira trata da habilidade de manter os processos mentais ativos, sem o qual o exercício da autonomia torna-se mais difícil, haja vista que os momentos de delírio, fadiga, as primeiras alterações no sistema nervoso central podem repercutir com um profundo impacto sobre o nível de independência das pessoas. E, a *capacidade funcional*, por outro lado, refere-se à capacidade de realizar as atividades da vida diária, tais

como realizar compras, tomar banho, preparar as refeições, dentre outras. As dependências para o autocuidado, como comer, tomar banho e ir ao banheiro têm se mostrado particularmente desafiadoras para as pessoas que expressam preocupações relacionadas com a dignidade. É importante, contudo, notar que o significado que os pacientes atribuem a essas atividades, e as circunstâncias em que ocorrem, tem uma influência profunda sobre a forma como cada pessoa experimenta (CHOCHINOV, 2002; 2004; 2006; 2012).

7.1.2 Sintomas de sofrimento

Segundo Chochinov (2002, 2012), os **sintomas de sofrimento** denotam as experiências de dor ou desconforto relacionado com a progressão da doença, sendo uma característica marcante na vida de pessoas que estão morrendo. É, naturalmente, um desafio profundo para aqueles que estão doentes e diante da morte. O sofrimento acaba por desviar a atenção da pessoa em relação as sensações corporais dentre outros aspectos da vida. O subtema **sofrimento físico** traz evidências de um tipo de sofrimento que vem sempre acompanhado por uma gama de sentimentos e questionamentos, considerando-se que a experiência da dor física e seus componentes emocionais são indissociáveis. Já o **sofrimento psicológico** entrelaça-se com a história de vida de cada pessoa. A depressão, a ansiedade e o medo são formas de respostas às mudanças, reais ou potenciais, ao comportamento de saúde das pessoas.

O subtema **sofrimento psicológico** traz consigo dois tipos específicos de distúrbios psicológicos que se relacionam com as **incertezas médicas** que surgem a partir das informações sobre as opções de tratamento e a **ansiedade diante da morte** que tem relação com os desdobramentos progressivos da pessoa frente a uma condição de adoecimento, comprometendo a dignidade dos pacientes e de seus familiares por desconhecer suficientemente o que o futuro reserva (CHOCHINOV, 2002).

As **incertezas médicas** equivalem à falta de esclarecimentos acerca do processo de adoecimento, de modo que o curso da doença parece mais ameaçador e assustador, por muitas vezes, os pacientes temerem o que não conhecem. A confirmação, até mesmo de um diagnóstico sério, pode proporcionar conforto para alguém que vive com a dúvida, ao tentar interpretar o crescente desconforto ou aumentando sua dependência. O medo, baseado na ausência de informações sobre a doença, pode sugerir a transição entre a possibilidade de encontrar uma maneira de se defrontar com o que vem pela frente no decurso da doença, na elaboração de estratégias de enfrentamento, ou possibilitar a identificação de outras opções ainda viáveis. Por mais peculiar e trágico que pareça não saber quando e como a morte vai chegar, a **ansie-**

dade diante da morte pode ser superada, muitas vezes, por informações claras, acompanhadas pela garantia de como as angústias ou os problemas serão geridos com a certeza de que o paciente nunca será abandonado (CHOCHINOV, 2002; 2012).

7.2 Repertório de conservação da dignidade

Com o pensamento de que a forma como alguém responde à doença não é determinada unicamente pela doença, mas pela totalidade do ser que se encontra numa condição de adoecimento, porque cada pessoa tem um perfil psicológico específico e uma perspectiva espiritual que molda sua visão de mundo e suas respostas às oportunidades e crises. No Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade, na perspectiva das pessoas em cuidados paliativos, este fenômeno é denominado pelo autor como **repertório de conservação da dignidade**. Os temas e subtemas desta categoria maior fornecem um panorama para a compreensão de como as pessoas reagem às mudanças frente às diversas circunstâncias de saúde (CHOCHINOV, 2002; 2004; 2006; 2012).

O repertório de conservação da dignidade como segunda categoria maior do modelo abrange os recursos internos, os quais a pessoa traz consigo diante de uma condição de adoecimento, com base na sua experiência de vida, no seu perfil psicológico e na sua crença numa dimensão espiritual (CHOCHINOV, 2002). Esta categoria inclui dois temas centrais: **perspectivas de conservação da dignidade** e **prática de conservação da dignidade**, os quais se desdobram em outros subtemas que serão descritos a seguir (CHOCHINOV, 2002).

7.2.1 Perspectivas de conservação da dignidade

Perspectivas de conservação da dignidade é um tema da segunda categoria maior o qual faz referência a visão ou maneira como a pessoa vê o mundo, valendo ressaltar que tal perspectiva sofre influências do processo de adoecimento de cada pessoa e não simplesmente das situações que a incomodam. Cada pessoa tem a sua própria maneira de enfrentar positivamente ou não, os eventos ou circunstâncias adversas da vida. O aspecto psicológico ou espiritual, sobre o qual as reações são encenadas, tem ligação com as perspectivas de conservação da dignidade. Os estudos de Chochinov (2002; 2004; 2006; 2012) identificaram que há oito subtemas que descrevem as perspectivas de conservação da dignidade: a *continuidade do EU*, a *preservação do papel*, a *generatividade/legado*, a *manutenção do orgulho*, a *esperança*, a *autonomia/controle*, a *aceitação* e a *resiliência/espírito de luta*.

7.2.1.1 Continuidade do EU

“Eu ainda sou eu?” Pode parecer uma pergunta estranha, mas para alguém que enfrenta uma doença grave e crescentes perdas, é uma questão de profundo significado. A partir desse questionamento se iniciam os desafios para a preservação do EU por parte dos pacientes em processo de terminalidade. Esses desafios podem ser sutis e, se o tempo for limitado, quase imperceptível. Segundo os estudos do autor, pequenas atitudes como: o uso de uma pulseira de identificação ou o uso da vestimenta hospitalar ao ser examinado por um profissional de saúde, ou até mesmo o próprio ato de revelar um sintoma a um profissional de saúde pode alterar o sentido da dignidade da pessoa, para melhor ou pior (CHOCHINOV, 2002; 2012).

A continuidade do EU é perdida a partir do momento em que as pessoas não são capazes de manter o sentido do seu EU/personalidade, diante das mudanças circunstanciais da saúde. Naturalmente, este será influenciado por uma diversidade de fatores, incluindo a dimensão psicológica da pessoa, as redes sociais e, a perspectiva espiritual ou existencial. É a capacidade de resistência e a combinação destes que vai determinar se a pessoa é capaz ou não de manter um senso de identidade além de ser apenas um paciente (CHOCHINOV, 2002; 2012).

Embora o desejo de preservar a dignidade seja um sentimento pertinente a todos, torna-se especialmente mais profundo para aquela pessoa que enfrenta uma situação de risco diante de uma doença com risco de morte. A doença em si pode causar crescente deficiência e várias limitações, como parte de um espiral descendente em relação as suas capacidades funcionais diminuídas (BAILLIE, 2009; CHOCHINOV, 2012).

7.2.1.2 Preservação das funções

Em busca de alternativas que possam favorecer à preservação da sua identidade, do seu EU, os pacientes em situação de adoecimento agarram-se a importantes papéis anteriormente ocupados, na tentativa de preservar as suas funções para com a família e sociedade. Estes papéis associados as suas responsabilidades representam o sustentáculo do seu EU, de tal maneira que se mantiverem intactos, a pessoa sente-se segura e forte com a sua identidade (CHOCHINOV, 2012).

Sabe-se que à medida que o homem caminha em direção aos sucessivos estágios do ciclo de vida, cada ser acumula distintas funções e responsabilidades. Quando essa pessoa se depara uma situação de enfermidade ameaçadora da vida, a doença pode ceifar tais funções e

responsabilidades, inclusive podendo, muitas vezes, acabar por comprometer a própria essência do EU. Diante dessa situação, Chochinov (2012) diz que o aumento da dependência funcional associa-se à condição de ter que encontrar um sentido para o EU que se sobrecarrega com a doença. Este refúgio interior é impulsionado pela perda da capacidade funcional, de modo que os papéis anteriormente desempenhados são abandonados em busca de manter as pessoas mais próximas de si.

7.2.1.3 Generatividade/legado

Erik Erikson (1950 *apud* CHOCHINOV, 2012, p. 16), psicólogo que estudou as questões relacionadas ao desenvolvimento, acredita que "a personalidade humana, em princípio, desenvolve-se de acordo com etapas pré-determinadas na preparação do crescimento da pessoa, conduzindo-a na direção de estar ciente da sua condição e poder interagir com um maior raio social"¹⁷ Em meio à idade adulta, ele acredita que as pessoas entram em um estágio de desenvolvimento que ele chamou de "Generatividade versus estagnação". Generatividade refere-se a fornecer orientações às próximas gerações, e isso se torna primordial quando os pacientes estão enfrentando um prognóstico com risco ou limitação da vida, de modo que Chochinov (2012) observou em seus estudos, que os confrontos existenciais diante da aproximação da morte levantam muitas questões, tais como: "Qual é o sentido da minha existência? O que foi a minha vida? E, como uma preocupação premente: depois que eu partir, que diferença eu fiz durante minha vida?"¹⁸.

O conceito de generatividade/legado é altamente pertinente para os fundamentos da terapia da dignidade. Conforme descreve Chochinov (2012), as pessoas que participam da terapia da dignidade, guiada por seu modelo teórico, são convidadas a falar sobre aspectos importantes de suas vidas, sobre o que gostariam que os outros soubessem ou lembrassem a seu respeito. Um protocolo de perguntas, um modelo empírico baseado na psicoterapia da dignidade (CHOCHINOV, 2002; 2004; 2006; 2012), é descrito com detalhe e com exemplos práticos de questões diagnósticas e intervenções terapêuticas para preservação da dignidade. Esse modelo foi desenvolvido para ser aplicado durante as seções de psicoterapia, nas quais os participantes têm a possibilidade de partilhar os seus pensamentos, reminiscências, conselhos,

¹⁷ "Human personality, in principle, develops according to steps predetermined in the growing person's readiness to be driven toward, to be aware of, and to interact with a widening social radius?" (CHOCHINOV, 2012, p. 16).

¹⁸ "What is the meaning of my existence? What has my life amounted to? And, as pressing a concern: Once I am gone, what difference will my life have made?" (CHOCHINOV, 2012, p. 16).

esperanças e sonhos com o terapeuta e possivelmente com aqueles que estão prestes a deixar – seus entes queridos.

7.2.1.4 Manutenção do orgulho

Se a vivência de uma condição de adoecimento pode prejudicar o sentido do EU de uma pessoa, ser um fator agressivo à personalidade de cada pessoa, segundo Chochinov (2002; 2012), a manutenção do orgulho pode ser entendida como uma defesa, ou uma estratégia de enfrentamento, para evitar o impacto psicológico e existencial dessa agressão. Em essência, o orgulho se refere à capacidade que uma pessoa tem de manter sua autoestima positiva e seu autorrespeito. A doença ou os sintomas tendem a desviar a atenção de "quem sou eu" e redirecioná-lo para "o que eu tenho", desvirtuando o olhar do SER para o TER embora o orgulho intensifique a condição do paciente, acarreta ainda o risco de tornar-se identificado com uma determinada doença, de modo que manter o orgulho, muitas vezes, ajuda os pacientes a salvaguardar o seu senso de individualidade.

7.2.1.5 Esperança

A noção de esperança ou simplesmente esperança é uma meta flexível no contexto da mudança de circunstâncias na saúde dos pacientes em cuidados paliativos. Em condições normais, a ideia de esperança está ligada a uma das expectativas futuras e baseada na suposição de que haverá um futuro, um prognóstico favorável. Quando vem a doença, a noção de esperança deve conciliar entre aquilo que as evidências acerca do prognóstico da doença pode afirmar e qual o “tempo” que ainda pode se falar em ter esperança para a pessoa. Nestas circunstâncias, a esperança é tipicamente antecipar como um prognóstico favorável, uma resposta sólida ao tratamento, ou apenas como um significativo alívio prolongado (CHOCHINOV, 2012).

7.2.1.6 Autonomia/control

Autonomia/control é a capacidade da pessoa em manter um senso de domínio sobre as circunstâncias da sua vida (CHOCHINOV 2004). À medida que a pessoa é capaz de realizar suas várias funções, isso reflete no controle da sua autonomia pessoal. Ao contrário do nível de independência, a autonomia/control é mediada internamente, isto é, depende mais de

um estado de espírito do que de força física do corpo e/ou da capacidade de realizar tarefas de forma independente (CHOCHINOV, 2012).

A autonomia individual ou pessoal, especialmente na sociedade ocidental, muitas vezes, é confundida com a noção de integralidade do ser, de modo que a dependência pode ser vista ou experienciada como uma ameaça à integridade da própria personalidade. Portanto, uma característica de morte com afronto à dignidade é frequentemente associada ao sentimento de "sentir-se um peso para os outros" e está, muitas vezes, associado às questões relacionadas ao suicídio ou pedidos de eutanásia entre os pacientes com doença avançada (CHOCHINOV, 2006, p. 91).

7.2.1.7 Aceitação

Este subtema trata de abordar a capacidade de se adaptar às circunstâncias de mudança no estado de saúde da pessoa, haja vista que é muito claro para todos, que a vida avança, as pessoas mudam, assim como suas atitudes e perspectivas. Desse modo, os aspectos da vida de uma pessoa que pareciam importantes na juventude, pode já não ser considerados tão relevantes à medida que a pessoa envelhece. Com o passar dos anos, observa-se que as mudanças pelas quais as pessoas passam, como a dependência, a sensação de fragilidade, ou mesmo os problemas de saúde que seriam, por um tempo, considerados como inimagináveis e totalmente inaceitáveis, tornam-se algo que acaba por ser aceito e as pessoas se acomodam diante das mudanças não modificáveis no estilo de vida (CHOCHINOV, 2012).

Contudo, o autor chama a atenção de que o processo de aceitação é, por vezes, mal interpretado, levando a inferências do tipo: uma necessidade da pessoa em "estar em paz" quaisquer que sejam as circunstâncias de saúde. Nesse aspecto, Chochinov (2012) avalia que os paliativistas, por um equívoco, acabam por prestar um descuidado quando pensam que "falar da morte" para as pessoas que estão em processo de terminalidade deve ser o tema central das conversas, adotando essa prática como uma terapêutica paliativa. Mas, esquecem de que a aceitação é um processo, e para tal, devem ser feitos ajustes graduais às circunstâncias de mudança de vida, de preferência, respeitando o ritmo de cada pessoa para com a sua tolerância no processo de aceitação. Valendo ressaltar que, desde que não interfira nos cuidados prestados a essa pessoa, a negação acerca da morte, pode proporcionar a pessoa, o espaço psicológico de que ela necessita, permitindo que a realidade acerca da deterioração do seu estado de saúde penetre gradualmente na sua dinâmica cotidiana. A aceitação, muitas vezes, vem em

doses pequenas, aproximando da visão necessária para a tomada de decisões diante da sua vida e o do seu tratamento.

7.2.1.8 Resiliência/espírito de luta

Num nível mais básico, a resiliência consiste em ter a força interior ou a coragem para enfrentar o que vem pela frente. Para alguns, isso significa agarrar-se na esperança de um resultado que prolongue os dias de vida, enquanto que para outros, pode significar um tempo limitado, ou o alcance de metas que podem vir a proporcionar o incentivo necessário para continuar vivendo. Este tipo de resiliência/espírito de luta, o qual visa ao alcance de metas, pode tornar-se paradoxal, pois, embora o pensamento positivo possa dar aos pacientes uma sensação de estar no controle, o que de fato acontece em muitas situações, fazendo com que os pacientes se sintam responsáveis pela forma como o curso de sua doença se desenvolve; o fracasso diante da melhora ou piora do estado de saúde é algo previsível e, quando as metas não são alcançadas, isso pode ser percebido como um fracasso pessoal, fraqueza ou falta de um controle emocional, para evitar o inevitável declínio do estado de saúde. Para outros, a resiliência é mais sobre a equanimidade, ou seja, a sensação de que há uma rede de segurança psicológica ou espiritual que irá ajudá-los a superar o declínio no estado de saúde, não importando qual seja o resultado - da melhora ou piora do estado de saúde. Valendo ressaltar que a confiança e a força nesta rede de segurança vão variar de pessoa para pessoa. Enquanto uma pessoa parece estar se desintegrando emocionalmente, em resposta a uma ameaça a seu estado de saúde, outra parece encontrar força em face da alteração das circunstâncias de sua saúde (CHOCHINOV, 2002; 2004; 2006; 2012).

A resiliência/espírito de luta, com o tempo, raramente fica parada. Ela pode variar simultaneamente com o curso da doença em si e é posteriormente moldada pela natureza da própria rede de suporte, o sistema de crença, e a capacidade de atribuir um significado ou finalidade para a própria existência (CHOCHINOV, 2006; 2012).

7.2.2 Práticas de conservação da dignidade

De acordo com o Modelo de Cuidados para a Preservação da Dignidade, a categoria maior **repertório de conservação da dignidade** inclui o tema *perspectivas de conservação da dignidade*, anteriormente descrito em seus subtemas, os quais tratam de descrever características acerca da forma e do olhar de cada pessoa em lidar com determinadas situações e, o outro tema aborda as *práticas de conservação da dignidade* que podem ser invocadas para

sustentar ou reforçar o senso de dignidade (CHOCHINOV, 2002; 2012). Este último tema apresenta-se a seguir, em seus três subtemas.

O tema *práticas de conservação da dignidade* referem-se à variedade de abordagens relacionais ou técnicas que cada pessoa usa para reforçar ou manter o seu senso de dignidade. Este inclui três subtemas: *viver o momento* de se concentrar em questões imediatas e não se preocupar com o futuro; *mantendo a normalidade* para a realização das rotinas habituais e programadas, apesar das mudanças nas circunstâncias de saúde e, *encontrar o conforto espiritual*, que é o sentido de sustentação da dignidade, direcionado ao encontro do conforto dentro de suas crenças religiosas ou espirituais. Enfim, as *práticas de conservação da dignidade* são comportamentos ou atividades que permitem a alguém lidar com suas circunstâncias diante das mudanças da vida (CHOCHINOV, 2002).

7.2.2.1 Viver “o momento”

A natureza inerente ao risco ou limitação da vida pela doença é de que se tende a projetar um pensamento positivo e prospectivo. A palavra “prognóstico” deriva do grego *prógnōsis*, que significa “conhecimento avançado”, e atesta como a doença contribui para que a mente projete um futuro de esperanças ou um conhecimento avançado que pode ser previsto, mas nunca totalmente conhecido. Esse tipo de olhar futurista é naturalmente humano. No entanto, quanto mais fizermos isso, menos somos capazes de nos concentrar em nossos arredores imediatos, tornando-nos amedrontados e menos envolvidos com o nosso presente (CHOCHINOV, 2002).

Viver o momento é uma decisão da qual as pessoas tomam quando são capazes de parar e pensar no que pode se transformar esse imenso “olhar futurista”. Tomar a decisão do aqui e agora pode vir a proporcionar conforto às pessoas que estão morrendo, por oportunizar momentos de contato humano, amor, celebração da vida, humor, afirmação, e, em certas ocasiões, até mesmo a reconciliação. Apesar de viver um prognóstico limitado, as pessoas que estão morrendo, estão constantemente inclinadas a olhar a realidade de frente, logo, viver o momento é uma forma confortável de compromisso, e é esta possibilidade que pode transformar a fase final da vida em um momento de viver com dignidade e completude, em vez de simplesmente um momento de antecipação da morte (CHOCHINOV, 2012).

7.2.2.2 Manter a normalidade

Para uma grande parcela das pessoas na sociedade moderna, o cotidiano de atividades cai numa rotina. Não que os dias sejam exatamente iguais, mas há semelhanças que são muito previsíveis e facilmente reconhecidas como lavar roupas pela manhã, ler um jornal, assistir a um programa de televisão, realizar exercícios regulares, cozinhar, ler, ouvir música, trabalhar no escritório, ajudar as crianças com as tarefas de casa. A lista de atividades é tão variável como são as pessoas que incorporam os padrões de vidas. Enquanto operacionalmente, muitas destas rotinas possam parecer um pouco banal ou sem importância, no âmbito psicológico e existencial, podem ser altamente significativas. A manutenção das rotinas do cotidiano, no cumprimento do nosso dia a dia, na medida do possível, são formas de apego à família e, portanto, não se deve abandonar o que se sabe e, em última instância, quem se é, a identidade de cada paciente (CHOCHINOV, 2012).

7.2.2.3 Busca por conforto espiritual

Como a dignidade, o termo espiritualidade carrega diferentes significados para as pessoas, especialmente quando se aproxima o momento da morte. Para alguns, a espiritualidade é sinônimo de religiosidade, para outros um poder superior ou uma divindade, ou mesmo uma conexão com membros ou líderes de uma comunidade religiosa em particular. Nesses casos, a linguagem da espiritualidade facilmente e confortavelmente engloba um léxico religioso mais formal, abrindo várias possibilidades, para proporcionar conforto e apoio aos pacientes que estão morrendo e seus familiares (CHOCHINOV, 2012).

As convicções religiosas não conduzem necessariamente a modos específicos ou previsíveis de enfrentamento do fim da vida. Para muitas pessoas, a espiritualidade é entendida, vivida e praticada de forma não religiosa. Embora não possam crer numa divindade, um poder superior, ou um ser supremo, os indivíduos que se descrevem como espiritual, muitas vezes, se sentem com um senso de conexão com as coisas para além de si, como a natureza, as ideias, o coletivo humano, ou até mesmo o próprio tempo.

Talvez o maior desafio na abordagem do cuidado espiritual junto aos pacientes que estão morrendo é apresentado por aqueles que não expressam algum sentimento de espiritualidade. Em tais casos, o principal obstáculo, por vezes é a linguagem/abordagem. Como em todos os aspectos, as palavras no contexto dos cuidados paliativos são poderosas e dependendo de como usá-las, podem acalmar, prejudicar ou alienar.

7.3 Inventário da dignidade social

A característica que define a terceira e última categoria maior, o **inventário da dignidade social** é a sua referência às questões sociais ou às dinâmicas de relacionamentos que aumentam ou diminuem o sentido da dignidade da pessoa. A palavra dignidade significa "ser digno de honra, respeito ou estima"¹⁹ e é concebida como possuidora de componentes intrínsecos e extrínsecos. As **preocupações relacionadas à doença** e o **repertório de conservação da dignidade** são as categorias que estão agrupadas com a finalidade de delinear os fatores físicos, psicológicos e existenciais e que influenciam intrinsecamente o sentido da dignidade. Já o **inventário da dignidade social** conceitualmente se refere aos componentes extrínsecos da dignidade, abordando questões a respeito de como as outras pessoas e as circunstâncias ambientais podem influenciar o sentido da dignidade da pessoa em cuidados paliativos. Além de que o **inventário de dignidade social** é especialmente importante em termos de como a família, os amigos e claro, os profissionais de saúde interagem e se comportam em relação às pessoas em cuidados paliativos (CHOCHINOV, 2012, p. 27).

Há cinco elementos que compõem os temas inerentes ao **inventário da dignidade social**: *limites da privacidade, suporte social, teor dos cuidados, fardo para os outros e preocupações com as consequências*, a seguir apresentados conforme o Modelo de Cuidados para a Preservação da Dignidade (CHOCHINOV, 2002; 2012).

7.3.1 Limites da privacidade

A condição de ser uma pessoa doente compromete muitos aspectos da vida da pessoa, e a privacidade é a sua primeira vítima. A partir do momento no qual a pessoa suspeita de que algo está errado com o seu corpo ou como ele funciona, a privacidade começa a diminuir. Com uma grave doença, a exposição ao exame físico é apenas um começo dos anúncios as interrupções de privacidade mais onipresentes. Para os pacientes em cuidados paliativos, ajudá-lo a tomar banho, vestir e auxiliar na sua higiene pessoal, o que os profissionais de enfermagem referem como dependência íntima - muitas vezes, tornam-se parte da rotina. Os cuidadores compassivos devem estar sempre conscientes de que para a pessoa que recebe este tipo de assistência, não há nada de rotina por mais que passe a ser uma necessidade corriqueira, posto que comprometa profundamente à privacidade desta pessoa (CHOCHINOV, 2002; 2012).

¹⁹ "The word dignity means to be worthy of honor, respect, or esteem" (CHOCHINOV, 2012, p. 27).

Uma doença grave frequentemente desafia outros aspectos da privacidade, interferindo de várias maneiras nos seus limites. Para permanecer em suas casas, os pacientes dependem, de diversas modalidades de assistência, para evitar o cuidado institucional. Quando os pacientes dependem da família, o sacrifício da privacidade pode ser agravado por um sentimento de interrupção dos papéis de relacionamento ou alterações do comportamento. Quando são os mais jovens ou companheiros que se tornam os cuidadores, não é só o desafio da privacidade, mas, mais do que isso, há também uma inversão no sentido de ordem dos acontecimentos. Isso não quer dizer que estas transições não possam ser negociadas, mas que isso exige estar atenta às demandas físicas, bem como as existenciais (CHOCHINOV, 2012).

7.3.2 Suporte social

Para contrabalancear a necessidade de privacidade é importante alcançar um ótimo nível de apoio social. A necessidade de tal apoio varia de pessoa para pessoa e geralmente esta sincronizada com os padrões de conectividade social de toda uma história de vida. A importância do apoio social é tão profunda que, nos serviços de cuidados paliativos, o paciente e a família (definida amplamente como aqueles que cuidam) são tidos como a unidade de cuidado ímpar. Tal como acontece com as barreiras da privacidade, o apoio social pode ser entendido tanto em termos de sua importância operacional quanto de sua implicação psicológica e existencial. Operacionalmente, a relevância do apoio social é praticamente ilimitada (CHOCHINOV, 2012).

7.3.3 Teor dos cuidados

O teor dos cuidados refere-se a atitude que a família, o cuidador ou os profissionais de saúde demonstram quando interagem com os pacientes. Para os profissionais de saúde que prezam pela conservação da dignidade da pessoa em cuidados paliativos, a relevância do teor dos cuidados não pode ser subestimada, enfim, essa postura relacional denota tudo o que transmitimos aos pacientes, e não apenas nossas palavras. O ideal é que o teor/conteúdo dos cuidados transmitam a mensagem que frequentemente é muito pouco falada e abrange a meta-mensagem dos cuidados de conservação da dignidade: “você é importante!” Porque cada paciente é importante, merece os cuidados da família e da equipe com respeito e estima. O teor dos cuidados pode ser considerado como um componente estrutural de apoio social, na medida em que oferece afirmações que se baseiam na existência. As implicações para os cuidados

de saúde, particularmente os cuidados paliativos, são profundas (CHOCHINOV, 2004; 2006; 2012).

Representado pelo reflexo de como os pacientes se veem na ótica de quem os observa, é que os profissionais de saúde devem ser os primeiros a reafirmarem o verdadeiro sentido da dignidade. Assim, estes devem pensar em si mesmos, metaforicamente, como um espelho. Em cada contato clínico, os pacientes observam o comportamento de cada profissional, procurando um reflexo e afirmando em que eles podem se reconhecer. Se tudo o que os profissionais de saúde veem é a doença do paciente, estes podem sentir que a sua essência desapareceu (CHOCHINOV, 2012).

Uma ferramenta terapêutica da qual os profissionais de saúde podem fazer uso e demonstrar sensibilidade em relação ao teor de cuidados é o uso do **A, B, C, e D dos Cuidados para Preservação da dignidade**. Esta é uma abordagem que em resumo versa acerca do processo pelo qual todos os profissionais de saúde devem se comprometer com as competências essenciais e básicas de atenção a integralidade de cada pessoa. São competências que podem ser resumidas no mnemônico: **A** [*Attitude*] para a atitude, **B** [*Behavior*] para o comportamento; **C** [*Compassion*] para compaixão e **D** [*Dialogue*] para o diálogo (CHOCHINOV, 2007).

A **Atitude** é o cerne do teor dos cuidados para a preservação da dignidade. De acordo com Talmud²⁰, "Nós não vemos o mundo como ele é. Nós vemos o mundo como nós somos". Da mesma forma nós, não necessariamente, vemos os pacientes como eles são, mas sim, como somos. Como e o que pensamos sobre nossos pacientes é mediado por nossas atitudes para com eles. Se a atitude fornece o reflexo de acordo com sua qualidade, o perfil da dignidade determina a clareza do que é visto (CHOCHINOV, 2007; 2012).

O **Comportamento** refere-se às condutas, ações e intervenções dos profissionais de saúde apresentadas a seus pacientes. Invariavelmente, essas são manifestações exteriores de atitudes subjacentes, que deveriam transmitir um senso de respeito e sentimento de afirmação. Um sorriso, um toque, um gesto amável de qualquer tipo, com total atenção naquele momento a cada paciente; pedir permissão para realizar um exame, o uso das cortinas, do lençol para proteger a privacidade, a lista é interminável e só é restrita pelos limites humano e a decência que a pessoa está disposta a demonstrar ao outro (CHOCHINOV, 2007; 2012).

A **Compaixão** refere-se a uma profunda consciência e desejo de aliviar o sofrimento do outro. A compaixão diz respeito aos sentimentos que são evocados pelo contato com os pacientes e como esses sentimentos moldam a nossa abordagem no cuidado. Como a empatia,

²⁰ Livro Sagrado dos judeus.

a compaixão é sentida e não apenas processada intelectualmente. Os profissionais de saúde chegam à compaixão através de diversos meios; para alguns, pode ser parte de uma disposição natural que intuitivamente comunica a sua abordagem para os cuidados ao paciente. Já para outros, a compaixão emerge da experiência de vida e prática clínica. A compaixão pode se desenvolver gradualmente, ao longo do tempo, com a realização emergente que, como os pacientes, cada um de nós é vulnerável e ninguém está imune a incertezas da vida. A compaixão também pode ser cultivada por exposição às ciências humanas (filosofia, ética, história e religião), ciências sociais (antropologia, psicologia, sociologia), e as artes (literatura, teatro, cinema e artes plásticas). Cada uma dessas disciplinas pode oferecer *insights* sobre a condição humana e da patética ambiguidade que acompanham a doença (CHOCHINOV, 2007; 2012).

O **Diálogo** diz respeito à natureza das conversas que ocorrem entre os profissionais de saúde e os pacientes. A prática de cuidar exige a troca de informações dentro de uma extensa parceria cujo tempo é definido pelo encontro, interpretação e planejamento de acordo com detalhes novos e emergentes. O diálogo é um elemento crítico da experiência do paciente e do cuidado de conservação da dignidade. No nível mais básico, o diálogo deve reconhecer a pessoa por inteiro - para além da doença - e reconhecer o impacto emocional que acompanha a doença (CHOCHINOV, 2007; 2012).

7.3.4 Fardo para os outros

A doença é fundamentalmente um conjunto de perdas, perda da saúde, das funções pessoais e sociais e a perda da ilusão sobre a invencibilidade. Essas perdas, grandes ou pequenas, são cumulativas e podem pesar muito sobre as pessoas. A proximidade dessas perdas ajudam na identificação da personalidade e, se torna um maior peso. Para a pessoa que está morrendo, a pergunta "Eu ainda sou eu?" Não é uma meditação intelectual, mas sim, uma expressão integral da luta pessoal e existencial. Como as perdas aumentam e torna o pesar esmagador, algumas pessoas podem sentir que elas não são mais a mesma pessoa. Em seu extremo, as pessoas podem se sentir como se elas já não servem a qualquer propósito específico ou função e que a vida não faz mais sentido. Assim como eles devem assumir as suas perdas, assim, também, eles temem que o outro vá ter que suportar o peso de suas incapacidades, a sua dependência e sua necessidade (CHOCHINOV, 2012).

Sentir-se um fardo/responsabilidade para os outros é o equivalente a uma condição existencial extrema. A sociedade ocidental atribui grande importância à autonomia individual e, na medida em que, esta se encontra ameaçada, sente-se que a própria personalidade está em

perigo. O fato de sentir-se um fardo para os outros e a desvalorização da própria vida estão intimamente ligados. (CHOCHINOV, 2012).

7.3.5 Preocupações com as consequências

Apesar das preocupações com as consequências poderem ser concebidas como um subconjunto de um "fardo para os outros", estas se referem aos encargos resultantes da doença no aqui e agora, e não dos medos que podem surgir nos pacientes seguidos da sua morte. Como médico psiquiatra e atuando numa equipe de cuidados paliativos, Chochinov (2012) descreve que, por muitas vezes, ouviu dos pais o relato da preocupação em como sua família viverá sem eles. Mães, muitas das quais enfrentam uma vida de limitação por conta de um câncer de mama, vai lamentar na expectativa de não estar presente para orientar e educar os seus filhos para um futuro desconhecido. Talvez a centralidade de papéis, como sendo um pai ou cônjuge e a potencialidade da morte em aniquilar esses papéis aumente a intensidade da angústia. Raramente a morte de alguém é um evento que afeta apenas este indivíduo. A conexão entre os seres humanos significa que a perda de alguém é um assunto comum, atingindo a todos aqueles que amam, dependem, e se preocupam com a pessoa que está morrendo (CHOCHINOV, 2012).

Na maioria das vezes, abordar as preocupações com as consequências/resultados/evoluções após a morte consiste em permitir que os pacientes cuidem da melhor forma possível das suas necessidades antecipadamente diante do que está previsto – a morte. Embora possa parecer fúnebre abordar esses assuntos, escrever sobre como vai ser o funeral da pessoa que está morrendo, pode ser vivido como uma tentativa de cuidar dos seus entes queridos. A experiência da doença pode destruir vários papéis, inclusive a energia ou capacidade para realizar essas funções, raramente oblitera a capacidade de preocupar-se com as pessoas e coisas que fizeram a vida ser significativa (CHOCHINOV, 2012).

As preocupações com as consequências [após a morte] também podem ser abordadas a partir de uma variedade de modos, como prestando aconselhamentos, orientação ou oferecendo instruções (CHOCHINOV, 2012).

8 Materiais e Métodos

O subconjunto terminológico, objeto do presente estudo, visa contribuir com a ampliação do Catálogo CIPE[®] Cuidados Paliativos para uma morte digna, por conseguinte, direciona-se para a construção de enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem com o propósito de contribuir com a implementação do Processo de Enfermagem nas práticas de cuidar da pessoa em cuidados paliativos com foco na preservação da dignidade da pessoa em processo de morrer e morte, tendo como **referencial metodológico** o Método do Ciclo de Vida Terminológico CIPE[®] (ICN, 2008; COENEN; KIM, 2010; COENEN, 2012) e como **referencial teórico** o Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade proposto por Harvey Max Chochinov (CHOCHINOV, 2002; 2012).

Considerando que um Subconjunto Terminológico é um instrumento tecnológico (CLARES *et al.*, 2013) que subsidia a prática de cuidar do enfermeiro no desenvolvimento de suas atividades junto à pessoa em cuidados paliativos e sua família, este estudo se configura como uma pesquisa metodológica a qual, segundo Lobiondo-Wood e Haber (2001) é definida como uma investigação controlada pelos seus aspectos teóricos, com o emprego da matemática, da estatística e da mensuração e seus meios, para congrega a análise dos dados. O que é corroborado por Polit e Beck (2011) quando afirmam que as pesquisas metodológicas tratam do desenvolvimento, validação e avaliação de instrumentos e métodos de pesquisa.

Os desenhos de pesquisas não experimentais, como a pesquisa metodológica, são aplicados em estudos nos quais o pesquisador se propõe a construir o quadro de um fenômeno, de modo que não é mais possível a manipulação da variável independente, considerando-se que esta já ocorreu e o pesquisador passa a focar na exploração de relações e diferenças do seu objeto de estudo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A pesquisa metodológica, classificada como uma pesquisa não experimental (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK, 2011) tem como foco a identificação de um construto indiscutível e torná-lo discutível e prático a partir do uso de instrumentos ou protocolos de observação aplicáveis na prática (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A base empírica do estudo foi construída tendo por base o Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade proposto por Harvey Max Chochinov (CHOCHINOV, 2002; 2012), o qual já permitiu a estruturação da primeira versão do Catálogo CIPE[®] - Cuidados Paliativos para uma morte digna (ICN, 2010).

Partindo dessa descrição acerca do estudo desenvolvido, com base nos princípios da pesquisa metodológica e no Método do Ciclo de Vida Terminológico CIPE[®], o presente estudo foi desenvolvido em três etapas seguindo o fluxograma apresentado a seguir (**figura 10**).

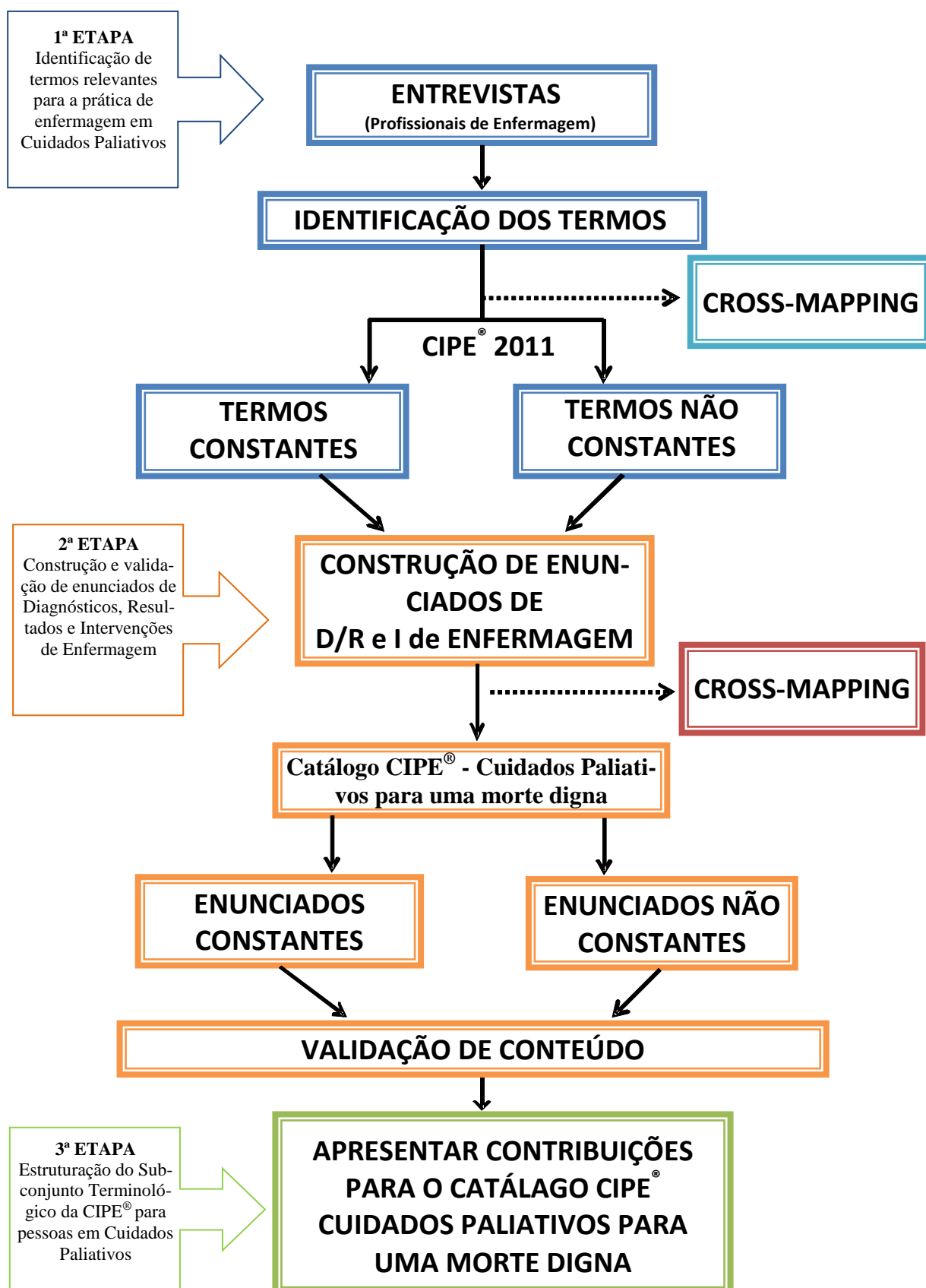


Figura 10: Fluxograma das etapas da pesquisa. Salvador, 2014.

8.1 Etapas do estudo

A seguir, encontra-se a descrição de cada uma das etapas apresentadas no fluxograma (figura 10) disposto na página anterior. Logo, para atender aos objetivos propostos para a presente pesquisa, o percurso metodológico foi delineado em três etapas.

8.1.1 Primeira etapa: Identificação de termos

A primeira etapa configurou-se como uma pesquisa documental, a qual segundo Triviños (2008) se caracteriza como um estudo descritivo que fornece ao pesquisador a possibilidade de agrupar grande quantidade de dados, gerando informações. A análise documental apresenta vantagens significativas por ser um método de coleta de dados que elimina, em parte, a casualidade de qualquer influência, a ser exercida pela intervenção do pesquisador frente os dados pesquisados (CELLARD, 2008).

Durante a análise documental, foram identificados os termos relevantes para a prática de enfermagem a partir de entrevistas realizadas com profissionais da equipe de enfermagem de um hospital especializado em oncologia adulta. Essas entrevistas foram desenvolvidas quando da pesquisa que resultou na dissertação de mestrado intitulada como **o cuidar/cuidado para uma boa morte: significados para uma equipe de enfermagem intensivista**, a qual teve por objetivo “compreender o significado simbólico do cuidar/cuidado para uma boa morte na perspectiva da equipe de enfermagem de uma UTI²¹” (SILVA, 2010). O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Artur Ventura de Matos re-

²¹ **RESUMO DA DISSERTAÇÃO:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Tendo como objetivo compreender o significado simbólico do cuidar/cuidado para uma boa morte na perspectiva da equipe de enfermagem de uma UTI. O estudo foi realizado em uma UTI de um hospital especializado em oncologia da cidade de Salvador-BA, no período de abril a julho de 2010, com dez profissionais de enfermagem que concordaram em participar do estudo. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados entrevistas semiestruturadas, que depois de transcritas foram analisadas tomando por base o referencial metodológico de Análise de Conteúdo proposto por Bardin e o referencial teórico do Interacionismo Simbólico, onde se buscou compreender os significados do cuidar/cuidado para uma boa morte. Os resultados possibilitaram evidenciar quatro categorias: uma boa morte: ausência de dor e sofrimento; o conforto como alívio da dor/sofrimento e como medida de manutenção da integridade corporal; a proximidade da família e sua participação no processo de morte e morrer; preparo profissional da equipe no cuidar/cuidado para uma boa morte. Pode-se depreender que o cuidado prestado ao Paciente Fora de Possibilidade de Cura na Unidade de Terapia Intensiva está direcionado ao cuidado com o corpo, havendo ausência do cuidado com vista à integralidade do ser. Desse modo, a definição adotada, no estudo, para uma boa morte, não foi evidenciada nas falas dos entrevistados na sua plenitude. Todavia, a equipe tem uma preocupação em cuidar da família e tê-la como participante do processo de morte do seu ente querido, além de perceber a necessidade de integração da equipe, bem como o preparo desta, para melhor cuidar do paciente em processo de morte e morrer na UTI. O que se pode recomendar é que há uma necessidade de ampliar os horizontes desse cuidado, buscando um cuidar/cuidado direcionado às dimensões biopsicossociespirituais do paciente e sua família.

cebendo o parecer de aprovação de número 022/2010 (ANEXO B) em observância aos aspectos éticos preconizados na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Para a execução desta primeira etapa foram desenvolvidos os seguintes procedimentos:

Primeira fase: Identificação, extração e normalização dos termos

Tomando por base o método de análise documental, foram coletados e identificados os termos relevantes para a prática de enfermagem com ênfase nos princípios filosóficos dos cuidados paliativos.

Nessa etapa, foram utilizadas as técnicas e métodos empregados para construção de terminologias (PAVEL; NOLET, 2002; MALUCELLI et al. 2010), considerados os mais apropriados para o desenvolvimento de terminologias em Enfermagem, correspondendo dentre as etapas do estudo metodológico, à definição do constructo a ser medido, representado nesta pesquisa pelos termos e conceitos relevantes para a prática de enfermagem em cuidados paliativos.

Para a identificação, foi utilizado material empírico resultado das entrevistas realizadas com dez profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiras e técnicos de enfermagem) (SILVA, 2010). De posse das entrevistas, deu-se início a leituras das mesmas, em busca da identificação de termos: substantivos, verbos, sintagmas²² e acrônimos²³, com o objetivo de preencher as lacunas existentes com a identificação de novo termos para a designação de novos conceitos.

Após repetidas leituras das entrevistas foram sublinhados os termos que caracterizam a prática da Enfermagem com foco nos cuidados paliativos como prioridade em saúde, possibilitando a sua extração. Esses termos extraídos das entrevistas, em seguida passaram por um processo de normalização quanto ao gênero (masculino) e ao número (singular), além de terem sido retiradas as duplicações, feitas as correções gráficas, e remoção de tempos verbais, excetuando-se os verbos no infinitivo.

Em seguida, para melhor compreensão acerca de cada termo, antes da fase de classificação segundo o Modelo de Sete Eixos da CIPE[®], estes passaram por um processo de identificação do significado de cada termo e seus respectivos sinônimos, utilizando-se de um dicio-

²² **Sintagma:** é uma unidade sintática, composta por um ou mais vocábulos que forma orações. Na língua portuguesa, existem sintagmas verbais e os nominais, de acordo com o núcleo do sintagma. Exemplo: paciente terminal.

²³ **Acrônimo** ou sigla: é uma palavra formada pelas letras ou sílabas iniciais de palavras sucessivas de uma locução, ou pela maioria destas partes. Exemplo: UTI.

nário (HOUAISS, 2008) para, a partir de então, serem reconhecidos os termos que de fato não constavam da CIPE[®] 2011 e que poderiam ser incluídos numa próxima revisão, constituindo-se o banco de termos do presente estudo.

Segunda fase: Mapeamento cruzado

Esse processo se deu com a digitação do banco de termos no *software Microsoft Office Excel*[®] 2010 para a realização da técnica de “*cross-mapping*”, possibilitando o cruzamento dos termos produto do presente estudo com os termos da CIPE[®] 2011, a partir do *software Microsoft Office Access*[®] 2010, com a finalidade de identificar os termos constantes e não constantes nessa terminologia.

O *cross-mapping* é uma técnica que consiste num processo de mapeamento cruzado para comparar dados. Ele possibilita mapear e comparar registros de enfermagem realizados com terminologias não uniformizadas com aquelas de referência e que tem uma linguagem padronizada. Assim, essa técnica objetiva explicar ou expressar algo, por meio do uso de palavras com significado igual ou semelhante, no intuito de identificar similaridades e validar o objeto de estudo em diferentes contextos (LUCENA; BARROS, 2005).

Terceira fase: Validação da alocação dos termos

Após o mapeamento e a identificação dos termos constantes e não constantes da CIPE[®] 2011 foi construída uma tabela com todos os termos, os quais foram exportados para o *software Microsoft Word*[®] 2010 e distribuídos entre os eixos (foco, julgamento, cliente, meio, localização, tempo e ação), levando-se em consideração a congruência do significado do termo e das definições de cada eixo, conforme apresentados no capítulo dos resultados.

Além do procedimento de alocação dos termos de acordo com o Modelo de Sete Eixos da CIPE[®], realizou-se, também, uma nova análise e classificação dos termos seguindo os critérios utilizados por Leal (2006), ou seja: a) o termo da CIPE[®] 2011 é **igual** ao termo usado nas falas dos profissionais da equipe de enfermagem em relação ao cuidado com a pessoa em processo de terminalidade, ou seja, existe concordância entre termo e definição; b) o termo da CIPE[®] é **similar** ao usado pela equipe de enfermagem, ou seja, não existe concordância do termo, mas a definição é idêntica; c) o termo da CIPE[®] é **mais abrangente** que o utilizado pela equipe de enfermagem, ou seja, o termo da nomenclatura é mais específico, restrito; d) o termo da CIPE[®] é **mais restrito**, ou seja, o termo da CIPE[®] é mais limitado; e, e) **não existe concordância** entre o termo da CIPE[®] e o termo da nomenclatura.

O procedimento de alocação dos termos produtos deste estudo segundo o Modelo de Sete Eixos da CIPE[®] e os critérios utilizados por Leal (2006) se deu a partir da análise realizada pelo pesquisador e, em seguida, esta passou por um processo de avaliação e validação por um grupo de enfermeiras doutoras e doutorandas integrantes do Centro CIPE[®] do Programa de Pós-Graduação da UFPB.

Ao final dessa primeira etapa, foi construído o Banco de Termos da linguagem de enfermagem nos cuidados paliativos, o qual subsidiou o desenvolvimento da etapa a seguir.

8.1.2 Segunda etapa: Construção e validação dos enunciados

A segunda etapa trata-se de uma pesquisa aplicada, a qual tem como propósito “responder questões relacionadas com a aplicabilidade de teorias básicas em situações práticas, testando os seus limites, mas não examina as ações adotadas pelos profissionais” (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p. 7) e, foi operacionalizada conforme as recomendações do CIE, tendo por base o Banco de termos construído na primeira etapa deste estudo, contendo os termos constantes e não constantes na CIPE[®] e o modelo de referência de Diagnóstico de enfermagem e Ação de enfermagem da norma ISO 18.104:2014. Integração de um modelo de terminologia de referência para a Enfermagem.

Primeira fase: Construção dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, das definições operacionais e sua validação

Seguindo as etapas metodológicas do estudo, foram construídos os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem com base no modelo de referência para diagnóstico de enfermagem da ISO 18.104:2014. Integração de um modelo de terminologia de referência para a Enfermagem, a qual determina que deve ser incluído, obrigatoriamente, um termo do eixo **foco** e um termo do eixo **juízo**, e incluir termos adicionais, dos eixos foco, juízo, cliente, localização e tempo, conforme a necessidade (MARIN; PERES; SASSO, 2013).

Para a construção dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, seguindo o modelo de referência, teve-se como bases empíricas o banco de termos para a prática de enfermagem em cuidados paliativos, constantes e não constantes na CIPE[®] 2011, identificados na etapa anterior e o Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade (CHINOV, 2002; 2012).

A construção dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem foi operacionalizada em quatro momentos distintos:

- a) Construção dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem e respectivas definições operacionais;
- b) Validação de conteúdo das definições dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem por peritos, selecionados de acordo os critérios adotados neste estudo – Critérios de Fehring modificados;
- c) Análise estatística para validação dos enunciados com $IC \geq 0,8$;
- d) Mapeamento cruzado entre diagnósticos/resultados de enfermagem consensualizados e os diagnósticos/resultados de enfermagem do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma morte digna;

Para a construção das definições operacionais dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, utilizando-se das estratégias metodológicas apresentadas por Waltz, Strickland e Lenz (2010), a saber: revisão da literatura; mapeamento do significado do conceito; afirmação da definição operacional.

As definições operacionais foram desenvolvidas pelo pesquisador na perspectiva de possibilitar a representação do conceito na literatura e no cotidiano da prática profissional, levando-se em consideração as áreas de especialidades clínicas, com ênfase nos cuidados paliativos, sendo que cada definição contém as características específicas que vão orientar a identificação do conceito.

Para tanto, o pesquisador lançou mão da consulta a livros-texto, a ontologia da CIPE® e dicionários da área da Enfermagem e da Saúde. Para o mapeamento do significado do conceito, foram listados todos os traços semânticos identificados como potencialmente relevantes.

As definições dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem foram submetidas a um processo de validação de conteúdo, fase essencial no desenvolvimento do conhecimento para a prática clínica em cuidados paliativos, por um grupo de peritos constituído por enfermeiras com experiência em cuidados paliativos e na construção e validação de terminologia para a prática da Enfermagem.

A validação é o processo de examinar com precisão uma determinada predição ou inferência realizada com base em escores de um teste, indo além da demonstração de um instrumento de medida, mas envolvendo todo um processo de investigação (POLIT; BECK, 2011).

A validação de conteúdo é uma metodologia que engloba duas fases distintas, a análise conceitual que é empreendida pelo pesquisador à luz da literatura e a avaliação por especialistas (FEHRING, 1987; GARCIA, 1998; CAÑON-MONTAÑEZ; RODRÍGUEZ-ACELAS, 2010; CALDEIRA *et al.* 2012; OLIVEIRA *et al.* 2013).

No presente estudo, foi adotada a técnica de validação de conteúdo por consenso, a qual visa traduzir a opinião de peritos com expertise numa determinada área e/ou temática de investigação. Essa técnica tem sido utilizada em pesquisas para validação de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem (BEDRAN, 2009; LUCENA *et al.*, 2013; MEDEIROS *et al.* 2013; NOGUEIRA, 2014; BUCHHORN, 2014).

Segundo estudos (GALDEANO; ROSSI, 2006; CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008; CARVALHO *et al.* 2008; CAÑON-MONTAÑEZ; RODRÍGUEZ-ACELAS, 2010; MELO *et al.* 2011; CALDEIRA *et al.* 2012) que abordam o método de validação de conteúdo e/ou os critérios para seleção e definição de peritos a falta de uniformidade nos critérios para se considerar um participante como perito tem sido alvo de discussões, o que tem gerado alguns questionamentos e sugestões para a definição do perfil destes.

A partir da leitura e entendimentos das definições operacionais para seleção dos peritos no presente estudo, foram adotados com adaptações os critérios propostos por Richard Fehring no seu Modelo de Validação de Diagnóstico de Enfermagem, o qual tem sido o mais utilizado nos estudos analisados.

Fehring (1994 *apud* JESUS, 2000; MELO *et al.* 2011), na descrição do modelo para validação de conteúdo diagnóstico, propõe sete critérios para identificar e definir em até que ponto os peritos realmente são especialistas. A estes critérios são atribuídos um peso e, para ser considerado como um especialista, a soma das pontuações deve alcançar o mínimo de cinco pontos. Neste estudo, utilizaram-se os critérios de Fehring com modificações, conforme apresentados no **quadro 03** a seguir.

Segundo Fehring (1994 *apud* GALDEANO; ROSSI, 2006) para que o enfermeiro seja considerado perito ele deve possuir título de mestre ou doutor, contudo, diante da dificuldade em selecionar profissionais com esses critérios e que atuem na área dos cuidados paliativos, o critério de maior pontuação foi mantido em partes, mas com a flexibilidade de ser aceito o profissional mesmo sem o título de mestre, mas com uma pós-graduação *lato sensu* cujo tema do trabalho de conclusão do curso tenha sido desenvolvido com ênfase em diagnóstico de enfermagem e/ou cuidados paliativos. O critério de periódicos indexados também foi flexibilizado. Os demais critérios foram mantidos.

Quadro 3 – Critérios de Fehring e Critérios de Fehring Modificados. Salvador, 2014.

CRITÉRIOS DE FEHRING	CRITÉRIOS DE FEHRING MODIFICADOS
<i>Ser mestre em enfermagem (4p)</i>	Ser enfermeiro especialista cujo tema do trabalho de conclusão do curso tenha sido desenvolvido com ênfase em diagnóstico de enfermagem e/ou cuidados paliativos ou mestre em qualquer área (4 pontos)
<i>Ser mestre em enfermagem, com dissertação na área de interesse de diagnóstico (1p)</i>	Ser mestre em enfermagem, com dissertação na área de interesse de diagnóstico de enfermagem e/ou cuidados paliativos (1 ponto)
<i>Pesquisas (com publicações) na área de diagnóstico (2p)</i>	Pesquisas (com publicações) na área de diagnóstico de enfermagem e/ou cuidados paliativos (2 pontos)
<i>Ter artigo publicado sobre diagnóstico em periódicos indexados (2p)</i>	Ter artigo publicado sobre diagnóstico de enfermagem e/ou cuidados paliativos (2 pontos)
<i>Ter doutorado em enfermagem, com a tese na área de interesse de diagnóstico (2p)</i>	Ter doutorado em enfermagem, com teses na área de diagnóstico de enfermagem e/ou cuidados paliativos (2 pontos)
<i>Ter prática clínica recente, de no mínimo um ano, na temática abordada (2p)</i>	Ter prática clínica recente, de no mínimo um ano, na área de cuidados paliativos e/ou experiência com a CIPE® na prática clínica, ensino ou pesquisa (2 pontos)
<i>Ter capacitação (especialização) em área clínica relevante ao diagnóstico de interesse (2p)</i>	Ter capacitação (especialização) em cuidados paliativos (2 pontos)

Fonte: FEHRING, 1994 apud JESUS, 2000; MELO et al. 2011.

Seguindo o preconizado pelos critérios de Fehring, todos os peritos selecionados para participar do estudo, deveriam atender a uma pontuação mínima de (05) cinco pontos dentre os critérios acima descritos. Em caso de discordância das definições, foi lhes possibilitado apresentarem sugestões para adequação à realidade da prática de cuidar em enfermagem à pessoa em cuidados paliativos.

Buchhorn (2014) afirma que apesar de existir a indicação de Fehring (1987) de um número mínimo de 25 peritos e um número ideal de 50, esta não é uma indicação factível na prática, considerando-se que há pouca disponibilidade e motivação dos peritos em participar do estudos.

O universo amostral foi composto por docentes pesquisadores com atuação nas áreas de Cuidados Paliativos e Sistema de Classificação, principalmente com a CIPE®, selecionados a partir de busca realizada na Plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (VITURI; MATSUDA, 2009), que resultou numa amostra intencional de 75 profissionais enfermeiros(as), de várias regiões do Brasil. Inicialmente foi enviado um *e-mail* com o instrumento de pesquisa constando de uma relação de 56 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem (APÊNDICE A) e, aqueles que concordaram em participar do estudo, devolveram o *e-mail* com o instrumento respondido. No mesmo *e-mail*, foi encaminhado, em anexo e com referência no texto constante do corpo do *e-mail*, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C) o qual, conforme orientações do CEP/EEUFBA, a resposta ao *e-mail* foi considerada como o aceite/assinatura do TCLE.

Logo, após a construção dos 56 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, estes foram submetidos a um processo de validação de conteúdo por enfermeiros peritos em construção e validação de terminologias para a prática da Enfermagem e/ou enfermeiros com experiência em cuidados paliativos, conforme caracterizados na Tabela 01.

Tabela 01 - Caracterização dos peritos que participaram da etapa de validação de conteúdo dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem – Salvador, 2014.

CARACTERÍSTICAS	N	%
Sexo		
Feminino	21	81,7
Masculino	05	18,3
Tempo de Formação		
< 5 anos	04	15,4
5 a 10 anos	03	11,4
11 a 20 anos	10	38,5
21 a 30 anos	04	15,4
> 30 anos	05	19,3
Nível de formação		
Especialista	01	3,8
Mestre	12	46,2
Doutor	12	46,2
Pós Doutor	01	3,8
Experiência em Cuidados Paliativos		
Não	08	30,8
Sim	18	69,2
Assistência/Pesquisa/Ensino	12	66,7
Assistência/Ensino	02	11,1
Assistência/Pesquisa	02	11,1
Ensino/Pesquisa	02	11,1
Conhecimento sobre a CIPE®		
Não	03	11,5
Sim	23	88,5
Muito	10	38,5
Médio	07	26,9
Pouco	06	23,1
Desenvolve Pesquisa		
Cuidados Paliativos	09	34,6
Sistemas de Classificação/CIPE®	09	34,6
Cuidados Paliativos e Sistemas de Classificação/CIPE®	06	23,1
Não desenvolve pesquisa em nenhuma das duas temáticas	02	7,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Os vinte e seis peritos participantes deste estudo atingiram a pontuação mínima (5 pontos) proposta pelos critérios de Fehring modificados e adotados no estudo. Na Tabela 2 está apresentada a pontuação obtida pelos peritos.

Tabela 2 - Distribuição da frequência dos peritos (N e %) quanto à pontuação obtida segundo os critérios de Fehring modificados. Salvador, 2014.

PONTUAÇÃO	N	%
05	02	7,7
06	04	15,4
07	01	3,8
09	07	26,9
10	05	19,3
11	04	15,4
12	01	3,8
13	02	7,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Para o cálculo desta pontuação, foram investigados junto aos peritos dados referentes ao tempo de formação e experiência profissional, titulação acadêmica, área de atuação profissional, pesquisa e publicações nas áreas de interesse para o estudo, além de ter sido realizada uma análise do Currículo Lattes de cada participante através da Plataforma Lattes.

Segundo os critérios propostos por Fehring (1987), a titulação de mestrado é de grande importância, visto que a pontuação para este critério é alta (4 pontos). Esse critério foi modificado para este estudo, sendo acrescida também a possibilidade de inclusão de profissionais com especialização cujo tema do trabalho de conclusão tenha sido desenvolvido com ênfase em diagnósticos de enfermagem e/ou cuidados paliativos. Contudo, só houve a participação de apenas uma profissional, a qual havia concluído especialização na forma de residência em oncologia com ênfase em cuidados paliativos.

Após a seleção dos peritos, utilizando-se da análise do Currículo Lattes, nessa primeira fase foi lhes enviado via correio eletrônico, o instrumento de pesquisa contendo os 56 enunciados de diagnóstico/resultados de enfermagem seguidos de suas definições para 75 profissionais considerados peritos de acordo com os critérios adotados no estudo, para realizarem a apreciação do instrumento de pesquisa e sua validação de conteúdo.

Após um período de aproximadamente quatro meses (janeiro a abril de 2014), com envios repetidos dos e-mails, obteve-se a devolução de 26 (34,7 %) instrumentos devidamente respondidos. Alguns profissionais chegaram a responder ao e-mail enviado apenas informando que tinham experiência em Cuidados Paliativos, mas não com o Sistema de Classificação - CIPE® e vice versa.

Nesta fase, foram submetidos apenas os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem com suas definições operacionais. Após a avaliação destes enunciados por parte dos peritos, o resultado passou por um tratamento estatístico, no qual foram considerados apenas os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem que alcançaram um Índice de

Concordância $\geq 0,80$ entre os peritos conforme a fórmula descrita a seguir. O escore de 0,80 como coeficientes de confiabilidade é uma ferramenta de medição considerada como ponto de corte padrão (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Dentre os métodos utilizados para calcular a concordância entre peritos, levando-se em consideração a metodologia de validade de conteúdo através da validação consensual, tem-se o Índice de Concordância que é uma medida quantitativa baseada no percentual de concordância, para julgar a validade de conteúdo (ALEXANDER; COLUCI, 2011) e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (ALEXANDER; COLUCI, 2011; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013a; 2013b).

O processo de validação consensual foi desenvolvido inicialmente por Wesorick, passando por refinamentos com a contribuição de diversos enfermeiros em todo o mundo, é um passo inicial no desenvolvimento de pesquisa o qual parte de um processo contínuo de revisão, avaliação e melhoria (WESTMORELAND et.al., 2000) e vem sendo aprimorado e utilizado em vários estudos (ALEXANDER; COLUCI, 2011; ANDRADE et al., 2013; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013a; 2013b; LUCENA et al., 2013; BUCHHORN, 2014; NOGUEIRA, 2014).

Tal processo tem por finalidade determinar a validade de conteúdo de um instrumento, e identificar partes dele nas quais são necessárias adições, exclusões ou revisões (WESTMORELAND et.al., 2000).

Considerando o que defende Alexandre e Coluci (2011), de que o uso do método de porcentagem de concordância é a medida mais simples de concordância interobservadores, com a vantagem de proporcionar informações úteis facilmente calculadas e tem sido usado na fase inicial do processo de validação de conteúdo, para auxiliar na determinação dos itens e que, outros estudos (BUCHHORN, 2014; NOGUEIRA, 2014) já têm utilizado esse método, optou-se nessa primeira fase pelo cálculo de porcentagem de concordância, sendo adotado como uma taxa aceitável de 80% de concordância.

Logo, para tabulação e análise dos dados desta fase foi utilizada a estatística descritiva, sendo os dados inseridos no *software Microsoft Excel*[®] 2010, para o cálculo da concordância entre os peritos. Foram considerados como concordantes, as respostas dos peritos que consideraram os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem como pertinentes, muito pertinentes e muitíssimo pertinentes. Calculou-se o percentual de concordância interobservadores, conforme a fórmula descrita a seguir:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de participantes que concordaram}}{\text{número total de participantes}} \times 100$$

Os diagnósticos/resultados de enfermagem foram submetidos à técnica de “*cross-mapping*” sendo realizado o cruzamento entre esses e os diagnósticos/resultados de enfermagem constantes no Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma morte digna (ICN, 2010), buscando identificar os diagnósticos/resultados de enfermagem evidenciados neste estudo e se já eram constantes ou não constantes do referido catálogo. Após o mapeamento foi realizada a análise e classificação dos enunciados, tendo como base os critérios estabelecidos por Leal (2006) anteriormente mencionados.

Em seguida, os diagnósticos/resultados de enfermagem foram categorizados pelo pesquisador segundo o Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade, para melhor direcionar a construção das intervenções de enfermagem.

O procedimento de julgamento, segundo os critérios utilizados por Leal (2006) e a categorização, se deu a partir da análise realizada pelo pesquisador e, em seguida, passaram por um processo de revisão por um grupo de enfermeiras doutoras e doutorandas integrantes do Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação da UFPB.

Finalizando essa primeira fase do processo de construção e validação dos diagnósticos/resultados de enfermagem, estes foram classificados segundo o Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade.

Segunda fase: Construção e validação dos enunciados de intervenções de enfermagem

Seguindo as etapas metodológicas do estudo, foram construídos os enunciados de intervenções de enfermagem conforme preconizado pelo modelo de referência para ações de enfermagem da ISO 18.104:2014. Uma norma de integração de um modelo de terminologia de referência para a Enfermagem, a qual preconiza que para a construção de um enunciado que represente uma intervenção de enfermagem, faz-se necessário a inclusão de um termo do eixo ação (Modelo de 7-Eixos) e, pelo menos, um termo Alvo, que pode ser um termo de qualquer um dos eixos, exceto do eixo julgamento (ICN, 2003; 2007).

Para a construção dos enunciados de intervenções de enfermagem, seguindo o modelo de referência, teve-se como bases empíricas o banco de termos para a prática de enfermagem em cuidados paliativos, constantes e não constantes na CIPE® 2011 identificados na primeira

etapa do estudo, os diagnósticos/resultados de enfermagem validados na fase anterior e o Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade (CHOCHINOV, 2002; 2012).

A construção dos enunciados de intervenções de enfermagem foi operacionalizada também em quatro momentos distintos:

- a) Construção dos enunciados de intervenções de enfermagem;
- b) Validação de conteúdo dos enunciados de intervenções de enfermagem e sua relação com os diagnósticos/resultados de enfermagem por peritos, selecionados de acordo os critérios adotados neste estudo – Critérios de Fehring modificados;
- c) Análise estatística para validação dos enunciados com $IVC \geq 0,8$;
- d) Mapeamento cruzado entre intervenções de enfermagem consensualizadas e as intervenções de enfermagem do Catálogo CIPE[®] Cuidados Paliativos para uma morte digna.

Após a construção do instrumento de pesquisa contendo os 33 diagnósticos/resultados de enfermagem validados na primeira fase e os 248 enunciados de intervenções de enfermagem, estes foram submetidos a um processo de validação de conteúdo, por enfermeiros peritos em construção e validação de terminologias para a prática da Enfermagem e/ou enfermeiros com experiência em cuidados paliativos.

Para construção dos enunciados de intervenções de enfermagem, o pesquisador principal utilizou dos termos extraídos das entrevistas e das diretrizes recomendadas pelo CIE, tendo como base a ISO 18.104:2014. Nessa fase do estudo, foi enviado um segundo e-mail, com o novo instrumento de pesquisa constando de uma relação de 248 intervenções de enfermagem (APÊNDICE B) relacionadas aos diagnósticos/resultados de enfermagem validados na primeira fase e ao modelo teórico adotado no estudo, para apenas os 26 participantes da primeira fase, com a finalidade de uma nova avaliação quanto a pertinência dos enunciados de intervenções de enfermagem.

Vale ressaltar que apenas foram desenvolvidas intervenções para os diagnósticos/resultados de enfermagem que alcançaram um Índice de Concordância (IC) $\geq 0,80$ entre os peritos, e que o instrumento foi apresentado apenas para os participantes que responderam ao instrumento da primeira fase. Aqueles que concordaram mais uma vez em participar do estudo, devolveram o e-mail com o instrumento respondido.

O grupo de peritos que recebeu o segundo instrumento de avaliação foi o mesmo da primeira fase, contudo o retorno das respostas foi em número menor, de modo que se apresenta na tabela 3 a caracterização dos participantes da segunda fase do estudo.

Essa segunda etapa de coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e julho de 2014, com envios repetidos dos e-mails, obtendo-se a devolução de 13 (50%) instrumentos devidamente respondidos.

Tabela 3 - Caracterização dos peritos que participaram da etapa de validação de conteúdo dos enunciados de intervenções de enfermagem – Salvador, 2014.

CARACTERÍSTICAS	N	%
Sexo		
Feminino	12	92,3
Masculino	01	7,7
Tempo de Formação		
< 5 anos	0	-
5 a 10 anos	02	15,4
11 a 20 anos	07	53,8
21 a 30 anos	02	15,4
> 30 anos	02	15,4
Nível de formação		
Especialista	0	-
Mestre	06	46,2
Doutor	06	46,2
Pós Doutor	01	7,6
Experiência em Cuidados Paliativos		
Não	05	38,5
Sim	08	61,5
Assistência/Pesquisa/Ensino	05	62,5
Assistência/Ensino	0	-
Assistência/Pesquisa	01	12,5
Ensino/Pesquisa	02	25,0
Conhecimento sobre a CIPE®		
Não	01	7,6
Sim	12	92,4
Muito	03	23,1
Médio	05	38,6
Pouco	04	30,7
Desenvolve Pesquisa		
Cuidados Paliativos	03	23,1
Sistemas de Classificação/CIPE®	06	46,1
Cuidados Paliativos e Sistemas de Classificação/CIPE®	03	23,1
Não desenvolve pesquisa em nenhuma das duas temáticas	01	7,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Após finalizar a avaliação por parte dos peritos, os enunciados de intervenções de enfermagem de cada instrumento foram organizados e analisados estatisticamente, com a finalidade de identificar os enunciados que alcançaram um Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Nesta fase do estudo, optou-se por aplicar o método estatístico utilizado por Lopes, Silva e Araújo (2013a; 2013b) e Buchhorn (2014), os quais utilizaram o cálculo do Índice de Validação de Concordância (IVC) e o Teste Binominal.

Para o cálculo do Índice de Validação de Conteúdo (IVC), os dados foram tabulados no *software Microsoft Excel*® 2010 e passaram por uma análise estatística descritiva. Índices

ponderados foram calculados para as pontuações atribuídas a cada resultado e indicador (FEHRING, 1987; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013a; 2013b; BUCHHORN, 2014). Com base numa escala Likert de cinco pontos (1 = nada pertinente; 2 = pouco pertinente; 3 = muito pertinente; 4 = pertinente; 5 = muitíssimo pertinente), para mensuração da importância de cada intervenção de enfermagem em relação aos respectivos diagnósticos/resultados de enfermagem, foi calculada uma média aritmética ponderada das notas atribuídas por cada perito para cada enunciado de intervenção de enfermagem com a finalidade de produzir o IVC, considerando os valores como apresentados na figura 11.

NOTA	PESO	NOTA	PESO	NOTA	PESO	NOTA	PESO	NOTA	PESO
1	0	2	0,25	3	0,5	4	0,75	5	1

Figura 11: Pontuações atribuídas aos indicadores – intervenções de enfermagem.

Os enunciados de intervenções de enfermagem com coeficientes ponderados $\geq 0,80$ foram consideradas pertinentes ou críticos, no entanto, para evitar valores superestimados, utilizou-se também o teste binomial, considerando-se que, segundo Lopes, Silva e Araújo (2013b) a média ponderada tende a superestimar os valores, fazendo com que alguns elementos apresentem Índices de Validade de Conteúdo altos.

Os coeficientes ponderados que corresponde ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) dos enunciados de intervenção de enfermagem foram calculados pela seguinte fórmula:

$$M_p = \frac{\sum_{i=1}^n x_i \cdot p_i}{\sum_{i=1}^n x_i}$$

Onde:

x_i = representa o valor da escala de Likert atribuída por cada examinado em relação a definição de cada enunciado.

p_i = refere-se aos respectivos pesos conforme a figura 11.

Σ = significa a soma do peso atribuído por cada participante na avaliação dos indicadores. Este é conhecido como o Índice de Validação de Conteúdo (IVC).

Assim, para operacionalização do tratamento dos dados referentes à relação entre os diagnósticos/resultados de enfermagem e as intervenções de enfermagem, os instrumentos de pesquisa respondido por cada juiz, correspondentes a segunda fase do estudo, tiveram suas

variáveis codificadas e inseridas num banco de dados, construído no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para *Windows*, possibilitando a análise dos dados a partir do Teste Binominal. Foi considerado como um enunciado validado aquelas intervenções de enfermagem que alcançaram um Índice de Validação de Conteúdo (IVC) $\geq 0,80$ entre peritos e valor de $p > 0,05$ (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013b).

Para o cálculo do Teste Binominal, a escala de Likert foi recodificada de forma dicotômica, na qual os itens marcados como 1, 2, ou 3 foram considerados como inadequados e os itens marcados como 4 (muito pertinente) ou 5 (muitíssimo pertinente) foram considerados adequados. Em seguida, a partir da frequência correspondente ao número de peritos que classificaram cada intervenção de enfermagem como adequada, foi calculado o teste estatístico binomial no *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para *Windows*, com o objetivo de verificar se a proporção de peritos é maior ou igual a um valor pré-estabelecido em 80% (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013b).

O teste binomial visa responder à seguinte pergunta: qual a probabilidade de a proporção de peritos que classificaram cada intervenção de enfermagem como adequada ser inferior a 80%?

O teste binomial inclui cálculos baseados na expressão:

$$P(X = x) = \binom{n}{x} p^x (1 - p)^{n-x}$$

Onde:

n = refere-se ao número de peritos

x = corresponde ao número de peritos que classificaram o indicador como adequado ($x = 13$) e,

p = proporção considerada adequada para validar o indicador, no presente estudo foi adotado **p = 80**).

O valor final corresponde a soma de todas as probabilidades de **x** ser inferior a 13. Para interpretar este valor devem ser consideradas as duas hipóteses estatísticas a seguir:

H₀: a proporção de peritos que classificaram as intervenções de enfermagem como adequada é igual (ou superior) a 80%.

H₁: a proporção de peritos que classificaram as intervenções de enfermagem como adequado é inferior a 80%.

O valor calculado no teste estatístico realizado no *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para *Windows* com $p > 0,05$ mostra que não existem evidências (em termos de probabilidade) para se rejeitar a hipótese nula (H_0). A rejeição da hipótese nula ocorre somente quando o nível descritivo do teste (valor p) é inferior ao nível de significância adotado ($p = 0,05$). Assim, os resultados com $p > 0,05$ indicam que a proporção de peritos que classificaram as intervenções de enfermagem como adequadas pode ser igual ou superior a 80%, o que foi aplicado a todas as intervenções de enfermagem validadas. Logo, pode-se afirmar que o nível de significância 0,05 indica que há discordância no valor populacional dos peritos.

8.1.3 Terceira etapa: Estruturação do subconjunto terminológico

Após todo o processo de validação de conteúdo dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem por parte dos peritos, estes foram categorizados pelo pesquisador de acordo com Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade (CHOCHINOV, 2002; 2012).

Assim, foi possível estruturar o Subconjunto Terminológico da CIPE[®] com os enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para a pessoa em cuidados paliativos, construídos durante todo o percurso metodológico da presente tese. O Subconjunto Terminológico resultado desse estudo, estrutura-se no modelo adotado na primeira versão do Catálogo CIPE[®] Cuidados Paliativos para uma morte digna (ICN, 2010), com vistas a contribuir e facilitar a implementação de sistemas de informações em saúde para a prática do cuidar da pessoa em cuidados paliativos e sua família pelo enfermeiro.

8.2 Aspectos Éticos

Durante todo o desenvolvimento da pesquisa, foram observados e respeitados os princípios éticos constantes da Resolução CNS/MS 466/12, de modo que, em cumprimento as recomendações da citada Resolução que trata da Pesquisa com Seres Humanos, foram prestadas as devidas informações aos participantes conforme constantes do TCLE (APÊNDICE C).

O Projeto de Pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA em 08 de agosto de 2013, recebendo o parecer de nº 353.005 (ANEXO C).

8.3 Apoio Financeiro

O pesquisador contou com o apoio financeiro da agência de fomento Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), da qual recebeu a bolsa de estudos durante todo o período do curso de doutorado além da Bolsa para participar do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), desenvolvido nos meses de novembro/2013 à fevereiro/2014 na Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal.

Contou também com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) no que tange o processo de digitação, formatação e impressão da Tese por meio do Edital Auxílio Tese.

9 Resultados

O presente capítulo versa sobre os resultados das três etapas da pesquisa: identificação de termos; construção e validação de enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem; estruturação de um subconjunto de forma a contribuir com o Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para um morte digna.

A apresentação dos resultados relacionados à coleta de termos e construção dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem e os enunciados de intervenções de enfermagem são apresentados separados, levando-se em consideração cada fase da pesquisa e do processo de validação, nas quais são apresentadas as características e resultados distintos.

9.1 Primeira etapa: Identificação de termos

Na primeira etapa do estudo, foram identificados os termos a partir das entrevistas com os profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiras e técnicos de enfermagem), totalizando um quantitativo de 432 (quatrocentos e trinta e dois) termos. Essa identificação foi resultado de leituras das entrevistas, em busca de estabelecer termos como: substantivos, verbos, sintagmas e acrônimos, com o objetivo de preencher as lacunas existentes na designação de novos conceitos.

Dos 432 termos identificados a partir da análise documental e após o processo de identificação dos significados e semelhanças e, do tratamento de normalização, foram excluídos 170 (39,3%) termos considerados como lixo terminológico, que são aqueles resultantes da extração de termos e que pertencem a outras áreas ou indicam expressões pseudoterminológicas que aparecem de forma casual nas falas dos entrevistados, e não caracterizam a prática da enfermagem com focos nos cuidados paliativos (PAVEL; NOLET, 2002), bem como as repetições.

Os 262 (60,7%) termos restantes passaram a compor o banco de termos que foi utilizado, para atender os objetivos do presente estudo. Com essa amostra, realizou-se a técnica de “*cross-mapping*”, tornando possível o cruzamento desses termos com a CIPE® 2011 para a identificação de termos constantes e não constantes.

Os termos *a priori* identificados como não constantes da CIPE® 2011, passaram por um processo de análise na qual se aplicou os critérios utilizados por Leal (2006). Foram identificados 167 (63,7%) termos como constantes da CIPE® 2011, dos quais 128 (76,6%) foram identificados como exatamente iguais; 39 (23,4%) como constantes pelo critério de similaridade.

dade como apresentados no **Quadro 04**; 95 (36,3%) termos como não constantes da CIPE[®] 2011, dos quais, de acordo com os critérios utilizados por Leal (2006), quatro (4,2%) termos foram considerados como mais abrangentes (**Quadro 05**); nove (9,5%) como mais restritos (**Quadro 06**) e, 82 (86,3%) sem concordância alguma com os termos da CIPE[®] 2011 (**Quadro 07**).

Quadro 4 - Termos da linguagem de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos constantes da CIPE[®]. Salvador, 2014.

Eixos	Termos constantes da CIPE [®] 2011
AÇÃO	Administrar; Aliviar; Apoiar; Assistir; Atender; Aumentar; Avaliar; Avisar; Baixar; Controlar; Conversar; Cuidar; Cuidar da higiene; Dar; Dar banho; Dar poder; Facilitar; Fazer; Intubar; Medir; Melhorar; Minimizar; Oferecer; Orientar; Prescrever; Preparar; Relatar; Solicitar; Tranquilizar; Tratar.
CLIENTE	Doente; Família; Indivíduo; Paciente.
FOCO	Abuso de drogas; Aceitação; Adaptação; Angústia; Apoio da família; Atenção; Atitude; Característica; Condição; Controle; Cansaço; Capacidade para sentir; Cheiro fétido; Coma; Comunicação; Conforto; Consciência; Conscientização; <i>Coping</i> ; Cura; Desconforto; Desespero; Dignidade; Dispneia; Dor; Edema com exsudação; Esperança; Expectativa; Ferida; Frequência cardíaca; Hipertensão; Lesão; Morrer; Morte; Necessidade; Orientação; Padrão de higiene; Padrão respiratório; Papel; Papel de apoio familiar; Pensamento; Pressão; Procedimento; Processo; Processo patológico; Regime dietético; Sinal; Sintoma; Sofrimento; Tristeza; Úlcera por pressão; Ventilação; Visão.
JULGAMENTO	Ausência; Estado; Grau; Grave; Gravidade; Melhorado.
LOCALIZAÇÃO	Clínica; Corpo; Domicílio; Enfermaria; Hospital; Instituição de saúde; Mão; Pele; Posição; Unidade de cuidados intensivos.
MEIO	Alta; Assistente social; Curativo de ferida; Dispositivo; Enfermeiro; Luva; Material; Medicação; Medicamento; Médico; Serviço de nutrição; Técnica; Televisão; Travesseiro.
TEMPO	Contato; Contínua; Dia; Intervalo de tempo; Manhã; Presente; Situação; Sempre; Tarde; Tempo; Visita.

Quadro 5 - Termos da linguagem de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos considerados como mais abrangentes em relação aos termos da CIPE[®]. Salvador, 2014.

Eixo	Termos mais abrangentes	Termos da CIPE [®] 2011
FOCO	Doença	Incidência de doença
JULGAMENTO	Esperado	Nível esperado
MEIO	Área de saúde	Serviços de saúde
	Invasivo	Dispositivo invasivo

Quadro 6 - Termos da linguagem de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos considerados como mais restritos em relação aos termos da CIPE[®]. Salvador, 2014.

Eixo	Termos mais restritos	Termos da CIPE [®] 2011
FOCO	Ação problemática	Problemática
	Prazer	Alegria
	Ventilação	Interagindo na ventilação
	Processo Psicológico	Psicológico
	Processo secretor	Secreção

Continuação

Eixo	Termos mais restritos	Termos da CIPE® 2011
MEIO	Colchão	Colchão caixa de ovo
	Dispositivo de aquecimento	Aquecimento
	Musicoterapia	Música ambiente
	Oxigenoterapia	Oxigênio

Quadro 7 - Termos da linguagem de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos não constantes da CIPE®. Salvador, 2014.

Eixos	Termos não constantes da CIPE® 2011
AÇÃO	Atuar junto à família; Dedicar; Descontrair; Ficar; Investir; Lutar; Proporcionar; Saber.
CLIENTE	Acompanhante; Ente querido; Gente; Paciente terminal; Ser.
FOCO	Amor; Apoio moral; Apoio psicológico; Aspecto estético; Aspecto psicoespiritual; Assistência de enfermagem; Boa morte; Carência; Constrangimento; Cuidado de enfermagem; Cuidado paliativo; Ética; Profissional; Experiência; Falta de oxigênio; Humanização; Ideia; Morte encefálica; Oncologia; Anasarca; Papel do Enfermeiro; Queixa; Respeito; Responsabilidade; Rotina; Singularidade; Sobrevivência.
JULGAMENTO	Alcançado; Bom; Certo; Cheio; Correto; Diferença; Dificuldade; Específico; Essencial; Favorável; Humilde; Igual; Importante; Lúcido; Possível; Pouco.
LOCALIZAÇÃO	Ambiente hospitalar.
MEIO	Cuidado integral; Discussão; Droga vasoativa; Enfermagem; Equipe; Escala de Hess; Evolução; Falta de pessoal; Funcionário; Hemodinâmica; Prática; Profissão; Profissional; Profissional de saúde; Psicólogo; Prognóstico; Recursos humanos; Sedação; Suporte básico; Terapêutico; Teto terapêutico.
TEMPO	Etapa; Fase terminal; Horário; Intercorrência.

Por fim, obteve-se um Banco de Termos da linguagem de enfermagem nos cuidados paliativos, conforme apresentado no **Quadro 8**, o qual foi utilizado na etapa de construção dos enunciados diagnósticos.

Quadro 8 - Banco de Termos da Linguagem de Enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos constantes e não constantes da CIPE®. Salvador, 2014.

Eixos	Termos constantes da CIPE® 2011	Termos não constantes da CIPE® 2011
AÇÃO	Administrar; Aliviar; Apoiar; Assistir; Atender; Aumentar; Avaliar; Avisar; Baixar; Controlar; Conversar; Cuidar; Cuidar da higiene; Dar; Dar banho; Dar poder; Facilitar; Intubar; Fazer; Medir; Melhorar; Minimizar; Oferecer; Orientar; Prescrever; Preparar; Relatar; Solicitar; Tranquilizar; Tratar.	Dedicar; Descontrair; Ficar; Investir; Lutar; Proporcionar; Saber.
CLIENTE	Doente; Família; Indivíduo; Paciente.	Acompanhante; Ente querido; Gente; Paciente terminal; Ser.

Continuação

Eixos	Termos constantes da CIPE® 2011	Termos não constantes da CIPE® 2011
FOCO	Abuso de drogas; Aceitação; Adaptação; Angústia; Apoio da família; Atenção; Atitude; Característica; Condição; Controle; Cansaço; Capacidade para sentir; Cheiro fétido; Coma; Comunicação; Conforto; Consciência; Conscientização; <i>Coping</i> ; Cura; Desconforto; Desespero; Dignidade; Dispneia; Dor; Edema com exsudação; Esperança; Expectativa; Ferida; Frequência cardíaca; Hipertensão; Lesão; Morrer; Morte; Necessidade; Orientação; Padrão de higiene; Padrão respiratório; Papel; Papel de apoio familiar; Pensamento; Pressão; Procedimento; Processo; Processo patológico; Regime dietético; Sinal; Sintoma; Sofrimento; Tristeza; Úlcera por pressão; Ventilação; Visão.	Ação problemática; Amor; Apoio moral; Anasarca; Apoio psicológico; Aspecto estético; Aspecto psicoespiritual; Assistência de enfermagem; Boa morte; Carência; Constrangimento; Cuidado de enfermagem; Cuidado paliativo; Doença; Ética; Profissional; Experiência; Falta de oxigênio; Humanização; Ideia; Morte encefálica; Oncologia; Papel do Enfermeiro; Prazer; Processo Psicológico; Processo secretor; Queixa; Respeito; Responsabilidade; Rotina; Singularidade; Sobrevivência; Ventilação.
JULGAMENTO	Ausência; Estado; Grau; Grave; Gravidade; Melhorado.	Alcançado; Bom; Certo; Cheio; Correto; Diferença; Dificuldade; Específico; Esperado; Essencial; Favorável; Humilde; Igual; Importante; Lúcido; Possível; Pouco.
LOCALIZAÇÃO	Clínica; Corpo; Domicílio; Enfermaria; Hospital; Instituição de saúde; Mão; Pele; Posição; Unidade de cuidados intensivos.	Ambiente hospitalar.
MEIO	Alta; Assistente social; Curativo de ferida; Dispositivo; Enfermeiro; Luva; Material; Medicação; Medicamento; Médico; Serviço de nutrição; Técnica; Televisão; Travesseiro.	Área de saúde; Atuação junto à família; Colchão; Cuidado integral; Discussão; Dispositivo de aquecimento; Droga vasoativa; Enfermagem; Equipe; Escala de Hess; Evolução; Falta de pessoal; Funcionário; Hemodinâmica; Invasivo; Musicoterapia; Oxigenoterapia; Prática; Profissão; Profissional; Profissional de saúde; Psicólogo; Prognóstico; Recursos humanos; Sedação; Suporte básico; Terapêutico; Teto terapêutico.
TEMPO	Contato; Contínua; Dia; Intervalo de tempo; Manhã; Presente; Situação; Sempre; Tarde; Tempo; Visita.	Etapa; Fase terminal; Horário; Intercorrência.

9.2 Segunda etapa: Construção e validação dos enunciados

Primeira fase: Construção dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, das definições operacionais e sua validação

Foram construídos 56 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem e respectivas definições operacionais, conforme apresentado no **(Quadro 9)**, incluindo diagnósticos/resultados de enfermagem de bem-estar, positivos ou negativos, de processos vitais e/ou de desvios do que é desejável, a serem identificados nas pessoas em processo de terminalidade e seus familiares.

Quadro 9 – Enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem com base na Norma ISO 18.104:2014 para a prática de enfermagem em Cuidados Paliativos e respectivas definições operacionais. Salvador, 2014.

ENUNCIADO PARA DIAGNÓSTICO/RESULTADO DE ENFERMAGEM		DEFINIÇÕES
01	Adaptação às mudanças prejudicada	Estado negativo que se caracteriza por condição clínica momentânea ou duradoura, abrangendo a compreensão e aceitação do processo de morrer e morte, influenciando no bem-estar e na calma da pessoa.
02	Adesão ao regime terapêutico	Ação de iniciativa própria para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Caracteriza-se por ações do tipo: cumprir o regime de tratamento, tomar os medicamentos como orientado, mudar o comportamento para melhor, apresentar sinais de melhora, procurar os medicamentos na data indicada, interiorizar o valor de um comportamento de saúde e obedecer às instruções relativas ao tratamento.
03	Amor preservado	Julgamento positivo que se caracteriza por manifestações de cuidados para consigo próprio numa relação humanística.
04	Angústia relacionada à morte	Emoção negativa que se caracteriza por sentimentos de dor intensa e severa, tristeza, angústia e manifestações de sintomas de descontrole emocional como ansiedade ou aflição, ânsia, agonia e grande sofrimento.
05	Aspecto estético prejudicado	Estado negativo que se caracteriza por conjunto de práticas de limpeza precárias tanto com o corpo quanto com o ambiente em que se vive.
06	Aspecto psicoespiritual prejudicado	Estado negativo que se caracteriza por desvalorização do princípio de vida que integra o todo de cada pessoa, transcendendo a natureza biológica e psicossocial, contribuindo negativamente para inspirar coragem, ânimo e confiança no enfrentamento do processo de morte e morrer.
07	Assistência de enfermagem alcançada	Fenômeno intencional, que ocorre no encontro de seres humanos que interagem, por meio de atitudes que envolvem consciência, zelo, solidariedade e amor. Caracteriza-se por expressão verbal do paciente em receber um cuidado embasado na ciência, na arte, na ética e na estética, direcionado às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade.
08	Atitude de enfrentamento do processo de morte e morrer prejudicada	Estado negativo que se caracteriza por um processo psicológico baseado em modelos mentais e opiniões negativas que impossibilitam gerenciar o estresse e ter um senso de controle e de conforto psicológico diante do processo de morte e morrer.
09	Atitude relativa ao regime dietético alterado	Processo psicológico julgado negativamente que se caracteriza por modelos e opiniões mentais negativas frente ao plano dietético.
10	Autoconsciência sobre as mudanças no estilo de vida	Condição positiva que se caracteriza por opinião de si mesmo como sendo uma pessoa separada e distinta dos outros, tendo limites pessoais, sendo um indivíduo com experiências, desejos e atos.
11	Baixo nível de prazer	Emoção negativa que se caracteriza por falta de sentimento de gratificação imediata; ausência de razão instintiva e da satisfação das necessidades básicas, tais como beber quando se tem sede e comer quando se tem fome, ser consolado durante o choro, comumente manifestado por expressões de conforto.
12	Comunicação prejudicada	Estado alterado no comportamento interativo que se caracteriza por um comprometimento em dar ou trocar informação usando comportamentos verbais e não verbais, face a face, ou tecnologia apoiada por meio sincrônico ou assíncronico.
13	Constrangimento relacionado ao odor fétido	Condição negativa caracterizada por cheiro ofensivo ao olfato.
14	Desconforto	Condição negativa que se caracteriza por falta de conforto, aflição ou mal-estar que podem acompanhar o paciente, seja ela causada pela doença ou pelo tratamento.

Continua

ENUNCIADO PARA DIAGNÓSTICO/RESULTADO DE ENFERMAGEM		DEFINIÇÕES
15	Desesperança	Emoção negativa que se caracteriza por sentimento de falta de possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida; ausência de expressão de razões e vontade para viver, paz interior, otimismo, associado à definição de metas e mobilização de energia.
16	Desespero	Emoção negativa que se caracteriza por sentimentos de profunda desesperança, desencorajamento, desvalorização ou vazio.
17	Dignidade preservada	Manutenção dos direitos do paciente que se caracteriza pela preservação do EU e da autonomia, autoestima, a inviolabilidade da vida ou da capacidade física do ser, enfim, um construto definido como uma experiência subjetiva, percebida individualmente, de modo que cada pessoa tem sua própria visão sobre o que é digno para si e para os outros. A sua manutenção visa fornecer uma estrutura abrangente que pode orientar a equipe de saúde, o paciente e sua família na definição dos objetivos e considerações terapêuticas fundamentais aos cuidados de fim de vida.
18	Dispneia (especificar o grau)	Processo do sistema respiratório prejudicado que se caracteriza por movimento forçado de ar para dentro e fora dos pulmões, respiração curta, associado à insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensação de desconforto e ansiedade.
19	Dor (especificar a intensidade)	Percepção prejudicada que se caracteriza por aumento de sensação desagradável no corpo; relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração no tônus muscular, comportamento autoprotetor, foco de atenção reduzido, alteração do tempo de percepção, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação, e perda do apetite.
20	Edema (especificar o grau)	Condição que se caracteriza por retenção hídrica; acúmulo excessivo de líquidos corporais em espaços tissulares, retenção de líquidos corporais, inchaço do tecido periférico das extremidades inferiores na posição vertical, inchaço do tecido renal na posição supina; o edema central acompanhado por respiração curta, alterações no padrão respiratório ou ruídos respiratórios anormais.
21	Edema com exsudação	Condição que se caracteriza por retenção hídrica, com presença de líquido, de natureza variável, que flui de área inflamada.
22	Estado emocional prejudicado	Estado negativo que se caracteriza por um processo psicológico alterado, marcado por sentimentos conscientes ou subconscientes, prazerosos ou dolorosos, expressos ou não, que aumenta com o estresse e a doença.
23	Expectativa de esperança alcançada	Crença positiva diante de uma emoção que se caracteriza por sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões e vontade para viver, paz interior, otimismo, associado à definição de metas e mobilização de energia.
24	Fadiga	Perda excessiva de força ou resistência que se caracteriza por sensação de estar esgotado e aumento da irritabilidade, devido à atividade física extenuante ou severo estresse psicológico.
25	Falta de apoio da família	Estado negativo que se caracteriza por ausência de ajuda familiar ao ente querido, de modo que este possa: sentir-se bem; evitar situações de fracasso frente a sua doença; suportar o peso da sua condição de adoecimento e, manter-se em posição que suporte a sua doença.
26	Falta de controle emocional	Condição negativa que se caracteriza por exercer forte influência sobre um processo psicológico.
27	Ferida (especificar localização)	Parte da estrutura corporal prejudicada, que se caracteriza por lesão de tecido, normalmente associada à trauma físico ou mecânico; crostas e formação de túneis nos tecidos; drenagem serosa, sanguinolenta ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele macerada e anormal; temperatura da pele elevada; odor de ferida, inflamação e dor.
28	Frequência cardíaca preservada	Fenômeno fisiológico que se caracteriza por taxa de valores normais variando entre 60 e 100 batimentos por minutos.

Continuação

ENUNCIADO PARA DIAGNÓSTICO/RESULTADO DE ENFERMAGEM		DEFINIÇÕES
29	Higiene prejudicada	Estado negativo que se caracteriza por atitudes de comportamento de práticas de limpeza precárias tanto com o corpo quanto com o ambiente em que se vive.
30	Hipertensão	Processo do sistema circulatório prejudicado que se caracteriza por fluxo de sangue através dos vasos com pressão maior que a normal.
31	Hipotermia	Processo do sistema de termorregulação prejudicado com redução espontânea da temperatura central a valores menores que 35°C.
32	Hipóxia	Processo do sistema respiratório prejudicado que se caracteriza por redução da tensão do oxigênio celular, associada à cianose, taquicardia, vasoconstrição periférica, diminuição dos sons respiratórios, tonturas e confusão mental.
33	Lesão no Membro (especificar a localização e grau)	Trauma em parte da estrutura corporal que se caracteriza por um processo patológico.
34	Náusea	Processo do sistema nervoso prejudicado que se caracteriza por sensação de enjoo com tendência para vomitar; sensação desagradável vagamente relacionada com o epigástrico e abdome, agravada pelo sabor ou pelo cheiro.
35	Odor fétido da ferida alto	Condição negativa em parte da estrutura corporal caracterizada por cheiro ofensivo ao olfato, em consequência de lesão de tecido, normalmente associada à trauma físico ou mecânico; crostas e formação de túneis nos tecidos; drenagem serosa, sanguinolenta ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele macerada e anormal; temperatura da pele elevada; odor de ferida, inflamação e dor.
36	Orientação melhorada	Condição positiva que se caracteriza por relação determinada com o ambiente em termos de tempo, tal como o ano, estação, mês, dia, hora precisa; em termos de lugar em um determinado ponto no tempo, tal como país, província, cidade, local de trabalho, lar; em termos de conscientização da própria identidade, como a idade, data de nascimento; e em termos de reconhecimento das pessoas ao redor.
37	Orientação prejudicada	Condição negativa que se caracteriza por alterações em relação ao ambiente em termos de tempo, tal como o ano, estação, mês, dia, hora precisa; em termos de lugar em um determinado ponto no tempo, tal como país, província, cidade, local de trabalho, lar; em termos de conscientização da própria identidade, como a idade, data de nascimento; e em termos de reconhecimento das pessoas ao redor.
38	Paciente com anasarca	Condição que se caracteriza por retenção hídrica que se caracteriza por sinal de edema generalizado; excesso difuso de líquido no interstício e no interior das próprias células e apresenta fisiopatologia variada conforme os mecanismos responsáveis por sua produção.
39	Preocupação com o processo de desencarnar	Atitude negativa que se caracteriza por crença, opiniões, convicções e fé que domina ou ocupa a mente, excluindo outros pensamentos ou sendo/estando mentalmente distraído.
40	Processo de morrer prejudicado	Fenômeno negativo que se caracteriza por redução gradual ou súbita dos processos corporais, que levam ao fim da vida.
41	Processo de tomada de decisão prejudicado	Estado cognitivo que se caracteriza por processos mentais para determinar o curso de uma ação, tendo por base informação relevante, consequências potenciais de cada alternativa e recursos.
42	Processo psicológico prejudicado	Fenômeno negativo que se caracteriza por uma série de funções ou ações em nível psicológico, produzindo um resultado.
43	Relacionamento paciente/cuidador prejudicado	Estrutura psicossocial negativa que se caracteriza por uma ligação afetiva, profissional ou de amizade entre pessoas que se unem com os mesmos objetivos e interesses no cuidar para uma morte digna.
44	Respiração prejudicada	Processo do sistema respiratório alterado que se caracteriza pelo movimento de entrada e saída do ar nos pulmões com certa taxa e ritmo respiratório, profundidade de inspiração e força de expiração.

Continua

Continuação

ENUNCIADO PARA DIAGNÓSTICO/RESULTADO DE ENFERMAGEM		DEFINIÇÕES
45	Risco de Angústia espiritual	Emoção negativa que se caracteriza por sinais de potencialidade de interrupção da crença pessoal sobre a vida; questões sobre o significado da vida, associada a questionamentos sobre sofrimento, separação de laços religiosos ou culturais, alteração nas crenças ou sistemas de valor, sentimentos de sofrimento intenso e raiva contra a divindade.
46	Risco de caquexia	Processo de sistema regulatório prejudicado que se caracteriza por sinais de potencialidade de má estado nutricional, condição de magreza, perda de massa muscular, fraqueza e emagrecimento, associados habitualmente a um estado de saúde deficiente, ou a doenças tais como câncer ou tuberculose.
47	Risco de interrupção do autocuidado	Alterações nas atividades de autodesempenho que se caracteriza por existir possibilidade de ausência de cuidado com o que é preciso para se manter, assegurar a sobrevivência e lidar com necessidades básicas individuais e íntimas e, atividades da vida diária.
48	Risco de lesão	Potencialidade para trauma que se caracteriza por um processo patológico.
49	Risco de problema emocional	Potencialidade para processo psicológico que se caracteriza por sentimentos conscientes ou subconscientes, prazerosos ou dolorosos, expressos ou não, que podem aumentar com estresse ou doença.
50	Risco de tristeza	Emoção negativa que se caracteriza por potencialidade para sentimentos de pesar, melancolia associada à falta de energia.
51	Risco de úlcera por pressão (especificar a localização)	Potencialidade para alterações em estruturas corporais que se caracteriza existir possibilidade de desenvolver dano, inflamação ou ferida na pele ou nas estruturas subjacentes em resultado de compressão do tecido e de perfusão inadequada diante da condição patológica.
52	Sono prejudicado	Estado de repouso alterado que se caracteriza por dificuldade na diminuição da atividade corporal, marcada por redução da consciência, não (estar) despertado, acompanhado por inconsciência, metabolismo diminuído, postura imóvel, diminuição da atividade corporal, sensibilidade diminuída a estímulos externos, mas prontamente reversível.
53	Tristeza crônica	Emoção Negativa que se caracteriza por sentimentos de pesar, melancolia associada à falta de energia.
54	Úlcera por pressão (especificar a localização)	Parte da estrutura corporal prejudicada, que se caracteriza por lesão de tecido, normalmente associada à trauma físico ou mecânico; crostas e formação de túneis nos tecidos; drenagem serosa, sanguinolenta ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele macerada e anormal; temperatura da pele elevada; odor de ferida, inflamação e dor.
55	Visão prejudicada	Percepção sensorial e capacidade para ver alteradas, devido à ineficácia das respostas a estimulação dos órgãos visuais.
56	Vontade de viver presente	Estado de volição que se caracteriza por vontade para continuar a viver, influenciada pelos pensamentos e desejos positivos, apesar das circunstâncias difíceis; forte motivação interna para viver; escolher ou agir para preservar a vida da pessoa.

Após finalizar esse primeiro momento de avaliação por parte dos peritos, os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem de cada instrumento foram tabulados e passaram por um tratamento estatístico, utilizando-se do *software Microsoft Excel*[®] 2010, com a finalidade de identificar os enunciados que alcançariam um Índice de Concordância $\geq 0,80$, conforme apresentado a seguir (**Tabela 04**).

Tabela 4 - Distribuição dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem e os respectivos Índices de Concordância. Salvador, 2014.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	IC
Adaptação às mudanças prejudicada	0,80
Adesão ao regime terapêutico	0,90
Amor preservado	0,60
Anasarca	0,60
Angústia relacionada à morte	0,90
Aspecto estético prejudicado	0,50
Aspecto psicoespiritual prejudicado	0,80
Assistência de enfermagem alcançada	0,60
Atitude de enfrentamento do processo de morrer e morte prejudicada	0,80
Atitude relativa ao regime dietético alterada	0,70
Autoconsciência sobre as mudanças no estilo de vida	0,50
Baixo nível de prazer	0,50
Comunicação prejudicada	0,80
Constrangimento relacionado ao odor fétido	0,70
Desconforto	0,90
Desesperança	0,90
Desespero	0,90
Dignidade preservada	0,90
Dispneia (especificar o grau)	0,90
Dor (especificar a intensidade)	0,90
Edema (especificar o grau)	0,80
Edema com exsudação	0,70
Estado emocional prejudicado	0,80
Expectativa de esperança alcançada	0,80
Fadiga	0,80
Falta de apoio da família	0,80
Falta de controle emocional	0,60
Ferida (especificar localização)	0,80
Frequência cardíaca preservada	0,60
Higiene prejudicada	0,70
Hipertensão	0,80
Hipotermia	0,80
Hipóxia	0,80
Lesão no Membro (especificar a localização e grau)	0,50
Náusea	0,80
Odor fétido da ferida	0,60
Orientação melhorada	0,80
Orientação prejudicada	0,80
Preocupação com o processo de desencarnar	0,50
Processo de morrer prejudicado	0,70
Processo de tomada de decisão prejudicado	0,80
Processo psicológico prejudicado	0,60
Relacionamento paciente/cuidador prejudicado	0,80
Respiração prejudicada	0,80
Risco de Angústia espiritual	0,80
Risco de caquexia	0,80
Risco de interrupção do autocuidado	0,80
Risco de lesão	0,60
Risco de problema emocional	0,60
Risco de tristeza	0,70
Risco de úlcera por pressão (especificar a localização)	0,70
Sono prejudicado	0,80
Tristeza crônica	0,80
Úlcera por pressão (especificar a localização)	0,70
Visão prejudicada	0,70
Vontade de viver presente	0,80

Fonte: Dados da pesquisa.

O produto resultante da Validação de Conteúdo pelos peritos, levando-se em consideração o ponto de corte - Índice de Validação de Conteúdo (IVC) $\geq 0,80$, para a consensualização dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem que serão incluídos no Subconjunto Terminológico da CIPE[®] de Cuidados paliativos para um morrer com dignidade, resultou que dos 56 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem encaminhados para validação de conteúdo, 33 (58,9%) alcançaram o IVC $\geq 0,80$ e, 23 (41,1%) obtiveram um IVC $< 0,80$. Na **tabela 05**, apresentada a seguir, estão os enunciados consensualizados. Os demais foram excluídos por não alcançarem o ponto de corte padrão.

Vale ressaltar, que foram apresentadas por parte dos peritos, algumas sugestões, as quais foram analisadas sendo algumas acatadas e outras não, levando-se em consideração a pertinência ao estudo, como pode ser visto nos exemplos apresentados no **Quadro 10**.

Quadro 10 – Exemplos do processo de análise dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem validados. Salvador, 2014.

DIAGNÓSTICO/RESULTADO DE ENFERMAGEM	SUGESTÕES	ALTERAÇÕES/JUSTIFICATIVAS
Dor (especificar o grau)	Sofrimento álgico Dor refratária Dor total	Não foi atendido por considerar contemplado no especificar o grau
Edema (especificar o grau)	Edema aumentado quanto tem ++++/4+	Não foi atendido por considerar contemplado no especificar o grau
Odor fétido da ferida alto	Retirar o alto	Retirado por considerar que a exclusão do termo “alto” não perde o sentido do enunciado e permite compreender o fenômeno
Paciente com anasarca	Mudar o título para “Anasarca”	Alterado para Anasarca

Tabela 5 - Distribuição dos diagnósticos/resultados de enfermagem que alcançaram o Índice de Concordância $\geq 0,80$. Salvador, 2014.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	IC
Adaptação às mudanças prejudicada	0,80
Adesão ao regime terapêutico	0,90
Angústia relacionada à morte	0,90
Aspecto psicoespiritual prejudicado	0,80
Atitude de enfrentamento do processo de morte e morrer prejudicada	0,80
Comunicação prejudicada	0,80
Desconforto	0,90
Desesperança	0,90
Desespero	0,90
Dignidade preservada	0,90
Dispneia (especificar o grau)	0,90
Dor (especificar a intensidade)	0,90
Edema (especificar o grau)	0,80
Estado emocional prejudicado	0,80
Expectativa de esperança alcançada	0,80
Fadiga	0,80
Falta de apoio da família	0,80
Ferida (especificar localização)	0,80

Continua

Continuação

Hipertensão	0,80
Hipotermia	0,80
Hipóxia	0,80
Náusea	0,80
Orientação melhorada	0,80
Orientação prejudicada	0,80
Processo de tomada de decisão prejudicado	0,80
Relacionamento paciente/cuidador prejudicado	0,80
Respiração prejudicada	0,80
Risco de Angústia espiritual	0,80
Risco de caquexia	0,80
Risco de interrupção do autocuidado	0,80
Sono prejudicado	0,80
Tristeza crônica	0,80
Vontade de viver presente	0,80

Fonte: Dados da pesquisa.

Os 33 diagnósticos/resultados de enfermagem que obtiveram um IVC $\geq 0,80$ foram submetidos à técnica de “*cross-mapping*”, realizando-se o cruzamento entre estes e os diagnósticos/resultados de enfermagem constantes no Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma morte digna (ICN, 2010) com a finalidade de identificar os enunciados constantes e não constantes do catálogo.

Assim como adotado quando do mapeamento dos termos, foi também realizada a análise e classificação dos enunciados conforme os critérios estabelecidos por Leal (2006) já descritos. Dessa análise evidenciou-se que oito (24,3%) diagnósticos/resultados de enfermagem foram classificados como constantes pelo critério de similaridade, conforme apresentados no **quadro 11**; 25 (75,7%) como não constantes, dos quais, de acordo com os critérios utilizados por Leal (2006), um (4%) diagnóstico/resultado de enfermagem foi considerado como mais abrangente (**Quadro 12**); seis (24%) foram classificados como mais restritos (**Quadro 13**). Resultaram 18 (72%) diagnósticos/resultados de enfermagem que não apresentaram concordância alguma com os constantes do catálogo, conforme apresentados no **quadro 14**.

Quadro 11 - Diagnósticos/resultados de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos constantes do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna. Salvador, 2014.

Diagnósticos/resultados de enfermagem constantes do Catálogo Cuidados Paliativos para uma Morte Digna - CIPE®
Angústia espiritual
Desconforto
Desesperança
Dor
Fadiga
Náusea
Respiração prejudicada
Sono prejudicado

Quadro 12 - Diagnósticos/resultados de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos considerados como mais abrangente em relação àqueles do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna. Salvador, 2014.

Diagnósticos/resultados mais abrangentes	Diagnósticos/resultados do catálogo cuidados paliativos para uma morte digna - CIPE®
Ferida	Úlcera por pressão

Quadro 13- Diagnósticos/resultados de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos considerados como mais restritos em relação àqueles do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna. Salvador, 2014.

Diagnósticos/resultados de enfermagem mais restritos	Diagnósticos/resultados do catálogo cuidados paliativos para uma morte digna - CIPE®
Adaptação às mudanças prejudicada	Adaptação prejudicada
Atitude de enfrentamento do processo de morrer morte prejudicada	Enfrentamento prejudicado
Expectativa de esperança alcançada	Esperança
Falta de apoio da família	Falta de apoio social
Processo de tomada de decisão prejudicado	Conflito de decisão
Risco de angústia espiritual	Angústia espiritual

Quadro 14 - Diagnósticos/resultados de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos não constantes do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna. Salvador, 2014.

Diagnósticos/resultados de enfermagem não constantes do Catálogo Cuidados Paliativos para uma Morte Digna - CIPE®
Adesão ao regime terapêutico
Angústia relacionada à morte
Comunicação prejudicada
Desespero
Dignidade preservada
Dispneia
Edema
Estado emocional prejudicado
Hipertensão
Hipotermia
Hipóxia
Orientação melhorada
Orientação prejudicada
Relacionamento paciente/cuidador prejudicado
Risco de caquexia
Risco de interrupção do autocuidado
Tristeza crônica
Vontade de viver presente

O produto do processo de análise que identificou os diagnósticos/resultados de enfermagem como $IVC \geq 0,8$ foram classificados de acordo as categorias e subcategorias do Modelo de Cuidado para Preservação da Dignidade. Essa estruturação teve a finalidade se subsidiar a etapa seguinte, da construção das intervenções de enfermagem.

Os diagnósticos/resultados de enfermagem estão classificados, conforme apresentados na **figura 12**, de acordo com as três categorias principais do Modelo de Cuidados para Preser-

vação da Dignidade: **preocupações relacionadas com a doença, repertório de conservação da dignidade e inventário da dignidade social** e seus respectivos temas e subtemas (CHOCHINOV, 2002; 2012). Só foram apresentados os temas e subtemas para os quais se evidenciou algum diagnóstico/resultados de enfermagem no presente estudo.

Figura 12 - Distribuição dos diagnósticos/resultados de enfermagem consensualizados e sua relação com as categorias do Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade. Salvador, 2014.

CATEGORIAS PRINCIPAIS DA DIGNIDADE, TEMAS E SUBTEMAS		
PREOCUPAÇÕES RELACIONADAS COM A DOENÇA	REPERTÓRIO DE CONSERVAÇÃO DA DIGNIDADE	INVENTÁRIO DA DIGNIDADE SOCIAL
Nível de Independência	Perspectivas de Conservação da Dignidade	Suporte Social
ACUIDADE COGNITIVA	CONTINUIDADE DO EU	Falta de apoio da família
Comunicação prejudicada	Dignidade preservada	Teor dos Cuidados
Orientação melhorada	ESPERANÇA	Relacionamento paciente/cuidador prejudicado
Orientação prejudicada	Desesperança	
CAPACIDADE FUNCIONAL	Expectativa de esperança	Preocupações com as consequências
Adaptação às mudanças prejudicada	AUTONOMIA/CONTROLE	
Sintomas de Sofrimento	Risco de interrupção do autocuidado	Processo de tomada de decisão prejudicado
SOFRIMENTO FÍSICO	ACEITAÇÃO	
Desconforto	Adesão ao regime terapêutico	
Dispneia (especificar o grau)	Atitude de enfrentamento do processo de morrer e da morte prejudicada	
Dor (especificar a intensidade)	Práticas de Conservação da Dignidade	
Edema (especificar o grau)	VIVER "O MOMENTO"	
Fadiga	Vontade de viver presente	
Ferida (especificar a localização)	BUSCA POR CONFORTO ESPIRITUAL	
Hipertensão	Angústia espiritual	
Hipotermia	Risco de Angústia espiritual	
Hipóxia		
Náusea		
Respiração prejudicada		
Risco de caquexia		
Sono prejudicado		
SOFRIMENTO PSICOLÓGICO		
Tristeza crônica		
Angústia relacionada à morte		
Desespero		
Estado emocional prejudicado		

Fonte: Dados da pesquisa. **Legenda:** ■ Categorias Principais ■ Temas ■ Subtemas

Segunda fase: Construção e validação dos enunciados de intervenções de enfermagem

Foram construídos 248 enunciados de intervenções de enfermagem para a prática de cuidar da pessoa em processo de terminalidade, subsidiadas pelo modelo conceitual adotado no estudo e, os 33 diagnósticos/resultados de enfermagem validados na etapa anterior. Os 248 enunciados de intervenções de enfermagem foram estruturadas num novo instrumento de pesquisa (APÊNDICE B) e, em seguida, submetido a um processo de validação de conteúdo, por enfermeiros peritos em construção e validação de terminologias para a prática da enfermagem e/ou enfermeiros com experiência em cuidados paliativos.

Quando da estruturação desse instrumento, já se seguiu com a integração dos diagnósticos/resultados de enfermagem e o modelo empírico, de tal modo que algumas intervenções de enfermagem se repetiram com o objetivo de proporcionar meios de resolução de respostas humanas nominadas com os dos diagnósticos/resultados de enfermagem. Assim o instrumento contemplou 248 intervenções de enfermagem, as quais foram submetidas ao processo de validação pelos peritos.

Vale ressaltar que há intervenções que se repetem em mais de um diagnóstico de enfermagem. Assim, excluídas as repetições, foram construídos 235 enunciados de intervenções de enfermagem.

A **Tabela 6** apresenta os 248 enunciados de intervenções de enfermagem relacionados aos diagnósticos/resultados de enfermagem, a frequência absoluta das respostas conforme a escala de Likert, o (IVC) score, a proporção de concordância, e o valor **p** do teste binomial para uma proporção.

A partir do valor atribuído pelos peritos, ao avaliar a relação de cada indicador, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Foi considerado como ponto de corte para o IVC o valor de 0,80. Ademais, foi aplicado o teste binomial para verificar se a proporção de peritos que consideraram os itens adequados era igual ou superior a 0,80 (hipótese de nulidade). Para esta análise, foram adotados testes de hipóteses conforme recomendado por Lopes, Silva e Araújo (2013) e nível de significância de 0,05.

O valor de **p** do teste binomial encontra-se negrito para as intervenções de enfermagem nas quais a proporção de peritos classificou a intervenção como adequada com $IVC \geq 0,80$. Os demais valores representam a rejeição da hipótese nula, na qual o nível descritivo do teste (valor **p**) é inferior ao nível de significância estatística (0,05), entendendo-se que há indícios de que houve discordância estatisticamente significativa na necessidade de se realizar tal intervenção diante do diagnóstico/resultado de enfermagem.

Tabela 6 - Distribuição das respostas dos peritos quanto à adequação dos enunciados de intervenções e sua relação com os diagnósticos/resultados de enfermagem. Salvador, 2014.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	(f) Muití- simo Perti- nente	(f) Muito Perti- nente	(f) Perti- nente	(f) Pouco Perti- nente	(f) Nada Perti- nente	(N) Núme- ro de Res- postas	(IVC) Escore	* ²⁴	Valor p ²⁵
Comunicação prejudicada	Estimular a comunicação pelo toque	3	4	3	2	1	13	0,722	54	0,030
	Identificar barreiras à comunicação	11	2	0	0	0	13	0,968	100	0,055
	Observar tabus culturais a respeito do toque	4	2	3	2	2	13	0,732	46	0,007
	Obter dados sobre déficit auditivo e/ou da fala	8	3	1	0	1	13	0,901	85	0,502
	Obter dados sobre habilidade para comunicação pela fala	8	2	2	0	1	13	0,890	77	0,498
	Orientar sobre comunicação efetiva	5	2	3	2	1	13	0,776	54	0,030
	Promover comunicação familiar eficaz	7	5	1	0	0	13	0,887	92	0,234
	Promover escuta ativa	7	6	0	0	0	13	0,898	100	0,055
	Promover técnicas de relaxamento para redução da ansiedade diante do déficit na comunicação	4	2	4	2	1	13	0,733	46	0,007
Orientação prejudicada	Evitar diálogos que venham frustrar o paciente com questões de orientação que ele não possa responder	7	4	1	0	1	13	0,881	85	0,502
	Evitar situações não familiares, quando possível	4	1	2	4	2	13	0,700	38	0,001
	Incluir família e pessoas significativas no processo, conforme apropriado	7	4	1	0	1	13	0,881	85	0,502
	Informar o paciente sobre as pessoas, tempo e local, conforme necessário	8	5	0	0	0	13	0,916	100	0,055
	Obter dados sobre resposta à orientação	7	2	3	0	1	13	0,858	69	0,253
	Proporcionar orientação familiar antecipatória	3	6	2	1	1	13	0,760	69	0,253
	Proporcionar orientação para a realidade	5	5	3	0	0	13	0,824	77	0,498
	Usar gestos e objetos para aumentar a compreensão da comunicação verbal	8	3	1	1	0	13	0,894	85	0,502
Orientação melhorada	Avaliar o nível de melhora sobre a resposta à orientação	8	5	0	0	0	13	0,916	100	0,055
	Estimular os sinais de melhora quanto ao nível de orientação	7	3	2	1	0	13	0,863	77	0,498
	Incluir família e pessoas significativas no processo, que reforce a orientação	8	5	0	0	0	13	0,916	100	0,055

Continua

²⁴ Percentual de peritos que consideraram cada intervenção de enfermagem como pertinente de acordo com as respostas “muito pertinente ou muitíssimo pertinente.²⁵ Teste binomial

	Monitorar mudanças na sensação e na orientação	3	6	2	1	1	13	0,760	69	0,253
	Proporcionar orientação para a realidade	7	3	3	0	0	13	0,866	77	0,498
Adaptação às mudanças prejudicada	Apoiar o processo de adaptação, demonstrando generosidade e que o paciente não é um fardo para o cuidador	8	2	1	1	1	13	0,888	77	0,498
	Apoiar, sempre que possível, a condição do paciente como gestor das suas atividades da vida diária	10	1	1	0	1	13	0,939	85	0,502
	Ensinar técnica de adaptação às mudanças decorrentes da perda de funcionalidade	8	2	2	0	1	13	0,890	77	0,498
	Gerenciar o processo de adaptação às mudanças	7	4	1	1	0	13	0,875	85	0,502
	Obter dados sobre as mudanças que têm dificultado a adaptar-se	8	3	2	0	0	13	0,896	85	0,502
	Orientar sobre as possibilidades de enfrentamentos às mudanças	7	4	2	0	0	13	0,877	85	0,502
	Orientar técnicas de adaptação	6	4	2	1	0	13	0,842	77	0,498
	Orientar, sempre que possível, a contratação de um cuidador profissional a ser pago pelo paciente	2	2	6	2	1	13	0,634	31	0,000
	Prestar suporte emocional diante da perda de funcionalidade	7	1	2	2	1	13	0,840	62	0,099
Desconforto	Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de controle da dor	7	2	2	1	1	13	0,855	69	0,253
	Considerar às influências culturais sobre a resposta à dor	4	2	3	1	3	13	0,738	46	0,007
	Executar cuidados paliativos de conforto	7	2	2	2	0	13	0,849	69	0,253
	Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor	8	1	2	1	1	13	0,877	69	0,253
	Observar indicadores não verbais de desconforto	6	3	2	2	0	13	0,826	69	0,253
	Obter dados sobre sinal de desconforto	8	1	1	3	0	13	0,867	69	0,253
	Orientar sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor/desconforto	8	1	3	1	0	13	0,872	69	0,253
	Promover o repouso/sono adequado para o alívio do desconforto	9	1	2	0	1	13	0,910	77	0,498
	Realizar uma avaliação abrangente acerca dos sinais e sintomas de desconforto	9	1	3	0	0	13	0,905	77	0,498
Verificar o posicionamento e sua relação com os sinais de desconforto	8	3	0	1	1	13	0,900	85	0,502	
Dispneia	Aspirar secreções, quando necessário.	10	1	2	0	0	13	0,933	85	0,502
	Assegurar o uso de medicamento para dor (morfina) que tende a melhorar a dispneia	6	0	2	2	3	13	0,790	46	0,007
	Avaliar a perfusão tissular	7	1	5	0	0	13	0,842	62	0,099
	Avaliar nível de tolerância a esforços	9	2	2	0	0	13	0,915	85	0,502
	Monitorar a administração de oxigenoterapia, conforme prescrito	8	3	1	0	1	13	0,901	85	0,502

Continuação

	Monitorar frequência e ritmo respiratório	9	4	0	0	0	13	0,934	100	0,055
	Observar se há uso de musculatura acessória e tiragem intercostal	9	2	2	0	0	13	0,915	85	0,502
	Orientar a família sobre a relação da dispneia com a evolução da doença	8	2	3	0	0	13	0,886	77	0,498
	Orientar o repouso no leito com cabeceira elevada a 45°	7	3	2	0	1	13	0,870	77	0,498
	Promover medidas não farmacológicas para redução no nível de ansiedade	7	2	3	1	0	13	0,851	69	0,253
	Promover medidas que facilitem a respiração elevando a cabeceira a 45°	7	2	2	2	0	13	0,849	69	0,253
Dor	Administrar medicamento para a dor	7	2	1	1	2	13	0,860	69	0,253
	Avaliar resposta ao manejo da dor	9	2	2	0	0	13	0,915	85	0,502
	Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre dor	8	1	3	1	0	13	0,872	69	0,253
	Providenciar a colaboração de um profissional especialista em dor	8	1	2	1	0	13	0,877	69	0,253
	Colaborar no plano de manejo da dor	7	2	2	2	0	13	0,849	69	0,253
	Identificar atitude em relação à dor	7	1	4	1	0	13	0,839	62	0,099
	Implementar protocolo para controle da dor	9	3	1	0	0	13	0,925	92	0,234
	Monitorar a dor	9	3	1	0	0	13	0,925	92	0,234
	Obter dados de conhecimento sobre a dor	5	2	2	2	2	13	0,777	54	0,030
	Obter dados de conhecimento sobre o manejo de dor	4	3	2	2	2	13	0,750	54	0,030
	Obter dados sobre alodinia	3	2	4	2	2	13	0,682	38	0,001
	Obter dados sobre resposta psicológica à dor	5	3	2	1	2	13	0,797	62	0,099
	Orientar a família sobre manejo da dor	8	3	2	0	0	13	0,896	85	0,502
	Orientar sobre a dor	6	2	4	0	1	13	0,823	62	0,099
	Orientar sobre o manejo da dor	6	3	3	1	0	13	0,830	69	0,253
Edema	Avaliar e registrar a localização do edema	8	4	1	0	0	13	0,906	92	0,253
	Avaliar nível do edema	7	3	2	1	0	13	0,863	77	0,498
	Investigar a causa do edema	9	3	1	0	0	13	0,925	92	0,234
	Monitorar edema	8	4	1	0	0	13	0,906	92	0,234
	Obter dados sobre manejo do edema	5	3	1	2	2	13	0,793	62	0,099
	Orientar a família sobre manejo do edema	7	4	2	0	0	13	0,877	85	0,502
	Proteger o local edemaciado contra lesões	8	5	0	0	0	13	0,916	100	0,055
Trocar decúbito a cada duas horas	8	3	0	1	1	13	0,900	85	0,502	
Fadiga	Avaliar nível de fadiga	10	2	1	0	0	13	0,942	92	0,234

Continua

Continuação

	Determinar a percepção do paciente/família sobre as causas de fadiga	6	6	0	1	0	13	0,866	92	0,234
	Determinar as limitações físicas do paciente	8	4	1	0	0	13	0,906	92	0,234
	Obter dados sobre a fadiga	7	1	2	1	2	13	0,846	62	0,099
	Orientar paciente/família sobre técnicas de autocuidado que minimize o consumo de energia	9	3	1	0	0	13	0,925	92	0,234
Ferida	Avaliar cicatrização da ferida	9	3	1	0	0	13	0,925	92	0,234
	Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre ferida	6	5	1	1	0	13	0,854	85	0,502
	Cuidar da ferida	7	3	0	1	2	13	0,872	77	0,498
	Cuidar da ferida maligna	4	2	1	2	4	13	0,730	46	0,007
	Mobilizar no leito com vistas à prevenção de pressão sobre a ferida	9	1	2	1	0	13	0,903	77	0,498
	Obter dados sobre conhecimento relativo ao cuidado e cicatrização da ferida	6	2	4	0	1	13	0,823	62	0,099
	Obter dados sobre a ferida	4	2	4	1	2	13	0,738	46	0,007
	Orientar sobre cicatrização da ferida	6	4	3	0	0	13	0,845	77	0,498
	Orientar sobre cuidados com a ferida	6	3	3	1	0	13	0,830	69	0,253
	Propiciar medidas que minimizem o odor da ferida	7	3	1	0	2	13	0,875	77	0,498
Hipertensão	Monitorar a pressão arterial de acordo com a gravidade e repercussões clínicas que provoquem sofrimento	9	2	0	1	1	13	0,919	85	0,502
	Monitorar adesão ao tratamento prescrito	8	4	1	0	0	13	0,906	92	0,234
	Orientar acerca do controle e ingestão de sódio na dieta	7	5	1	0	0	13	0,887	92	0,234
	Promover técnicas de relaxamento para redução da ansiedade	7	3	2	0	1	13	0,870	77	0,498
	Verificar a pressão arterial de acordo com a necessidade	6	2	2	3	0	13	0,810	62	0,099
Hipotermia	Controle do ambiente propiciando aquecimento da temperatura	9	3	1	0	0	13	0,925	92	0,234
	Manter a pessoa aquecida com uso de cobertores	9	4	0	0	0	13	0,934	100	0,055
	Monitorar o nível de consciência	8	2	3	0	0	13	0,886	77	0,498
	Monitorar sinais vitais	7	4	1	1	0	13	0,875	85	0,502
	Observar a presença de cianose	9	3	1	0	0	13	0,925	92	0,234
	Observar a presença de tremores	9	3	0	1	0	13	0,923	92	0,234
	Observar os sinais precoces de hipotermia: pele fria, palidez e vermelhidão	8	4	1	0	0	13	0,906	92	0,234
	Obter dados para avaliação da hipotermia	5	2	1	3	2	13	0,772	54	0,030
Hipóxia	Avaliar o posicionamento da pessoa no leito buscando posicioná-la de	9	2	1	1	0	13	0,913	85	0,502

Continua

	modo a melhorar a ventilação, aliviando o sofrimento físico									
	Minimizar o esforço físico	8	1	3	1	0	13	0,872	69	0,253
	Monitorar a oxigenoterapia conforme prescrito	7	4	1	1	0	13	0,875	85	0,502
	Promover técnicas de relaxamento para redução da ansiedade	6	1	4	1	1	13	0,806	54	0,030
Náusea	Administrar antiemético conforme prescrito	8	3	0	1	1	13	0,900	85	0,502
	Avaliar sinais de risco para aspiração brônquica	8	2	2	1	0	13	0,883	77	0,498
	Ensinar técnicas de relaxamento, para utilizar durante os episódios de náusea	8	2	2	1	0	13	0,883	77	0,498
	Explicar a causa da náusea e a duração se conhecidas	8	1	3	1	0	13	0,872	69	0,253
	Manter boa higiene oral periódica	8	3	1	1	0	13	0,894	85	0,502
	Oferecer pequenos cubos de gelo	6	2	2	3	0	13	0,810	62	0,099
	Orientar a pessoa e seu familiar a identificar alimentos que propiciam desencadear episódios de náusea	8	4	1	0	0	13	0,906	92	0,234
	Orientar o fracionamento das refeições	8	1	3	1	0	13	0,872	69	0,253
	Orientar quanto à mastigação lenta dos alimentos	6	3	4	0	0	13	0,833	69	0,253
Respiração prejudicada	Administrar analgésico para prevenir a hiperventilação	8	0	1	2	2	13	0,867	62	0,099
	Auxiliar com mudanças frequentes de posição, quando adequado	8	2	3	0	0	13	0,886	77	0,498
	Encorajar a tosse para expectoração de secreção quando possível	8	2	2	1	0	13	0,883	77	0,498
	Ensinar técnicas de ventilação	7	2	3	1	0	13	0,851	69	0,253
	Manter as vias aéreas desobstruídas	9	3	1	0	0	13	0,925	92	0,234
	Monitorar a fadiga dos músculos ventilação	6	3	3	1	0	13	0,830	69	0,253
	Monitorar o estado ventilatório e a oxigenação	8	4	1	0	0	13	0,906	92	0,234
	Posicionar o paciente no leito com cabeceira elevada a 45° visando ao alívio da dispneia	8	2	2	0	1	13	0,890	77	0,498
	Promover medidas não farmacológicas que possa aliviar a dispneia	7	1	4	0	1	13	0,846	62	0,009
Risco de caquexia	Ajudar a pessoa a se alimentar de acordo com as suas necessidades e aceitação	9	2	2	0	0	13	0,915	85	0,502
	Desencorajar a síndrome “ele tem que comer senão morre”, demonstrando que nesse estágio da doença é desnecessário uma dieta equilibrada	5	3	2	2	1	13	0,791	62	0,099
	Escutar os receios dos familiares em relação ao emagrecimento	6	5	0	2	0	13	0,851	85	0,502
	Evitar a rotina de pesar o paciente	6	3	3	1	0	13	0,830	69	0,253
	Informar quanto à importância de respeitar a vontade do paciente e sua limitação em aceitar a dieta	8	1	3	1	0	13	0,872	69	0,253

Continuação

	Investigar problemas de mastigação	7	3	3	0	0	13	0,866	77	0,498
	Orientar sobre a perda de peso corporal e sua relação com a doença	7	2	4	0	0	13	0,854	69	0,253
	Solicitar avaliação do serviço de nutrição	8	3	1	1	0	13	0,894	85	0,502
Sono prejudicado	Avaliar a causa do padrão de sono alterado	10	3	0	0	0	13	0,951	100	0,055
	Avaliar presença de queixa de dor que possa estar prejudicando o sono	8	2	1	1	1	13	0,888	77	0,498
	Discutir com a pessoa e a família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida que possam estar interferindo no padrão de sono alterado	8	2	3	0	0	13	0,886	77	0,498
	Promover técnicas de relaxamento para redução da ansiedade	7	3	2	1	0	13	0,863	77	0,498
	Proporcionar um ambiente calmo e tranquilo	7	5	1	0	0	13	0,887	92	0,234
	Reduzir ou aliviar as causas predisponentes e que atrapalham o sono	7	3	2	0	1	13	0,870	77	0,498
	Angústia relacionada à morte	Estimular a discussão entre paciente e família para a tomada de decisão sobre o processo de morte e a morte	9	3	2	0	1	13	0,925	92
Obter dados sobre o sentimento de angústia		7	0	4	0	2	13	0,836	54	0,030
Prestar apoio espiritual		6	3	3	0	1	13	0,836	69	0,253
Promover escuta ativa		8	3	1	0	1	13	0,901	85	0,502
Promover técnicas de relaxamento que possibilitem aliviar o sofrimento de angústia		7	3	1	1	1	13	0,867	77	0,498
Desespero	Criar uma atmosfera que facilite a confiança	10	1	2	0	0	13	0,933	85	0,502
	Desenvolver estratégias psicológicas, para promover aceitação da situação de doença	6	4	1	2	0	13	0,839	77	0,498
	Encorajar a verbalização de sentimentos de medo e desespero	9	3	1	0	0	13	0,925	92	0,234
	Identificar as causas do desespero	8	2	3	0	0	13	0,886	77	0,498
	Identificar quando o nível de medo e desespero se modifica	7	3	3	0	0	13	0,866	77	0,498
	Orientar sobre o uso de técnicas de relaxamento que aliviem o medo e desespero	6	4	1	1	1	13	0,846	77	0,498
Estado emocional prejudicado	Estabelecer relação de confiança	10	1	2	0	0	13	0,933	85	0,502
	Monitorar o estado emocional da pessoa	8	3	2	0	0	13	0,896	85	0,502
	Oferecer ambiente calmo e agradável a proporcionar bom estado emocional	7	2	3	0	1	13	0,858	69	0,253
	Promover o diálogo e oportunidade para esclarecer as dúvidas da pessoa e família quanto à doença e ao processo de morrer e a morte	9	2	2	0	0	13	0,915	85	0,502
Tristeza crônica	Administrar medicamentos para dor e alívio do sofrimento conforme	3	2	3	2	3	13	0,679	38	0,001

Continua

	prescritos										
	Estimular o diálogo	9	2	2	0	0	13	0,915	85	0,502	
	Facilitar o processo de luto	7	1	2	2	1	13	0,840	62	0,099	
	Incentivar a visita de familiares e amigos	9	2	2	0	0	13	0,915	85	0,502	
	Oferecer apoio emocional	8	2	1	2	0	13	0,881	77	0,498	
	Oferecer apoio espiritual	7	2	2	1	1	13	0,855	69	0,253	
	Promover assistência no controle da raiva	4	2	4	1	2	13	0,738	46	0,007	
	Proporcionar métodos de distração e técnicas de relaxamento	6	2	5	0	0	13	0,820	62	0,099	
Dignidade preservada	Chamar a pessoa sempre pelo nome	9	2	0	0	2	13	0,927	85	0,502	
	Manter a harmonia entre pessoa, família e equipe de cuidados paliativos	9	1	2	0	1	13	0,910	77	0,498	
	Manter o diálogo em prol de que os processos de tomadas de decisões aconteçam sempre em consenso, respeitando a autonomia do paciente	8	2	1	0	2	13	0,896	77	0,498	
	Manter um ambiente agradável	8	1	0	1	3	13	0,887	69	0,253	
	Manter vestimentas adequadas e com boa aparência estética	9	1	1	1	1	13	0,909	77	0,498	
	Monitorar sinais de incontinência urinária ou fecal	5	4	2	0	2	13	0,816	69	0,253	
	Promover, junto à pessoa e sua família, orientações antecipadas sobre o processo de morrer e a morte	9	1	2	0	1	13	0,910	77	0,498	
	Trabalhar a continuidade do Eu diante da doença e do sofrimento	7	3	2	0	1	13	0,870	77	0,498	
Expectativa de esperança	Estimular o otimismo proporcionando apoio a um viver com dignidade	10	0	2	0	1	13	0,929	77	0,498	
	Estimular a pessoa a buscar razões que propiciem esperança de vida	10	1	1	0	1	13	0,939	85	0,502	
	Evitar prestar informações com falsas esperanças	9	3	1	0	0	13	0,925	92	0,234	
	Promover esperança estimulando a espiritualidade do paciente	9	2	2	0	0	13	0,915	85	0,502	
Desesperança	Estimular o paciente a buscar razões que propiciem esperança de vida	9	1	0	1	2	13	0,915	77	0,498	
	Facilitar o processo de trabalhar os sentimentos de culpa	6	3	3	1	0	13	0,830	69	0,253	
	Identificar a necessidade a apoio espiritual	8	3	1	1	0	13	0,894	85	0,502	
	Identificar sentimentos de culpa	7	2	2	2	0	13	0,849	69	0,253	
	Identificar sinais de ideação suicida	9	2	1	1	0	13	0,913	85	0,502	
	Promover apoio emocional	8	2	1	2	0	13	0,881	77	0,498	
	Promover apoio espiritual	8	2	2	1	0	13	0,883	77	0,498	
	Promover escuta ativa	10	2	1	0	0	13	0,942	92	0,234	
	Promover esperança, estimulando a espiritualidade do paciente	10	0	1	0	2	13	0,936	77	0,498	
Promover oportunidade para se falar sobre a finitude de acordo com a	10	0	3	0	0	13	0,923	77	0,498		

	aceitação por parte do paciente										
	Promover técnicas de relaxamento que possibilitem aliviar o sentimento de desesperança	7	2	2	2	0	13	0,849	69	0,253	
	Proporcionar condições que contribuam, para facilitar o processo de luto	7	1	2	2	1	13	0,840	62	0,099	
Risco de interrupção do autocuidado	Avaliar a habilidade e capacidade de autocuidado	10	2	1	0	0	13	0,942	92	0,234	
	Enfatizar a importância da participação no autocuidado para a preservação da dignidade e maior qualidade de vida	7	4	1	1	0	13	0,875	85	0,502	
	Ensinar a pessoa a desenvolver atividades e hábitos saudáveis (alimentação, lazer, exercícios)	5	7	0	1	0	13	0,845	92	0,234	
	Garantir o envolvimento do paciente na realização dos cuidados e atividades da vida diária	7	4	1	0	1	13	0,881	85	0,502	
	Orientar quanto à necessidade de abandonar ou reduzir hábitos não saudáveis	4	5	1	3	0	13	0,775	69	0,253	
Adesão ao regime terapêutico	Avaliar regime terapêutico com vistas ao alívio do sofrimento	9	2	1	0	1	13	0,921	85	0,502	
	Demonstrar como seguir o regime terapêutico	9	1	2	1	0	13	0,903	77	0,498	
	Implementar estratégias para aceitação do regime terapêutico em prol do alívio do sofrimento	8	1	4	0	0	13	0,875	69	0,253	
	Obter dados acerca do conhecimento sobre o regime terapêutico	8	1	3	1	0	13	0,872	69	0,253	
	Orientar família sobre regime terapêutico	9	1	3	0	0	13	0,905	77	0,498	
	Orientar sobre regime terapêutico na perspectiva do alívio do sofrimento	9	1	3	0	0	13	0,905	77	0,498	
	Priorizar regime terapêutico	7	0	4	2	0	13	0,823	54	0,030	
Atitude de enfrentamento do processo de morrer e da morte prejudicada	Apoiar paciente e família no enfrentamento do processo de morrer	10	2	1	0	0	13	0,942	92	0,234	
	Encorajar o paciente e família a partilhar seus sentimentos sobre a morte	9	2	1	0	1	13	0,921	85	0,502	
	Facilitar a capacidade para falar sobre o processo de morrer e a morte	10	2	0	1	0	13	0,941	92	0,234	
	Identificar a necessidade/desejo do paciente em falar ou não sobre o processo de terminalidade e sua morte	10	1	2	0	0	13	0,933	85	0,502	
	Obter dados sobre seus pensamentos e perspectivas sobre o processo de morrer e a morte	7	3	1	0	2	13	0,875	77	0,498	
	Orientar sobre o processo de morrer e a morte	7	1	2	2	1	13	0,840	62	0,099	
	Possibilitar falar sobre o processo de morrer e a morte	7	1	1	2	2	13	0,843	62	0,099	
	Promover o diálogo entre paciente, família e equipe de saúde sobre o processo de finitude	7	2	3	0	1	13	0,858	69	0,253	
	Respeitar o ritmo de cada pessoa para com a sua tolerância no processo de aceitação	9	2	0	1	1	13	0,919	85	0,502	

Vontade de viver presente	Avaliar a partir da escuta ativa, indício de pensamentos positivos e de força de vontade para viver	9	1	1	1	1	13	0,909	77	0,498
	Identificar necessidades de reconciliação	7	1	1	1	3	13	0,851	62	0,099
	Identificar o sentido da vida para a pessoa	8	1	2	0	2	13	0,884	69	0,253
	Observar como a pessoa faz uso de estratégias, para compensar problemas e/ou situações relacionadas à doença	7	1	3	1	1	13	0,843	62	0,099
	Oportunizar momentos de contato humano, amor, celebração da vida, humor	9	0	3	0	1	13	0,900	69	0,253
	Proporcionar condições favoráveis à reconciliação	6	1	1	2	3	13	0,806	54	0,030
Angústia espiritual	Aconselhar sobre angústia espiritual	7	0	2	3	1	13	0,822	54	0,030
	Esclarecer sobre o que é espiritualidade enquanto dimensão de significativo propósito	6	3	1	2	1	13	0,830	69	0,253
	Obter dados sobre condição espiritual	5	2	1	2	3	13	0,779	54	0,030
	Obter dados sobre crença espiritual	5	2	1	3	2	13	0,772	54	0,030
	Obter dados sobre crença espiritual da família	6	2	1	2	2	13	0,819	62	0,099
	Promover escuta ativa	9	1	1	2	0	13	0,901	77	0,498
	Promover apoio espiritual	6	3	1	3	0	13	0,823	69	0,253
Proporcionar apoio espiritual	5	2	2	2	2	13	0,777	54	0,030	
Risco de Angústia espiritual	Aconselhar sobre angústia espiritual	5	0	3	3	2	13	0,738	38	0,001
	Facilitar a promoção de resiliência	7	1	2	3	0	13	0,833	62	0,099
	Facilitar o crescimento espiritual	4	1	3	3	2	13	0,707	38	0,001
	Obter dados sobre a necessidade de apoio espiritual	6	2	1	2	2	13	0,819	62	0,099
	Promover escuta ativa	8	1	2	2	0	13	0,870	69	0,253
	Promover apoio espiritual	8	0	1	4	0	13	0,852	62	0,099
	Promover o diálogo sobre a dimensão espiritual	7	2	2	2	0	13	0,849	69	0,253
Proporcionar apoio espiritual	6	0	2	4	1	13	0,777	46	0,007	
Falta de apoio da família	Cuidar do paciente e família como unidade de cuidados única	5	1	2	2	3	13	0,761	46	0,007
	Demonstrar atitudes que reforcem a afirmativa de que “eu [profissional] estou contigo e disposto a te ajudar” diante do sofrimento e “não vou te abandonar”	7	2	2	1	1	13	0,855	69	0,253
	Demonstrar que o paciente não é um fardo para a equipe e família	9	1	2	1	0	13	0,903	77	0,498

	Demonstrar que o paciente é digno da atenção da equipe de cuidados paliativos	8	2	2	1	0	13	0,883	77	0,498
	Identificar expressões verbais do desejo de apoio por parte dos membros da família	7	3	2	1	0	13	0,863	77	0,498
	Identificar o grau de apoio familiar	8	1	3	1	0	13	0,872	69	0,253
	Observar expressões verbais e comportamentais por parte da família que denote preocupação com o seu ente querido doente	8	1	3	1	0	13	0,872	69	0,253
Relacionamento paciente/cuidador prejudicado	Avaliar o processo de comunicação entre paciente e cuidador	8	2	2	0	1	13	0,890	77	0,498
	Demonstrar que o paciente é importante para a equipe de cuidados paliativos	9	2	2	0	0	13	0,915	85	0,502
	Observar atitudes de paciência, calma e companheirismo do cuidador para com o paciente	10	1	1	0	1	13	0,939	85	0,502
	Observar o senso de responsabilidade do cuidador para com o paciente	10	1	1	0	1	13	0,939	85	0,502
	Promover meios para que se estabeleça um relacionamento confiável entre paciente e cuidador	8	1	4	0	0	13	0,875	69	0,253
	Utilizar o mnemônico ABCD de cuidados para preservação da dignidade: Atitude, Comportamento, Compaixão e Diálogo	8	1	2	1	1	13	0,877	69	0,253
Processo de tomada de decisão prejudicado	Apoiar a pessoa na abordagem de suas preocupações com as consequências e resultados após sua morte	9	1	1	1	1	13	0,909	77	0,498
	Apoiar o processo de tomada de decisão	9	1	0	1	2	13	0,915	77	0,498
	Avaliar a cognição	8	2	3	0	0	13	0,886	77	0,498
	Avaliar o estado psicológico	7	2	2	1	1	13	0,855	69	0,253
	Estimular a pessoa a identificar fatores estressores como situações, eventos e interações pessoais	8	1	1	1	2	13	0,882	69	0,253
	Estimular a verbalização de emoções dolorosas	7	1	1	2	2	13	0,843	62	0,099

Fonte: Dados da pesquisa.

Na tabela a seguir (**Tabela 7**), apresentam-se os diagnósticos/resultados, com suas respectivas intervenções de enfermagem, organizados de acordo o Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade após a finalização das duas fases do processo de validação de conteúdo.

Tabela 7 - Distribuição dos diagnósticos/resultados e respectivas intervenções de enfermagem consensualizados. Salvador, 2014.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Comunicação prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> Identificar barreiras à comunicação Obter dados sobre déficit auditivo e/ou da fala Obter dados sobre habilidade para comunicação pela fala Promover comunicação familiar eficaz Promover escuta ativa
Orientação prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> Evitar diálogos que venham frustrar o paciente com questões de orientação que ele não possa responder Incluir família e pessoas significativas no processo, conforme apropriado Informar o paciente sobre as pessoas, tempo e local, conforme necessário Obter dados sobre resposta à orientação Proporcionar orientação familiar antecipatória Proporcionar orientação para a realidade Usar gestos e objetos, para aumentar a compreensão da comunicação verbal
Orientação melhorada	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o nível de melhora sobre a resposta à orientação Estimular os sinais de melhora quanto ao nível de orientação Incluir família e pessoas significativas no processo, que reforce a orientação Monitorar mudanças na sensação e na orientação Proporcionar orientação para a realidade
Adaptação às mudanças prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> Apoiar o processo de adaptação, demonstrando generosidade e que o paciente não é um fardo para o cuidador Apoiar, sempre que possível, a condição do paciente como gestor das suas atividades da vida diária Ensinar técnica de adaptação às mudanças decorrentes da perda de funcionalidade Gerenciar o processo de adaptação às mudanças Obter dados sobre as mudanças que têm dificultado a adaptar-se Orientar sobre as possibilidades de enfrentamentos às mudanças Orientar técnicas de adaptação Prestar suporte emocional diante da perda de funcionalidade
Desconforto	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de controle da dor Executar cuidados paliativos de conforto Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor Observar indicadores não verbais de desconforto Obter dados sobre sinal de desconforto Orientar sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor/desconforto Promover o repouso/sono adequado para o alívio do desconforto Realizar uma avaliação abrangente acerca dos sinais e sintomas de desconforto Verificar o posicionamento postural e sua relação com os sinais de desconforto
Dispneia	<ul style="list-style-type: none"> Aspirar secreções, quando necessário Avaliar a perfusão tissular Avaliar nível de tolerância a esforços Monitorar a administração de oxigenoterapia conforme prescrito Monitorar frequência e ritmo respiratório Observar se há uso de musculatura acessória e tiragem intercostal

Continua

Continuação

	<p>Orientar a família sobre a relação da dispneia com a evolução da doença</p> <p>Orientar o repouso no leito com cabeceira elevada a 45°</p> <p>Promover medidas não farmacológicas para redução no nível de ansiedade</p> <p>Promover medidas que facilitem a respiração, elevando a cabeceira a 45°</p>
Dor	<p>Administrar medicamento para dor</p> <p>Avaliar resposta ao manejo da dor</p> <p>Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre dor</p> <p>Investigar possibilidades de discussão e/ou propostas de melhorias no planejamento do controle da dor junto à equipe de saúde e familiares</p> <p>Colaborar no plano de manejo à dor</p> <p>Identificar atitudes em relação à dor</p> <p>Implementar protocolo para controle da dor</p> <p>Monitorar a dor</p> <p>Obter dados sobre resposta psicológica à dor</p> <p>Orientar a família sobre o manejo da dor</p> <p>Orientar sobre a dor</p> <p>Orientar sobre o manejo da dor</p>
Edema	<p>Avaliar e registrar a localização do edema</p> <p>Avaliar nível do edema</p> <p>Investigar a causa do edema</p> <p>Monitorar edema</p> <p>Obter dados sobre manejo do edema</p> <p>Orientar a família sobre o manejo do edema</p> <p>Proteger o local edemaciado contra lesões</p> <p>Verificar possibilidade de aliviar o edema pela mudança de decúbito e estipular periodicidade mais adequada para a realização de trocas de posicionamento corporal</p>
Fadiga	<p>Avaliar nível de fadiga</p> <p>Determinar a percepção do paciente/família sobre as causas de fadiga</p> <p>Determinar as limitações físicas do paciente</p> <p>Obter dados sobre a fadiga</p> <p>Orientar paciente/família sobre técnicas de autocuidado que minimizem o consumo de energia</p>
Ferida	<p>Avaliar o processo de cicatrização vigente da ferida e estabelecer prognóstico de reconstituição da pele</p> <p>Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre ferida</p> <p>Cuidar da ferida</p> <p>Mobilizar no leito com vistas à prevenção de pressão sobre a ferida</p> <p>Obter dados sobre conhecimento relativo ao cuidado e cicatrização da ferida</p> <p>Orientar sobre cicatrização da ferida</p> <p>Orientar sobre cuidados com a ferida</p> <p>Propiciar medidas que minimizem o odor da ferida</p>
Hipertensão	<p>Monitorar a pressão arterial de acordo com a gravidade e repercussões clínicas que provoquem sofrimento</p> <p>Monitorar adesão ao tratamento prescrito</p> <p>Orientar acerca do controle e ingestão de sódio na dieta</p> <p>Promover técnicas de relaxamento para prevenção da ansiedade</p> <p>Verificar a pressão arterial de acordo com a necessidade</p>
Hipotermia	<p>Controlar ambiente propiciando aquecimento da temperatura</p> <p>Manter a pessoa aquecida com uso de cobertores</p> <p>Monitorar o nível de consciência</p> <p>Monitorar temperatura</p> <p>Observar a presença de cianose em extremidades</p> <p>Observar a presença de tremores</p> <p>Observar os sinais precoces de hipotermia: pele fria, palidez e vermelhidão</p>
Hipóxia	<p>Avaliar o posicionamento da pessoa no leito, buscando posicioná-la de modo a melhorar a ventilação, aliviando o sofrimento físico</p> <p>Minimizar o esforço físico</p> <p>Monitorizar a oxigenoterapia conforme prescrito</p>
Náusea	<p>Assegurar a administração de fármacos prescritos e avaliar resultados da</p>

Continua

	<p>terapêutica medicamentosa empregada</p> <p>Avaliar sinais de risco para aspiração brônquica</p> <p>Ensinar técnicas de relaxamento, para utilizar durante os episódios de náusea</p> <p>Explicar a causa da náusea e a duração se conhecidas</p> <p>Manter boa higiene oral periódica</p> <p>Oferecer pequenos cubos de gelo</p> <p>Orientar a pessoa e seu familiar a identificar alimentos que propiciam desencadear episódios de náusea</p> <p>Orientar o fracionamento das refeições</p> <p>Orientar quanto à mastigação lenta dos alimentos</p>
Respiração prejudicada	<p>Administrar analgésico, para prevenir a hiperventilação</p> <p>Auxiliar com mudanças frequentes de posição, quando adequado</p> <p>Encorajar a tosse para expectoração de secreção quando possível</p> <p>Ensinar técnicas de ventilação</p> <p>Manter as vias aéreas desobstruídas</p> <p>Monitorar a fadiga dos músculos da ventilação</p> <p>Monitorar o estado ventilatório e a oxigenação</p> <p>Posicionar o paciente no leito com cabeceira elevada a 45° visando ao alívio da dispneia</p> <p>Promover medidas não farmacológicas que possam aliviar a dispneia</p>
Risco de caquexia	<p>Ajudar a pessoa a se alimentar de acordo com as suas necessidades e aceitação</p> <p>Desencorajar a síndrome “ele tem que comer senão morre”, demonstrando que nesse estágio da doença é desnecessário uma dieta equilibrada</p> <p>Escutar os receios dos familiares em relação ao emagrecimento</p> <p>Evitar a rotina de pesar o paciente</p> <p>Informar quanto à importância de respeitar a vontade do paciente e sua limitação em aceitar a dieta</p> <p>Investigar problemas de mastigação e/ou deglutição</p> <p>Orientar sobre a perda de peso corporal e sua relação com a doença</p> <p>Solicitar avaliação do serviço de nutrição</p>
Sono prejudicado	<p>Avaliar a causa do padrão de sono alterado</p> <p>Avaliar presença de queixa de dor que possa estar prejudicando o sono</p> <p>Discutir com a pessoa e a família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida que possam estar interferindo no padrão de sono alterado</p> <p>Promover técnicas de relaxamento para redução da ansiedade</p> <p>Proporcionar um ambiente calmo e tranquilo</p> <p>Reduzir ou aliviar as causas predisponentes (como dor, ruídos, medo da morte, angústia, tristeza dentre outras) e que atrapalham o sono</p>
Angústia relacionada à morte	<p>Estimular a discussão entre paciente e família para a tomada de decisão sobre o processo de morrer e a morte</p> <p>Promover apoio espiritual</p> <p>Promover escuta ativa</p> <p>Promover técnicas de relaxamento que possibilitem aliviar o sofrimento de angústia</p>
Desespero	<p>Criar uma atmosfera que facilite a confiança</p> <p>Desenvolver estratégias psicológicas, para promover aceitação da situação de doença</p> <p>Encorajar a verbalização de sentimentos de medo e desespero</p> <p>Identificar as causas do desespero</p> <p>Identificar quando o nível de medo e desespero se modifica</p> <p>Orientar sobre o uso de técnicas de relaxamento que aliviem o medo e desespero</p>
Estado emocional prejudicado	<p>Estabelecer relação de confiança</p> <p>Monitorar o estado emocional da pessoa</p> <p>Oferecer ambiente calmo e agradável a proporcionar bom estado emocional</p> <p>Promover o diálogo e oportunidade, para esclarecer as dúvidas da pessoa e família quanto à doença e ao processo de morrer e a morte</p>
Tristeza crônica	<p>Estimular o diálogo</p>

Continuação

	<p>Facilitar o processo de luto</p> <p>Incentivar a visita de familiares e amigos</p> <p>Promover apoio emocional</p> <p>Promover apoio espiritual</p> <p>Proporcionar métodos de distração e técnicas de relaxamento</p>
Dignidade preservada	<p>Chamar a pessoa sempre pelo nome</p> <p>Manter a harmonia entre pessoa, família e equipe de cuidados paliativos</p> <p>Manter o diálogo em prol de que os processos de tomadas de decisões aconteçam sempre em consenso, respeitando a autonomia do paciente</p> <p>Manter um ambiente agradável</p> <p>Manter vestimentas adequadas e com boa aparência estética</p> <p>Monitorar sinais de incontinência urinária e fecal</p> <p>Promover junto à pessoa e sua família, orientações antecipadas sobre o processo de morrer e a morte</p> <p>Trabalhar a continuidade do Eu diante da doença e do sofrimento</p>
Expectativa de esperança	<p>Estimular o otimismo, proporcionando apoio a um viver com dignidade</p> <p>Estimular a pessoa a buscar razões que propiciem esperança de vida</p> <p>Evitar prestar informações com falsas esperanças</p> <p>Promover esperança, estimulando a espiritualidade do paciente</p>
Desesperança	<p>Estimular o paciente a buscar razões que propiciem esperança de vida</p> <p>Facilitar o processo de trabalhar os sentimentos de culpa</p> <p>Identificar a necessidade a apoio espiritual</p> <p>Identificar sentimentos de culpa</p> <p>Identificar sinais de ideação suicida</p> <p>Promover apoio emocional</p> <p>Promover apoio espiritual</p> <p>Promover escuta ativa</p> <p>Promover esperança, estimulando a espiritualidade do paciente</p> <p>Promover oportunidade para se falar sobre a finitude de acordo com a aceitação por parte do paciente</p> <p>Promover técnicas de relaxamento que possibilitem aliviar o sentimento de desesperança</p> <p>Proporcionar condições que contribuam para facilitar o processo de luto</p>
Risco de interrupção do autocuidado	<p>Avaliar a habilidade e capacidade de autocuidado</p> <p>Enfatizar a importância da participação do paciente no autocuidado para a preservação da dignidade e maior qualidade de vida</p> <p>Ensinar a pessoa a desenvolver atividades e hábitos saudáveis (alimentação, lazer, exercícios)</p> <p>Estimular o envolvimento do paciente na realização dos cuidados e atividades da vida diária</p> <p>Orientar quanto à necessidade de abandonar ou reduzir hábitos não saudáveis</p>
Adesão ao regime terapêutico	<p>Avaliar regime terapêutico com vistas ao alívio do sofrimento</p> <p>Demonstrar como seguir o regime terapêutico</p> <p>Implementar estratégias para aceitação do regime terapêutico em prol do alívio do sofrimento</p> <p>Obter dados acerca do conhecimento sobre o regime terapêutico</p> <p>Orientar família sobre regime terapêutico</p> <p>Orientar sobre regime terapêutico na perspectiva do alívio do sofrimento</p>
Atitude de enfrentamento do processo de morrer e da morte prejudicada	<p>Apoiar paciente e família no enfrentamento do processo de morrer</p> <p>Encorajar o paciente e família a partilhar seus sentimentos sobre a morte</p> <p>Facilitar a capacidade, para falar sobre o processo de morrer e a morte</p> <p>Identificar a necessidade/desejo do paciente em falar ou não sobre o processo de terminalidade e sua morte</p> <p>Obter dados sobre pensamentos e perspectivas do paciente, família e cuidador sobre o processo de morrer e a morte</p> <p>Orientar sobre o processo de morrer e a morte</p> <p>Possibilitar falar sobre o processo de morrer e a morte</p> <p>Promover o diálogo entre paciente, família e equipe de saúde sobre o processo de finitude</p> <p>Respeitar o ritmo de cada pessoa para com a sua tolerância no processo de</p>

Continua

Continuação

	aceitação
Vontade de viver presente	<p>Avaliar a partir da escuta ativa, indício de pensamentos positivos e de força de vontade para viver</p> <p>Identificar a necessidade de reconciliação</p> <p>Identificar o sentido da vida para a pessoa</p> <p>Observar como a pessoa faz uso de estratégias, para compensar problemas e/ou situações relacionadas à doença</p> <p>Oportunizar momentos de contato humano, amor, celebração da vida, humor</p>
Angústia espiritual	<p>Esclarecer sobre o que é espiritualidade enquanto dimensão de significativo propósito</p> <p>Obter dados sobre crença espiritual da família</p> <p>Promover escuta ativa</p> <p>Promover apoio espiritual</p>
Risco de Angústia espiritual	<p>Facilitar a promoção da resiliência</p> <p>Obter dados sobre a necessidade de apoio espiritual</p> <p>Promover escuta ativa</p> <p>Promover apoio espiritual</p> <p>Promover o diálogo sobre a dimensão espiritual</p>
Falta de apoio da família	<p>Demonstrar atitudes que reforcem a afirmativa de que “eu [profissional] estou contigo e disposto a te ajudar” diante do sofrimento e “não vou te abandonar”</p> <p>Demonstrar que o paciente não é um fardo para a equipe e família</p> <p>Demonstrar que o paciente é digno da atenção da equipe de cuidados paliativos</p> <p>Identificar expressões verbais do desejo de apoio por parte dos membros da família</p> <p>Identificar o grau de apoio familiar</p> <p>Observar expressões verbais e comportamentais por parte da família que denote preocupação com o seu ente querido doente</p>
Relacionamento paciente/cuidador prejudicado	<p>Avaliar o processo de comunicação entre paciente e cuidador</p> <p>Demonstrar que o paciente é importante para a equipe de cuidados paliativos</p> <p>Observar atitudes de paciência, calma e companheirismo do cuidador para com o paciente</p> <p>Observar o senso de responsabilidade do cuidador para com o paciente</p> <p>Promover meios para que se estabeleça um relacionamento confiável entre paciente e cuidador</p> <p>Utilizar o mnemônico ABCD de cuidados para preservação da dignidade: Atitude, Comportamento, Compaixão e Diálogo</p>
Processo de tomada de decisão prejudicado	<p>Apoiar a pessoa na abordagem de suas preocupações com as consequências e resultados após sua morte</p> <p>Apoiar o processo de tomada de decisão</p> <p>Avaliar a cognição</p> <p>Avaliar o estado psicológico</p> <p>Estimular a pessoa a identificar fatores estressores como situações, eventos e interações pessoais</p> <p>Estimular a valorização de emoções dolorosas</p>

Fonte: Dados da pesquisa.

Das 248 intervenções de enfermagem, 220 foram consensualizadas, após excluídas as repetições de 11 intervenções de enfermagem que atendem os cuidados a mais de um diagnóstico de enfermagem, restaram 209, as quais foram submetidas à técnica de “cross-mapping”, realizando-se o cruzamento entre estas e as intervenções de enfermagem constantes no Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma morte digna (ICN, 2010) com a finalidade de identificar as intervenções constantes e não constantes do catálogo.

Assim como adotado quando do mapeamento dos termos e dos diagnósticos/resultados de enfermagem, foi também realizada a análise e classificação dos enunciados conforme os critérios estabelecidos por Leal (2006) já descritos. Dessa análise evidenciou-se que dezessete (8,1%) intervenções de enfermagem foram classificadas como constantes pelo critério de similaridade, conforme apresentados no **Quadro 15**; nove (4,3%) como não constantes, contudo, de acordo com os critérios utilizados por Leal (2006), quatro (1,9%) intervenções de enfermagem foram consideradas como mais abrangentes (**Quadro 16**); cinco (2,4%) foram classificadas como mais restritas (**Quadro 17**). Restaram 183 (87,6%) intervenções de enfermagem que não apresentaram concordância alguma com as constantes do catálogo, conforme apresentados no **quadro 18**.

Quadro 15 - Intervenções de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos constantes do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna. Salvador, 2014.

Intervenções de enfermagem constantes do Catálogo Cuidados Paliativos para uma Morte Digna - CIPE®
Administrar medicamento para dor
Apoiar o processo de tomada de decisão
Avaliar a cognição
Assegurar a administração de fármacos prescritos e avaliar resultados da terapêutica medicamentosa empregada
Avaliar a habilidade e capacidade de autocuidado
Avaliar nível de fadiga
Avaliar o estado psicológico
Avaliar resposta ao manejo da dor
Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre dor
Demonstrar como seguir o regime terapêutico
Determinar as limitações físicas do paciente
Estabelecer relação de confiança
Facilitar a capacidade, para falar sobre o processo de morrer e a morte
Investigar possibilidades de discussão e/ou propostas de melhorias no planejamento do controle da dor junto à equipe de saúde e familiares
Monitorar a dor
Promover apoio emocional
Promover apoio espiritual

Quadro 16 - Intervenções de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos consideradas como mais abrangentes em relação àquelas do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna. Salvador, 2014.

Intervenções de enfermagem mais abrangentes	Diagnósticos/resultados do Catálogo Cuidados Paliativos para uma Morte Digna - CIPE®
Colaborar no plano de manejo da dor	Colaborar na iniciação de analgesia controlada pelo paciente
Encorajar a verbalização de sentimentos de medo e desespero	Aconselhar acerca dos medos
Estimular a discussão entre paciente e família para a tomada de decisão sobre o processo de morrer e a morte	Apoiar o processo de tomada de decisão da família
Informar quanto à importância de respeitar a vontade do paciente e sua limitação em aceitar a dieta	Ensinar acerca da nutrição

Quadro 17 - Intervenções de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos consideradas como mais restritas em relação àquelas do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna. Salvador, 2014.

Intervenções de enfermagem mais restritas	Diagnósticos/resultados do Catálogo Cuidados Paliativos para uma Morte Digna - CIPE®
Avaliar presença de queixa de dor que possa estar prejudicando o sono	Avaliar a dor
Ensinar técnicas de relaxamento, para utilizar durante os episódios de náusea	Demonstrar técnica de relaxamento
Promover esperança, estimulando a espiritualidade do paciente	Promover a esperança
Promover o repouso/sono adequado para o alívio do desconforto	Incentivar o repouso
Verificar o posicionamento postural e sua relação com os sinais de desconforto	Posicionar o doente

Quadro 18 - Intervenções de enfermagem relevantes para a área dos Cuidados Paliativos não constantes do Catálogo CIPE® Cuidados Paliativos para uma Morte Digna. Salvador, 2014.

Intervenções de enfermagem não constantes do Catálogo Cuidados Paliativos para uma Morte Digna - CIPE®
Administrar analgésico, para prevenir a hiperventilação
Ajudar a pessoa a se alimentar de acordo com as suas necessidades e aceitação
Apoiar a pessoa na abordagem de suas preocupações com as consequências e resultados após sua morte
Apoiar o processo de adaptação, demonstrando generosidade e que o paciente não é um fardo para o cuidador
Apoiar paciente e família no enfrentamento do processo de morrer
Apoiar, sempre que possível, a condição do paciente como gestor das suas atividades da vida diária
Aspirar secreções, quando necessário
Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de controle da dor
Auxiliar com mudanças frequentes de posição, quando adequado
Avaliar a causa do padrão de sono alterado
Avaliar a partir da escuta ativa, indício de pensamentos positivos e de força de vontade para viver
Avaliar a perfusão tissular
Avaliar e registrar a localização do edema
Avaliar nível de tolerância a esforços
Avaliar nível do edema
Avaliar o nível de melhora sobre a resposta à orientação
Avaliar o posicionamento da pessoa no leito, buscando posicioná-la de modo a melhorar a ventilação, aliviando o sofrimento físico
Avaliar o processo de cicatrização vigente da ferida e estabelecer prognóstico de reconstituição da pele
Avaliar o processo de comunicação entre paciente e cuidador
Avaliar regime terapêutico com vistas ao alívio do sofrimento
Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre ferida
Avaliar sinais de risco para aspiração brônquica
Chamar a pessoa sempre pelo nome
Controlar ambiente, propiciando aquecimento da temperatura
Criar uma atmosfera que facilite a confiança
Cuidar da ferida
Demonstrar atitudes que reforcem a afirmativa de que “eu [profissional] estou contigo e disposto a te ajudar” diante do sofrimento e “não vou te abandonar”
Demonstrar que o paciente é importante para a equipe de cuidados paliativos
Demonstrar que o paciente não é um fardo para a equipe e família
Demonstrar que o paciente é digno da atenção da equipe de cuidados paliativos
Desencorajar a síndrome “ele tem que comer senão morre”, demonstrando que nesse estágio da doença é desnecessário uma dieta equilibrada
Desenvolver estratégias psicológicas, para promover aceitação da situação de doença
Determinar a percepção do paciente/família sobre as causas de fadiga
Discutir com a pessoa e a família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida que possam estar interferindo no padrão de sono alterado

Continua

Intervenções de enfermagem não constantes do Catálogo Cuidados Paliativos para uma Morte Digna - CIPE®
Encorajar a tosse para expectoração de secreção quando possível
Encorajar o paciente e família a partilhar seus sentimentos sobre a morte
Enfatizar a importância da participação do paciente no autocuidado para a preservação da dignidade e maior qualidade de vida
Ensinar a pessoa a desenvolver atividades e hábitos saudáveis (alimentação, lazer, exercícios)
Ensinar técnica de adaptação às mudanças decorrentes da perda de funcionalidade
Ensinar técnicas de ventilação
Esclarecer sobre o que é espiritualidade enquanto dimensão de significativo propósito
Escutar os receios dos familiares em relação ao emagrecimento
Estimular a pessoa a buscar razões que propiciem esperança de vida
Estimular a pessoa a identificar fatores estressores como situações, eventos e interações pessoais
Estimular a valorização de emoções dolorosas
Estimular o diálogo
Estimular o envolvimento do paciente na realização dos cuidados e atividades da vida diária
Estimular o otimismo, proporcionando apoio a um viver com dignidade
Estimular o paciente a buscar razões que propiciem esperança de vida
Estimular os sinais de melhora quanto ao nível de orientação
Evitar a rotina de pesar o paciente
Evitar diálogos que venham frustrar o paciente com questões de orientação que ele não possa responder
Evitar prestar informações com falsas esperanças
Executar cuidados paliativos de conforto
Explicar a causa da náusea e a duração se conhecidas
Facilitar a promoção da resiliência
Facilitar o processo de luto
Facilitar o processo de trabalhar os sentimentos de culpa
Gerenciar o processo de adaptação às mudanças
Identificar a necessidade a apoio espiritual
Identificar a necessidade de reconciliação
Identificar a necessidade/desejo do paciente em falar ou não sobre o processo de terminalidade e sua morte
Identificar as causas do desespero
Identificar atitudes em relação a dor
Identificar barreiras à comunicação
Identificar expressões verbais do desejo de apoio por parte dos membros da família
Identificar o grau de apoio familiar
Identificar o sentido da vida para a pessoa
Identificar quando o nível de medo e desespero se modifica
Identificar sentimentos de culpa
Identificar sinais de ideação suicida
Implementar estratégias para aceitação do regime terapêutico em prol do alívio do sofrimento
Implementar protocolo para controle da dor
Incentivar a visita de familiares e amigos
Incluir família e pessoas significativas no processo, conforme apropriado
Incluir família e pessoas significativas no processo, que reforce a orientação
Informar o paciente sobre as pessoas, tempo e local, conforme necessário
Informar quanto à importância de respeitar a vontade do paciente e sua limitação em aceitar a dieta
Investigar a causa do edema
Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor
Investigar problemas de mastigação e/ou deglutição
Manter a harmonia entre pessoa, família e equipe de cuidados paliativos
Manter a pessoa aquecida com uso de cobertores
Manter as vias aéreas desobstruídas
Manter boa higiene oral periódica
Manter o diálogo em prol de que os processos de tomadas de decisões aconteçam sempre em consenso, respeitando a autonomia do paciente
Manter um ambiente agradável

Continuação

Intervenções de enfermagem não constantes do Catálogo Cuidados Paliativos para uma Morte Digna - CIPE®
Manter vestimentas adequadas e com boa aparência estética
Minimizar o esforço físico
Mobilizar no leito com vistas à prevenção de pressão sobre a ferida
Monitorar a fadiga dos músculos da ventilação
Monitorar a pressão arterial de acordo com a gravidade e repercussões clínicas que provoque sofrimento
Monitorar adesão ao tratamento prescrito
Monitorar edema
Monitorar frequência e ritmo respiratório
Monitorar mudanças na sensação e na orientação
Monitorar o estado emocional da pessoa
Monitorar o estado ventilatório e a oxigenação
Monitorar o nível de consciência
Monitorar sinais de incontinência urinária e fecal
Monitorar temperatura
Monitorizar a oxigenoterapia conforme prescrito
Observar a presença de cianose em extremidades
Observar a presença de tremores
Observar atitudes de paciência, calma e companheirismo do cuidador para com o paciente
Observar como a pessoa faz uso de estratégias, para compensar problemas e/ou situações relacionadas à doença
Observar expressões verbais e comportamentais por parte da família que denote preocupação com o seu ente querido doente
Observar indicadores não verbais de desconforto
Observar o senso de responsabilidade do cuidador para com o paciente
Observar os sinais precoces de hipotermia: pele fria, palidez e vermelhidão
Observar se há uso de musculatura acessória e tiragem intercostal
Obter dados acerca do conhecimento sobre o regime terapêutico
Obter dados sobre a fadiga
Obter dados sobre a necessidade de apoio espiritual
Obter dados sobre as mudanças que têm dificultado a adaptar-se
Obter dados sobre conhecimento relativo ao cuidado e cicatrização da ferida
Obter dados sobre crença espiritual da família
Obter dados sobre déficit auditivo e/ou da fala
Obter dados sobre habilidade para comunicação pela fala
Obter dados sobre o manejo do edema
Obter dados sobre pensamentos e perspectivas do paciente, família e cuidador sobre o processo de morrer e a morte
Obter dados sobre resposta à orientação
Obter dados sobre resposta psicológica à dor
Obter dados sobre sinal de desconforto
Oferecer ambiente calmo e agradável a proporcionar bom estado emocional
Oferecer pequenos cubos de gelo
Oportunizar momentos de contato humano, amor, celebração da vida, humor
Orientar a família sobre a relação da dispneia com a evolução da doença
Orientar a família sobre o manejo da dor
Orientar a família sobre o manejo do edema
Orientar a pessoa e seu familiar a identificar alimentos que propiciam desencadear episódios de náusea
Orientar acerca do controle e ingestão de sódio na dieta
Orientar família sobre regime terapêutico
Orientar o fracionamento das refeições
Orientar o repouso no leito com cabeceira elevada a 45°
Orientar paciente/família sobre técnicas de autocuidado que minimizem o consumo de energia
Orientar quanto à mastigação lenta dos alimentos
Orientar quanto à necessidade de abandonar ou reduzir hábitos não saudáveis
Orientar sobre a dor

Continua

Intervenções de enfermagem não constantes do Catálogo Cuidados Paliativos para uma Morte Digna - CIPE [®]
Orientar sobre a perda de peso corporal e sua relação com a doença
Orientar sobre as possibilidades de enfrentamentos às mudanças
Orientar sobre cicatrização da ferida
Orientar sobre cuidados com a ferida
Orientar sobre o manejo da dor
Orientar sobre o processo de morrer e a morte
Orientar sobre o uso de técnicas de relaxamento que aliviem o medo e desespero
Orientar sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor/desconforto
Orientar sobre regime terapêutico na perspectiva do alívio do sofrimento
Orientar técnicas de adaptação
Posicionar o paciente no leito com cabeceira elevada a 45° visando ao alívio da dispneia
Possibilitar falar sobre o processo de morrer e a morte
Prestar suporte emocional diante da perda de funcionalidade
Promover comunicação familiar eficaz
Promover escuta ativa
Promover junto à pessoa e sua família, orientações antecipadas sobre o processo de morrer e a morte
Promover medidas não farmacológicas para redução no nível de ansiedade
Promover medidas não farmacológicas que possa aliviar a dispneia
Promover medidas que facilitem a respiração elevando a cabeceira a 45°
Promover meios para que se estabeleça um relacionamento confiável entre paciente e cuidador
Promover o diálogo e oportunidade, para esclarecer as dúvidas da pessoa e família quanto à doença e o processo de morrer e a morte
Promover o diálogo entre paciente, família e equipe de saúde sobre o processo de finitude
Promover o diálogo sobre a dimensão espiritual
Promover técnicas de relaxamento para prevenção da ansiedade
Promover técnicas de relaxamento para redução da ansiedade
Promover técnicas de relaxamento que possibilitem aliviar o sentimento de desesperança
Promover técnicas de relaxamento que possibilitem aliviar o sofrimento de angústia
Propiciar medidas que minimizem o odor da ferida
Proporcionar condições que contribuam para facilitar o processo de luto
Proporcionar métodos de distração e técnicas de relaxamento
Proporcionar orientação familiar antecipatória
Proporcionar orientação para a realidade
Proporcionar um ambiente calmo e tranquilo
Proteger o local edemaciado contra lesões
Realizar uma avaliação abrangente acerca dos sinais e sintomas de desconforto
Reduzir ou aliviar as causas predisponentes (como dor, ruídos, medo da morte, angústia, tristeza dentre outras) e que atrapalham o sono
Respeitar o ritmo de cada pessoa para com a sua tolerância no processo de aceitação
Solicitar avaliação do serviço de nutrição
Trabalhar a continuidade do Eu diante da doença e do sofrimento
Usar gestos e objetos, para aumentar a compreensão da comunicação verbal
Utilizar o mnemônico ABCD de cuidados para preservação da dignidade: Atitude, Comportamento, Compaixão e Diálogo
Verificar a pressão arterial de acordo com a necessidade
Verificar possibilidade de aliviar o edema pela mudança de decúbito e estipular periodicidade mais adequada para a realização de trocas de posicionamento corporal

O produto do processo de análise identificou as intervenções de enfermagem que foram classificadas de acordo as categorias, temas e subtemas do Modelo de Cuidado para Preservação da Dignidade, interligadas aos diagnósticos/resultados de enfermagem, conforme apresentado a seguir.

9.3 Terceira etapa: Estruturação do Subconjunto Terminológico

Após todo o processo de validação de conteúdo e análise por parte dos peritos, os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem que alcançaram IC e IVC $\geq 0,80$ respectivamente, passaram a compor o Subconjunto Terminológico da CIPE® objeto do presente estudo. O mesmo apresenta-se na **Figura 13** interligando as categorias.

SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE® CUIDADOS PALIATIVOS PARA UM MORRER COM DIGNIDADE
CATEGORIAS PRINCIPAIS, TEMAS, SUBTEMAS DA DIGNIDADE DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

PREOCUPAÇÕES RELACIONADAS COM A DOENÇA	
Nível de Independência	
ACUIDADE COGNITIVA	
Comunicação prejudicada	Identificar barreiras à comunicação
	Obter dados sobre déficit auditivo e/ou da fala
	Obter dados sobre habilidade para comunicação pela fala
	Promover comunicação familiar eficaz
	Promover escuta ativa
Orientação prejudicada	Evitar diálogos que venham frustrar o paciente com questões de orientação que ele não possa responder
	Incluir família e pessoas significativas no processo, conforme apropriado
	Informar o paciente sobre as pessoas, tempo e local, conforme necessário
	Obter dados sobre resposta à orientação
	Proporcionar orientação familiar antecipatória
	Proporcionar orientação para a realidade
	Usar gestos e objetos para aumentar a compreensão da comunicação verbal
Orientação melhorada	Avaliar o nível de melhora sobre a resposta à orientação
	Estimular os sinais de melhora quanto ao nível de orientação
	Incluir família e pessoas significativas no processo, que reforce a orientação
	Monitorar mudanças na sensação e na orientação
	Proporcionar orientação para a realidade
CAPACIDADE FUNCIONAL	
Adaptação às mudanças prejudicada	Apoiar o processo de adaptação, demonstrando generosidade e que o paciente não é um fardo para o cuidador
	Apoiar, sempre que possível, a condição do paciente como gestor das suas atividades da vida diária
	Ensinar técnica de adaptação às mudanças decorrentes da perda de funcionalidade

	Gerenciar o processo de adaptação às mudanças
	Obter dados sobre as mudanças que têm dificultado a adaptar-se
	Orientar sobre as possibilidades de enfrentamentos às mudanças
	Orientar técnicas de adaptação
	Prestar suporte emocional diante da perda de funcionalidade
Sintomas de Sofrimento	
SOFRIMENTO FÍSICO	
Desconforto	Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de controle da dor
	Executar cuidados paliativos de conforto
	Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor
	Observar indicadores não verbais de desconforto
	Obter dados sobre sinal de desconforto
	Orientar sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor/desconforto
	Promover o repouso/sono adequado para o alívio do desconforto
	Realizar uma avaliação abrangente acerca dos sinais e sintomas de desconforto
	Verificar o posicionamento postural e sua relação com os sinais de desconforto
Dispneia	Aspirar secreções, quando necessário.
	Avaliar a perfusão tissular
	Avaliar nível de tolerância a esforços
	Monitorar a administração de oxigenoterapia conforme prescrito
	Monitorar frequência e ritmo respiratório
	Observar se há uso de musculatura acessória e tiragem intercostal
	Orientar a família sobre a relação da dispneia com a evolução da doença
	Orientar o repouso no leito com cabeceira elevada a 45°
	Promover medidas não farmacológicas para redução do nível de ansiedade
Promover medidas que facilitem a respiração elevando a cabeceira a 45°	
Dor	Administrar medicamento para a dor
	Avaliar resposta ao manejo da dor
	Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre dor
	Investigar possibilidades de discussão e/ou propostas de melhorias no planejamento do controle da dor junto à equipe de saúde e familiares
	Colaborar no plano de manejo da dor
	Identificar atitudes em relação a dor
	Implementar protocolo para controle da dor
	Monitorar a dor
	Obter dados sobre resposta psicológica a dor
	Orientar a família sobre o manejo da dor
	Orientar sobre a dor
Orientar sobre o manejo da dor	
Edema	Avaliar e registrar a localização do edema
	Avaliar nível do edema
	Investigar a causa do edema
	Monitorar edema
	Obter dados sobre manejo do edema

	Orientar a família sobre o manejo do edema
	Proteger o local edemaciado contra lesões
	Verificar possibilidade de aliviar o edema pela mudança de decúbito e estipular periodicidade mais adequada para a realização de trocas de posicionamento corporal
Fadiga	Avaliar nível de fadiga
	Determinar a percepção do paciente/família sobre as causas de fadiga
	Determinar as limitações físicas do paciente
	Obter dados sobre a fadiga
	Orientar paciente/família sobre técnicas de autocuidado que minimize o consumo de energia
Ferida	Avaliar o processo de cicatrização vigente da ferida e estabelecer prognóstico de reconstituição da pele
	Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre ferida
	Cuidar da ferida
	Mobilizar no leito com vistas a prevenção de pressão sobre a ferida
	Obter dados sobre conhecimento relativo ao cuidado e cicatrização da ferida
	Orientar sobre cicatrização da ferida
	Orientar sobre cuidados com a ferida
Propiciar medidas que minimizem o odor da ferida	
Hipertensão	Monitorar a pressão arterial de acordo com a gravidade e repercussões clínicas que provoquem sofrimento
	Monitorar adesão ao tratamento prescrito
	Orientar acerca do controle e ingestão de sódio na dieta
	Promover técnicas de relaxamento para prevenção da ansiedade
	Verificar a pressão arterial de acordo com a necessidade
Hipotermia	Controlar ambiente propiciando aquecimento da temperatura
	Manter a pessoa aquecida com uso de cobertores
	Monitorar o nível de consciência
	Monitorar temperatura
	Observar a presença de cianose em extremidades
	Observar a presença de tremores
Observar os sinais precoces de hipotermia: pele fria, palidez e vermelhidão	
Hipóxia	Avaliar o posicionamento da pessoa no leito buscando posicioná-la de modo a melhorar a ventilação, aliviando o sofrimento físico
	Minimizar o esforço físico
	Monitorar a oxigenoterapia conforme prescrito
Náusea	Assegurar a administração de fármacos prescritos e avaliar resultados da terapêutica medicamentosa empregada
	Avaliar sinais de risco para aspiração brônquica
	Ensinar técnicas de relaxamento, para utilizar durante os episódios de náusea
	Explicar a causa da náusea e a duração se conhecidas
	Manter boa higiene oral periódica
	Oferecer pequenos cubos de gelo
Orientar a pessoa e seu familiar a identificar alimentos que propiciam desenca-	

	dear episódios de náusea
	Orientar o fracionamento das refeições
	Orientar quanto à mastigação lenta dos alimentos
Respiração prejudicada	Administrar analgésicos para prevenir a hiperventilação
	Auxiliar com mudanças frequentes de posição, quando adequado
	Encorajar a tosse para expectoração de secreção quando possível
	Ensinar técnicas de ventilação
	Manter as vias aéreas desobstruídas
	Monitorar a fadiga dos músculos ventilação
	Monitorar o estado ventilatório e a oxigenação
	Posicionar o paciente no leito com cabeceira elevada a 45° visando ao alívio da dispneia
	Promover medidas não farmacológicas que possa laiviar a dispneia
Risco de caquexia	Ajudar a pessoa a se alimentar de acordo com as suas necessidades e aceitação
	Desencorajar a síndrome "ele tem que comer senão morre", demonstrando que nesse estágio da doença é desnecessário uma dieta equilibrada
	Escutar os receios dos familiares em relação ao emagrecimento
	Evitar a rotina de pesar o paciente
	Informar quanto à importância de respeitar a vontade do paciente e sua limitação em aceitar a dieta
	Investigar problemas de mastigação e/ou deglutição
	Orientar sobre a perda de peso corporal e sua relação com a doença
	Solicitar avaliação do serviço de nutrição
Sono prejudicado	Avaliar a causa do padrão de sono alterado
	Avaliar presença de queixa de dor que possa estar prejudicando o sono
	Discutir com a pessoa e a família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida que possam estar interferindo no padrão de sono alterado
	Promover técnicas de relaxamento para redução da ansiedade
	Proporcionar um ambiente calmo e tranquilo
	Reduzir ou aliviar as causas predisponentes (como dor, ruídos, medo da morte, angústia, tristeza dentre outras) e que atrapalham o sono
SOFRIMENTO PSICOLÓGICO	
Angústia relacionada à morte	Estimular a discussão entre paciente e família para a tomada de decisão sobre o processo de morrer e a morte
	Promover apoio espiritual
	Promover a escuta ativa
	Promover técnicas de relaxamento que possibilitem aliviar o sofrimento de angústia
Desespero	Criar uma atmosfera que facilite a confiança
	Desenvolver estratégias psicológicas, para promover aceitação da situação de doença
	Encorajar a verbalização de sentimentos de medo e desespero
	Identificar as causas do desespero
	Identificar quando o nível de medo e desespero se modifica

	Orientar sobre o uso de técnicas de relaxamento que aliviem o medo e desespero
Estado emocional prejudicado	Estabelecer relação de confiança
	Monitorar o estado emocional da pessoa
	Oferecer ambiente calmo e agradável a proporcionar bom estado emocional
	Promover o diálogo e oportunidade para esclarecer as dúvidas da pessoa e família quanto à doença e ao processo de morrer e a morte
Tristeza crônica	Estimular o diálogo
	Facilitar o processo de luto
	Incentivar a visita de familiares e amigos
	Promover apoio emocional
	Promover apoio espiritual
	Proporcionar métodos de distração e técnicas de relaxamento

REPERTÓRIO DE CONSERVAÇÃO DA DIGNIDADE	
Perspectivas de Conservação da Dignidade	
CONTINUIDADE DO EU	
Dignidade preservada	Chamar a pessoa sempre pelo nome
	Manter a harmonia entre pessoa, família e equipe de cuidados paliativos
	Manter o diálogo em prol de que os processos de tomadas de decisões aconteçam sempre em consenso, respeitando a autonomia do paciente
	Manter um ambiente agradável
	Manter vestimentas adequadas e com boa aparência estética
	Monitorar sinais de incontinência urinária e fecal
	Promover, junto à pessoa e sua família, orientações antecipadas sobre o processo de morrer e a morte
	Trabalhar a continuidade do Eu diante da doença e do sofrimento
ESPERANÇA	
Expectativa de esperança	Estimular o otimismo proporcionando apoio a um viver com dignidade
	Estimular a pessoa a buscar razões que propiciem esperança de vida
	Evitar prestar informações com falsas esperanças
	Promover esperança estimulando a espiritualidade do paciente
Desesperança	Estimular o paciente a buscar razões que propiciem esperança de vida
	Facilitar o processo de trabalhar os sentimentos de culpa
	Identificar a necessidade a apoio espiritual
	Identificar sentimentos de culpa
	Identificar sinais de ideação suicida
	Promover apoio emocional
	Promover apoio espiritual
	Promover escuta ativa
Promover esperança, estimulando a espiritualidade do paciente	

	Promover oportunidade para se falar sobre a finitude de acordo com a aceitação do paciente
	Promover técnicas de relaxamento que possibilitem aliviar o sentimento de desesperança
	Proporcionar condições que contribuam, para facilitar o processo de luto
AUTONOMIA/CONTROLE	
Risco de interrupção do autocuidado	Avaliar a habilidade e capacidade de autocuidado
	Enfatizar a importância da participação do paciente no autocuidado para a preservação da dignidade e maior qualidade de vida
	Ensinar a pessoa a desenvolver atividades e hábitos saudáveis (alimentação, lazer, exercícios)
	Estimular o envolvimento do paciente na realização dos cuidados e atividades da vida diária
	Orientar quanto a necessidade de abandonar ou reduzir hábitos não saudáveis
ACEITAÇÃO	
Adesão ao regime terapêutico	Avaliar regime terapêutico com vistas ao alívio do sofrimento
	Demonstrar como seguir o regime terapêutico
	Implementar estratégias para aceitação do regime terapêutico em prol do alívio do sofrimento
	Obter dados acerca do conhecimento sobre o regime terapêutico
	Orientar família sobre regime terapêutico
	Orientar sobre regime terapêutico na perspectiva do alívio do sofrimento
Atitude de enfrentamento do processo de morrer e da morte prejudicada	Apoiar paciente e família no enfrentamento do processo de morrer
	Encorajar o paciente e família a partilhar seus sentimentos sobre a morte
	Facilitar a capacidade para falar sobre o processo de morrer e a morte
	Identificar a necessidade/desejo do paciente em falar ou não sobre o processo de terminalidade e sua morte
	Obter dados sobre pensamentos e perspectivas do paciente, família e cuidador sobre o processo de morrer e a morte
	Orientar sobre o processo de morrer e a morte
	Possibilitar falar sobre o processo de morrer e a morte
	Promover o diálogo entre paciente, família e equipe de saúde sobre o processo de finitude
	Respeitar o ritmo de cada pessoa para com a sua tolerância no processo de aceitação
Práticas de Conservação da Dignidade	
VIVER “O MOMENTO”	
Vontade de viver presente	Avaliar a partir da escuta ativa, indício de pensamentos positivos e de força de vontade para viver
	Identificar a necessidade de reconciliação
	Identificar o sentido da vida para a pessoa
	Observar como a pessoa faz uso de estratégias, para compensar problemas e/ou situações relacionadas à doença
	Oportunizar momentos de contato humano, amor, celebração da vida, humor

BUSCA POR CONFORTO ESPIRITUAL	
Angústia espiritual	Esclarecer sobre o que é espiritualidade enquanto dimensão de significativo propósito
	Obter dados sobre crença espiritual da família
	Promover a escuta ativa
	Promover apoio espiritual
Risco de Angústia espiritual	Facilitar a promoção da resiliência
	Obter dados sobre a necessidade de apoio espiritual
	Promover a escuta ativa
	Promover apoio espiritual
	Promover o diálogo sobre a dimensão espiritual

INVENTÁRIO DA DIGNIDADE SOCIAL	
Suporte Social	
Falta de apoio da família	Demonstrar atitudes que reforcem a afirmativa de que “eu [profissional] estou contigo e disposto a te ajudar” diante do sofrimento e “não vou te abandonar”
	Demonstrar que o paciente não é um fardo para a equipe e família
	Demonstrar que o paciente é digno da atenção da equipe de cuidados paliativos
	Identificar expressões verbais do desejo de apoio por parte dos membros da família
	Identificar o grau de apoio familiar
	Observar expressões verbais e comportamentais por parte da família que denote preocupação com o seu ente querido doente
Teor dos Cuidados	
Relacionamento paciente/cuidador prejudicado	Avaliar o processo de comunicação entre paciente e cuidador
	Demonstrar que o paciente é importante para a equipe de cuidados paliativos
	Observar atitudes de paciência, calma e companheirismo do cuidador para com o paciente
	Observar o senso de responsabilidade do cuidador para com o paciente
	Promover meios para que se estabeleça um relacionamento confiável entre paciente e cuidador
	Utilizar o mnemônico ABCD de cuidados para preservação da dignidade: Atitude, Comportamento, Compaixão e Diálogo
Preocupações com as consequências	
Processo de tomada de decisão prejudicado	Apoiar a pessoa na abordagem de suas preocupações com as consequências e resultados após sua morte
	Apoiar o processo de tomada de decisão
	Avaliar a cognição
	Avaliar o estado psicológico
	Estimular a pessoa a identificar fatores estressores como situações, eventos e inte-

	rações pessoais
	Estimular a valorização de emoções dolorosas

LEGENDA:







	Categorias Principais
	Temas
	Subtemas
	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem
	Intervenções de Enfermagem
	

Figura 13 - Subconjunto Terminológico CIPE® Cuidados Paliativos para um morrer com dignidade - diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem. Salvador, 2014.

SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE® CUIDADOS PALIATIVOS PARA UM MORRER COM DIGNIDADE										
CATEGORIAS PRINCIPAIS, TEMAS, SUBTEMAS DA DIGNIDADE										
E RESPECTIVOS DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM										
PREOCUPAÇÕES RELACIONADAS COM A DOENÇA		REPERTÓRIO DE CONSERVAÇÃO DA DIGNIDADE		INVENTÁRIO DA DIGNIDADE SOCIAL						
Nível de Independência		Perspectivas de Conservação da Dignidade		Suporter Social						
ACUIDADE COGNITIVA		CONTINUIDADE DO EU								
Comunicação prejudicada	Identificar barreiras à comunicação	Dignidade preservada	Chamar a pessoa sempre pelo nome	Falta de apoio da família	Demonstrar atitudes que reforcem a afirmativa de que “eu [profissional] estou contigo e disposto a te ajudar” diante do sofrimento e “não vou te abandonar”					
	Obter dados sobre déficit auditivo e/ou da fala		Manter a harmonia entre pessoa, família e equipe de cuidados paliativos		Demonstrar que o paciente não é um fardo para a equipe e família					
	Obter dados sobre habilidade para comunicação pela fala		Manter o diálogo em prol de que os processos de tomadas de decisões aconteçam sempre em consenso, respeitando a autonomia do paciente		Demonstrar que o paciente é digno da atenção da equipe de cuidados paliativos					
	Promover comunicação familiar eficaz		Manter um ambiente agradável		Identificar expressões verbais do desejo de apoio por parte dos membros da família					
	Promover escuta ativa		Manter vestimentas adequadas e com boa aparência estética		Identificar o grau de apoio familiar					
Orientação prejudicada	Evitar diálogos que venham frustrar o paciente com questões de orientação que ele não possa responder		Monitorar sinais de incontinência urinária e fecal		Expectativa de esperança	Relacionamento paciente/cuidador prejudicado	Observar expressões verbais e comportamentais por parte da família que denote preocupação com o seu ente querido doente			
	Incluir família e pessoas significativas no processo, conforme apropriado		Promover, junto à pessoa e sua família, orientações antecipadas sobre o processo de morrer e a morte				Teor dos Cuidados			
	Informar o paciente sobre as pessoas, tempo e local, conforme necessário		Trabalhar a continuidade do Eu diante da doença e do sofrimento					Avaliar o processo de comunicação entre paciente e cuidador		
	Obter dados sobre resposta à orientação		ESPERANÇA						Demonstrar que o paciente é importante para a equipe de cuidados paliativos	
	Proporcionar orientação familiar antecipatória		Estimular o otimismo proporcionando apoio a um viver com dignidade						Observar atitudes de paciência, calma e companheirismo do cuidador para com o paciente	
	Proporcionar orientação para a realidade	Estimular a pessoa a buscar razões que propiciem esperança de vida	Observar o senso de responsabilidade do cuidador para com o paciente							
Orientação melhorada	Usar gestos e objetos para aumentar a compreensão da comunicação verbal	Evitar prestar informações com falsas esperanças	Promover esperança estimulando a espiritualidade do paciente	Promover meios para que se estabeleça um relacionamento confiável entre paciente e cuidador						
	Avaliar o nível de melhora sobre a resposta à orientação	Estimular o paciente a buscar razões que propiciem esperança de vida	Facilitar o processo de trabalhar os sentimentos de culpa	Utilizar o mnemônico ABCD de cuidados para preservação da dignidade: Atitude, Comportamento, Compaixão e Diálogo						
	Estimular os sinais de melhora quanto ao nível de orientação	Identificar a necessidade a apoio espiritual	Identificar sentimentos de culpa	Preocupações com as consequências						
	Incluir família e pessoas significativas no processo, que reforce a orientação	Identificar sinais de ideação suicida	Promover apoio emocional							
Monitorar mudanças na sensação e na orientação	Promover apoio espiritual	Promover escuta ativa								
Proporcionar orientação para a realidade	Promover esperança, estimulando a espiritualidade do paciente	Promover escuta ativa								
CAPACIDADE FUNCIONAL		Desesperança	Promover oportunidade para se falar sobre a finitude de acordo com a aceitação do paciente	Processo de tomada de decisão prejudicado	Apoiar a pessoa na abordagem de suas preocupações com as consequências e resultados após sua morte					
Adaptação às mudanças prejudicada	Apoiar o processo de adaptação, demonstrando generosidade e que o paciente não é um fardo para o cuidador		Promover técnicas de relaxamento que possibilitem aliviar o sentimento de desesperança		Promover esperança, estimulando a espiritualidade do paciente	Apoiar o processo de tomada de decisão				
	Apoiar, sempre que possível, a condição do paciente como gestor das suas atividades da vida diária		Proporcionar condições que contribuam, para facilitar o processo de luto		Promover escuta ativa	Avaliar a cognição				
	Ensinar técnica de adaptação às mudanças decorrentes da perda de funcionalidade				Promover oportunidade para se falar sobre a finitude de acordo com a aceitação do paciente	Avaliar o estado psicológico				
	Gerenciar o processo de adaptação às mudanças				Promover técnicas de relaxamento que possibilitem aliviar o sentimento de desesperança	Estimular a pessoa a identificar fatores estressores como situações, eventos e interações pessoais				
	Obter dados sobre as mudanças que têm dificultado a adaptar-se				Proporcionar condições que contribuam, para facilitar o processo de luto	Estimular a valorização de emoções dolorosas				
	Orientar sobre as possibilidades de enfrentamentos às mudanças									
	Orientar técnicas de adaptação									
	Prestar suporte emocional diante da perda de funcionalidade									

(Continua)

PREOCUPAÇÕES RELACIONADAS COM A DOENÇA		REPERTÓRIO DE CONSERVAÇÃO DA DIGNIDADE	
Sintomas de Sofrimento		Perspectivas de Conservação da Dignidade	
		AUTONOMIA/CONTROLE	
SOFRIMENTO FÍSICO		Risco de interrupção do autocuidado	Avaliar a habilidade e capacidade de autocuidado
Desconforto	Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de controle da dor		Enfatizar a importância da participação do paciente no autocuidado para a preservação da dignidade e maior qualidade de vida
	Executar cuidados paliativos de conforto		Ensinar a pessoa a desenvolver atividades e hábitos saudáveis (alimentação, lazer, exercícios)
	Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor		Estimular o envolvimento do paciente na realização dos cuidados e atividades da vida diária
	Observar indicadores não verbais de desconforto		Orientar quanto a necessidade de abandonar ou reduzir hábitos não saudáveis
	Obter dados sobre sinal de desconforto		
	Orientar sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor/desconforto		
	Promover o repouso/sono adequado para o alívio do desconforto		
	Realizar uma avaliação abrangente acerca dos sinais e sintomas de desconforto		
	Verificar o posicionamento postural e sua relação com os sinais de desconforto		
		ACEITAÇÃO	
Dispneia	Aspirar secreções, quando necessário.	Adesão ao regime terapêutico	Avaliar regime terapêutico com vistas ao alívio do sofrimento
	Avaliar a perfusão tissular		Demonstrar como seguir o regime terapêutico
	Avaliar nível de tolerância a esforços		Implementar estratégias para aceitação do regime terapêutico em prol do alívio do sofrimento
	Monitorar a administração de oxigenoterapia conforme prescrito		Obter dados acerca do conhecimento sobre o regime terapêutico
	Monitorar frequência e ritmo respiratório		Orientar família sobre regime terapêutico
	Observar se há uso de musculatura acessória e tiragem intercostal		Orientar sobre regime terapêutico na perspectiva do alívio do sofrimento
	Orientar a família sobre a relação da dispneia com a evolução da doença	Atitude de enfrentamento do processo de morrer e da morte prejudicada	Apoiar paciente e família no enfrentamento do processo de morrer
	Orientar o repouso no leito com cabeceira elevada a 45°		Encorajar o paciente e família a partilhar seus sentimentos sobre a morte
	Promover medidas não farmacológicas para redução do nível de ansiedade		Facilitar a capacidade para falar sobre o processo de morrer e a morte
	Promover medidas que facilitem a respiração elevando a cabeceira a 45°		Identificar a necessidade/desejo do paciente em falar ou não sobre o processo de terminalidade e sua morte
Dor	Administrar medicamento para a dor	Atitude de enfrentamento do processo de morrer e da morte prejudicada	Obter dados sobre pensamentos e perspectivas do paciente, família e cuidador sobre o processo de morrer e a morte
	Avaliar resposta ao manejo da dor		Orientar sobre o processo de morrer e a morte
	Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre dor		Possibilitar falar sobre o processo de morrer e a morte
	Investigar possibilidades de discussão e/ou propostas de melhorias no planejamento do controle da dor junto à equipe de saúde e familiares		Promover o diálogo entre paciente, família e equipe de saúde sobre o processo de finitude
	Colaborar no plano de manejo da dor		Respeitar o ritmo de cada pessoa para com a sua tolerância no processo de aceitação
	Identificar atitudes em relação a dor		
	Implementar protocolo para controle da dor		
	Monitorar a dor		
	Obter dados sobre resposta psicológica a dor		
	Orientar a família sobre o manejo da dor		
	Orientar sobre a dor		
	Orientar sobre o manejo da dor		
Edema	Avaliar e registrar a localização do edema		
	Avaliar nível do edema		
	Investigar a causa do edema		
	Monitorar edema		
	Obter dados sobre manejo do edema		
	Orientar a família sobre o manejo do edema		
	Proteger o local edemaciado contra lesões		
	Verificar possibilidade de aliviar o edema pela mudança de decúbito e estipular periodicidade mais adequada para a realização de trocas de posicionamento corporal		

(Continuação)

(Continua)

PREOCUPAÇÕES RELACIONADAS COM A DOENÇA		REPERTÓRIO DE CONSERVAÇÃO DA DIGNIDADE	
Sintomas de Sofrimento		Práticas de Conservação da Dignidade	
SOFRIMENTO FÍSICO		VIVER "O MOMENTO"	
Fadiga	Avaliar nível de fadiga	Vontade de viver presente	Avaliar a partir da escuta ativa, indício de pensamentos positivos e de força de vontade para viver
	Determinar a percepção do paciente/família sobre as causas de fadiga		Identificar a necessidade de reconciliação
	Determinar as limitações físicas do paciente		Identificar o sentido da vida para a pessoa
	Obter dados sobre a fadiga		Observar como a pessoa faz uso de estratégias, para compensar problemas e/ou situações relacionadas à doença
Ferida	Orientar paciente/família sobre técnicas de autocuidado que minimize o consumo de energia		Oportunizar momentos de contato humano, amor, celebração da vida, humor
	Avaliar o processo de cicatrização vigente da ferida e estabelecer prognóstico de reconstituição da pele	BUSCA POR CONFORTO ESPIRITUAL	
	Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre ferida	Angústia espiritual	Esclarecer sobre o que é espiritualidade enquanto dimensão de significativo propósito
	Cuidar da ferida		Obter dados sobre crença espiritual da família
	Mobilizar no leito com vistas a prevenção de pressão sobre a ferida		Promover a escuta ativa
	Obter dados sobre conhecimento relativo ao cuidado e cicatrização da ferida		Promover apoio espiritual
	Orientar sobre cicatrização da ferida	Risco de Angústia espiritual	Facilitar a promoção da resiliência
Orientar sobre cuidados com a ferida	Obter dados sobre a necessidade de apoio espiritual		
Propiciar medidas que minimizem o odor da ferida	Promover a escuta ativa		
	Promover apoio espiritual		
Hipertensão	Monitorar a pressão arterial de acordo com a gravidade e repercussões clínicas que provoquem sofrimento		Promover o diálogo sobre a dimensão espiritual
	Monitorar adesão ao tratamento prescrito		
	Orientar acerca do controle e ingestão de sódio na dieta		
	Promover técnicas de relaxamento para prevenção da ansiedade		
	Verificar a pressão arterial de acordo com a necessidade		
Hipotermia	Controlar ambiente propiciando aquecimento da temperatura		
	Manter a pessoa aquecida com uso de cobertores		
	Monitorar o nível de consciência		
	Monitorar temperatura		
	Observar a presença de cianose em extremidades		
	Observar a presença de tremores		
Hipóxia	Observar os sinais precoces de hipotermia: pele fria, palidez e vermelhidão		
	Avaliar o posicionamento da pessoa no leito buscando posicioná-la de modo a melhorar a ventilação, aliviando o sofrimento físico		
	Minimizar o esforço físico		
	Monitorar a oxigenoterapia conforme prescrito		

(Continuação)

(Continua)

(Continuação)

PREOCUPAÇÕES RELACIONADAS COM A DOENÇA	
Sintomas de Sofrimento	
SOFRIMENTO FÍSICO	
Náusea	Assegurar a administração de fármacos prescritos e avaliar resultados da terapêutica medicamentosa empregada
	Avaliar sinais de risco para aspiração brônquica
	Ensinar técnicas de relaxamento, para utilizar durante os episódios de náusea
	Explicar a causa da náusea e a duração se conhecidas
	Manter boa higiene oral periódica
	Oferecer pequenos cubos de gelo
	Orientar a pessoa e seu familiar a identificar alimentos que propiciam desencadear episódios de náusea
	Orientar o fracionamento das refeições
	Orientar quanto à mastigação lenta dos alimentos
Respiração prejudicada	Administrar analgésicos para prevenir a hiperventilação
	Auxiliar com mudanças frequentes de posição, quando adequado
	Encorajar a tosse para expectoração de secreção quando possível
	Ensinar técnicas de ventilação
	Manter as vias aéreas desobstruídas
	Monitorar a fadiga dos músculos ventilação
	Monitorar o estado ventilatório e a oxigenação
	Posicionar o paciente no leito com cabeça elevada a 45° visando ao alívio da dispneia
	Promover medidas não farmacológicas que possa aliviar a dispneia
Risco de caquexia	Ajudar a pessoa a se alimentar de acordo com as suas necessidades e aceitação
	Desencorajar a síndrome "ele tem que comer senão morre", demonstrando que nesse estágio da doença é desnecessário uma dieta equilibrada
	Escutar os receios dos familiares em relação ao emagrecimento
	Evitar a rotina de pesar o paciente
	Informar quanto à importância de respeitar a vontade do paciente e sua limitação em aceitar a dieta
	Investigar problemas de mastigação e/ou deglutição
	Orientar sobre a perda de peso corporal e sua relação com a doença
	Solicitar avaliação do serviço de nutrição
Sono prejudicado	Avaliar a causa do padrão de sono alterado
	Avaliar presença de queixa de dor que possa estar prejudicando o sono
	Discutir com a pessoa e a família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida que possam estar interferindo no padrão de sono alterado
	Promover técnicas de relaxamento para redução da ansiedade
	Proporcionar um ambiente calmo e tranquilo
	Reduzir ou aliviar as causas predisponentes (como dor, ruídos, medo da morte, angústia, tristeza dentre outras) e que atrapalham o sono

(Continua)

(Continuação)

PREOCUPAÇÕES RELACIONADAS COM A DOENÇA	
Sintomas de Sofrimento	
SOFRIMENTO PSICOLÓGICO	
Angústia relacionada à morte	Estimular a discussão entre paciente e família para a tomada de decisão sobre o processo de morrer e a morte Promover apoio espiritual Promover a escuta ativa Promover técnicas de relaxamento que possibilitem aliviar o sofrimento de angústia
Desespero	Criar uma atmosfera que facilite a confiança Desenvolver estratégias psicológicas, para promover aceitação da situação de doença Encorajar a verbalização de sentimentos de medo e desespero Identificar as causas do desespero Identificar quando o nível de medo e desespero se modifica Orientar sobre o uso de técnicas de relaxamento que aliviem o medo e desespero
Estado emocional prejudicado	Estabelecer relação de confiança Monitorar o estado emocional da pessoa Oferecer ambiente calmo e agradável a proporcionar bom estado emocional Promover o diálogo e oportunidade para esclarecer as dúvidas da pessoa e família quanto à doença e ao processo de morrer e a morte
Tristeza crônica	Estimular o diálogo Facilitar o processo de luto Incentivar a visita de familiares e amigos Promover apoio emocional Promover apoio espiritual Proporcionar métodos de distração e técnicas de relaxamento

Fonte: Dados da Pesquisa

LEGENDA:	
	Categorias Principais
	Temas
	Subtemas
	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem
	Intervenções de Enfermagem

10 Discussão

Sabe-se que a CIPE[®], enquanto ontologia, é reconhecida internacionalmente como uma ferramenta de dados para os sistemas de informação em saúde. Fato que é corroborado pelas publicações do CIE ao afirmarem que as pesquisas para identificação de novos termos e conceitos da linguagem de Enfermagem com a finalidade de construir um vocabulário, uma classificação ou um subconjunto terminológico com base na CIPE[®] tem demonstrado a inovação e avanço das pesquisas no desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, o que facilita a documentação da prática de enfermagem (ICN, 2011a).

A construção de um subconjunto terminológico demanda um rigor metodológico, tempo e a participação de profissionais que demonstram expertise na temática selecionada. Para tal, para a construção dos subconjuntos terminológicos, o CIE descreve as etapas (ICN, 2008; COENEN; KIM, 2010). Estas foram seguidas levando em consideração a proposta metodológica da presente tese. Dentre as etapas propostas pelo CIE, apenas as etapas que tratam do desenvolvimento de aplicação de suporte e ferramentas para documentação dos cuidados prestados, sobre a utilização do subconjunto terminológico e sobre a divulgação do catálogo CIPE[®] não foram efetivadas, por se tratarem de atividades que deverão ser desenvolvidas em cooperação com o CIE, ficando como proposta de encaminhamento do produto desta tese para apreciação e validação.

A presente tese foi desenvolvida em três etapas que se inter-relacionam e complementam-se com o propósito de estruturar o Subconjunto Terminológico CIPE[®] cuidados paliativos para um morrer com dignidade.

10.1 Primeira etapa: Identificação de termos

A primeira etapa do estudo foi a identificação de termos, os quais foram mapeados e cruzados com os termos da CIPE[®] versão 2011 com a finalidade de identificar os termos constantes e não constantes. Dentre os termos identificados no presente estudo, vale discutir especialmente aqueles pertencentes ao eixo foco, que representam o foco de atenção do enfermeiro. Dos 86 termos classificados como do eixo foco, 53 constam da CIPE[®] 2011 e 33 não são constantes daquela versão.

Dentre os termos não constantes foram evidenciados termos que contemplam aspectos relevantes e inerentes à subjetividade do ser, especialmente quando se trata de pessoas em

processo de terminalidade a exemplo de: **apoio psicológico, apoio moral, aspecto psicoespiritual, boa morte, humanização, respeito, responsabilidade, singularidade**, dentre outros.

De acordo com as categorias do Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade, observa-se que estes termos se direcionam para as duas categorias principais: repertório de conservação da dignidade e inventário da dignidade social.

A palavra dignidade, segundo Chochinov (2012, p. 27), significa "ser digno de honra, respeito ou estima²⁶". Para tanto faz-se necessário que seja levado em consideração aspectos identificados no estudo como foco de atenção do enfermeiro, entre eles **singularidade, respeito, apoio moral e psicológico**. Tais termos evidenciam uma linguagem que requer atenção por parte da equipe de enfermagem paliativista para a preservação da dignidade da pessoa em processo de morrer.

As mensagens conferidas à dignidade são externamente validadas, haja vista que o inventário de dignidade social implica, entre outras coisas, da mediação da dignidade e, é especialmente importante em termos de como a família, os amigos e claro, os profissionais de saúde interagem e se comportam em relação às pessoas que se aproximam da morte, tratando-as na sua singularidade, com atitudes humanísticas e de respeito (CHOCHINOV, 2012).

Isso nos faz pensar na importância de se enfatizar um planejamento da assistência de enfermagem com foco nos diagnósticos e intervenções de enfermagem que levem em consideração a individualidade de cada pessoa, com respeito a sua autonomia no processo de tomada de decisão. Nesse momento, o enfermeiro deve ser enfático no uso do raciocínio clínico e terapêutico, possibilitando maior acurácia na seleção dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem.

Nessa etapa de identificação de termos, foi evidenciado 95 termos não constantes na CIPE[®] versão 2011 que podem ser utilizados para uma análise por parte do comitê de avaliação da CIPE[®] e realizar uma possível inclusão na Classificação. É sabido que o CIE tem empreendido esforços para que a cada dia a CIPE[®] desenvolva-se e torne-se cada vez mais consistente, atendendo às diversidades culturais da Enfermagem em todo o mundo.

É necessário empreender novas pesquisas com a clientela para verificar especificidade e sensibilidade destes termos não constantes na CIPE[®] na prática de enfermagem e, uma análise semântica de cada termo para se evidenciar se estes termos são de fato novos termos ou não, bem como se devem ser incluídos como novos termos ou se estes devem fazer parte apenas do descritivo de outros termos.

²⁶ "The word dignity means to be worthy of honor, respect, or esteem" (CHOCHINOV, 2012, p. 27).

Em busca de uma atualização constante e atenta às diversidades culturais de cada país e região, o próprio CIE tem solicitado que os enfermeiros desenvolvam pesquisas em seus ambientes de trabalho com vistas a garantir a natureza dinâmica da Classificação e, possibilite a inclusão de novos termos, bem como conceitos para diagnósticos/resultados e/ou intervenções de enfermagem, contribuindo assim para o dinamismo desta.

Segundo orientações no site do CIE (ICN, 2011d), este órgão acolhe as recomendações de enfermeiros e demais usuários da CIPE[®] em todo o mundo, a partir dos resultados de pesquisas, a fim de ter uma classificação clinicamente relevante, válida e útil para prática profissional do enfermeiro, a partir de dados sensíveis à variação cultural e circunstância local.

10.2 Segunda etapa: Construção e validação dos enunciados

No presente estudo foi realizada a validação de conteúdo por consenso, com a aplicação de dois tipos de métodos de validação de conteúdo: porcentagem de concordância entre peritos na primeira fase e; na segunda fase o Índice de Validação de Conteúdo e o teste binominal, por considerar uma opção apropriada e já utilizada em outros estudos de construção de Subconjunto Terminológico CIPE[®] (BUCHHORN, 2014; NOGUEIRA, 2014).

Primeira fase: Construção dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, das definições operacionais e sua validação

Após a identificação dos termos, ocorreu a etapa de construção de conceitos que representam os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem. Para tal, foi utilizada as recomendações da Norma ISO 18.104:2014 e o banco de termos resultante da primeira etapa do estudo.

Os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem construídos, seguidos de suas definições operacionais, as quais são resultados de definições de termos da própria CIPE[®] 2011 para os termos constantes e de uma revisão da literatura para os termos não constantes. Sendo que as definições foram descritas com base essencialmente nas características específicas do termo foco e julgamento de cada enunciado.

A etapa de validação foi a mais demorada, pois dependeu do recrutamento de profissionais peritos, dos quais buscou-se mesclar entre enfermeiros que tivessem experiência na assistência, pesquisa e ensino, isoladamente ou concomitantes, nas áreas de cuidados paliativos e desenvolvimento de sistemas de classificação a exemplo da CIPE[®].

Segundo Buchhorn (2014), essa é de fato a fase do estudo que demanda maior tempo, pois além dos critérios preestabelecidos para a seleção dos peritos, há também a questão da disponibilidade destes para responder ao instrumento de pesquisa.

Melo e colaboradores (2011) reforçam que existe uma escassez de profissionais enfermeiros com titulação específica para a área de interesse de cada estudo, o que torna o recrutamento de peritos uma tarefa difícil no processo de validação de conteúdo.

Apesar da condição de ser uma indicação pouco factível na prática, (GALDEANO; ROSSI, 2006; CARVALHO et al. 2008; BUCHHORN, 2014), os resultados de um estudo (MELO et al. 2011) identificaram que os critérios para seleção dos peritos indicados por Fehring são de fatos os mais utilizados, principalmente mediante adaptações, o que justifica a escolha dos critérios de Fehring, adaptados para o presente estudo.

Dentre as adaptações realizadas, vale destacar a flexibilidade na participação de enfermeiros sem o mestrado, desde que tivesse realizado curso de especialização ou residência com foco nos cuidados paliativos. Contudo, essa situação ocorreu com apenas uma participante, que foi uma enfermeira que não possuía o título mestre, mas havia acabado de concluir o curso de residência em oncologia com ênfase em cuidados paliativos. Os demais participantes atenderam ao critério de inclusão de ter titulação de mestre em enfermagem conforme preconizado nos critérios propostos por Fehring.

Melo e colaboradores (2011) reforçam nas discussões do seu estudo que:

independente do que se deseja validar, é essencial que o pesquisador direcione seus critérios aos objetivos do estudo, bem como observe as limitações da temática sob investigação, respeitando os requisitos necessários, para considerar um enfermeiro *expert* (p. 429).

Neste estudo, participaram 26 peritos na primeira fase e 13 na segunda fase, um número considerável em relação a outros estudos publicados (VITURI; MATSUDA, 2009; SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011; ANDRADE *et al.* 2013; NOGUEIRA, 2014). Observou-se que, na segunda fase, houve uma maior dificuldade no retorno das respostas ao instrumento de pesquisa, possivelmente devido ao considerável número de indicadores a serem avaliados, o que demandou com certeza, maior tempo para avaliação por parte dos peritos.

Sabe-se que a tarefa de validar é de imensa responsabilidade e requer um tempo qualitativo dos peritos, o que faz com que muitos estudos apresentem um número reduzido de peritos, justificando ser esta etapa uma abordagem mais qualitativa do que quantitativa (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013a). Fato que se confirmou no presente estudo, com a redução do número de peritos que responderam ao instrumento de pesquisa na segunda fase, quando lhes

foram apresentados um instrumento com 248 intervenções de enfermagem inter-relacionadas a 33 diagnósticos/resultados de enfermagem.

Na primeira fase, foram enviados os instrumentos de pesquisa para 75 enfermeiros, contudo apenas 26 responderam, sendo portanto este o número de participantes da primeira fase. Do total de participantes da primeira fase, 21 (81,7%) foram do sexo feminino, sendo que 19 (73,2%) tinham mais de 10 anos de formados. Destes, 18 (66,2%) peritos que tinham experiência em Cuidados Paliativos e responderam que sua experiência era na assistência, pesquisa e ensino, o que confirma uma característica de expertise na temática do estudo e, em relação às respostas sobre o conhecimento da CIPE[®], 17 (65,4%) peritos afirmaram ter um conhecimento considerado como muito conhecedor ou tinham um conhecimento médio, o que se configura como um alto nível de conhecimento e habilidade para o desenvolvimento de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem.

Em relação ao desenvolvimento de pesquisas, 24 (92,3%) dos participantes declararam desenvolverem pesquisas, sejam com ênfase em cuidados paliativos ou sistemas de classificações. Em relação à pontuação de acordo com os critérios de Fehring adaptados, somente dois peritos obtiveram a pontuação mínima de 5 pontos, o que corresponde a 7,7%. A maioria dos peritos, num total de 19 (72,8%) obtiveram pontuação entre 09 e 13 segundo os critérios de Fehring adaptados.

Além de responderem se o diagnóstico/resultado de enfermagem e sua definição operacional eram muitíssimo pertinente; muito pertinente; pertinente; pouco pertinente ou nada pertinente, os peritos realizaram sugestões. Dos 26 peritos que participaram dessa primeira fase, 22 (84,6%) apresentaram sugestões, as quais foram analisadas criteriosamente e algumas acatadas outras não, conforme exemplificado no **quadro 10** em materiais e métodos - página 145.

Enunciado de diagnóstico/resultado de enfermagem como **amor preservado** não alcançou o Índice de Concordância, contudo houve sugestões pertinentes como a sua modificação para “autoestima positiva”, o que se relaciona ao perfil do modelo teórico adotado no estudo. Estas sugestões de modificações na redação do título dos enunciados, aparecem na discussão, mas não foram sugestões acatadas para inclusão no Subconjunto Terminológico CIPE[®], considerando-se que para tal, deveria ser realizada uma nova rodada de avaliação por parte de todos os peritos.

No entanto, o diagnóstico/resultado de enfermagem “autoestima positiva”, já está contemplado no Catálogo CIPE[®] cuidados paliativos para uma morte digna, alocado na categoria principal **Repertório de Conservação da Dignidade**, no subtema *Manutenção do Orgulho*.

Vale salientar, que para este subtema, não foi evidenciado nenhum diagnóstico/resultado de enfermagem no presente estudo. Já no Catálogo existente, há sete diagnósticos/resultados de enfermagem, dentre eles, “autoestima positiva”.

Considerando a sua relevância no contexto dos cuidados paliativos, Chochinov (2002; 2012) traz que, experienciar uma situação de adoecimento pode prejudicar o sentido do EU de uma pessoa, então, a manutenção do orgulho pode ser entendida como uma defesa, ou uma estratégia de enfrentamento, para evitar o impacto psicológico e existencial das agressões. Fato este, o qual justifica a inclusão da *Manutenção do Orgulho* como um subtema da categoria **Repertório de Conservação da Dignidade**.

Em essência, o orgulho, se refere à capacidade da pessoa em manter sua autoestima positiva e seu autorrespeito. A doença ou os sintomas tendem a desviar a atenção dela e fazer com que se pergunte "quem sou eu?" e redirecioná-lo para "o que eu tenho?". Embora o orgulho intensifique a condição do paciente, acarreta ainda o risco de tornar-se identificado com uma determinada doença, de modo que manter o orgulho ajuda os pacientes a salvaguardar o seu senso de individualidade (CHOCHINOV, 2012).

Os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem **risco de lesão, risco de problema emocional, risco de tristeza e risco de úlcera por pressão** não alcançaram o Índice de Concordância $\geq 0,80$, entretanto apesar de não ter alcançado o percentual de concordância, os avaliadores não apresentaram nenhuma sugestão.

Fica o questionamento do por que o diagnóstico/resultado de enfermagem **risco de tristeza** não ter alcançado o índice de concordância desejável e, o enunciado **tristeza crônica**, que é uma condição secundária ao diagnóstico de potencialidade, tenha obtido a concordância $\geq 0,80$.

Por fim, da análise para identificar os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem que utilizou o Índice de Concordância, atendendo ao processo de validação, 33 (58,9%) enunciados foram consensualizados ao alcançarem o IC $\geq 0,80$.

Ao serem cruzados com o Catálogo CIPE[®] cuidados paliativos para uma morte digna (ICN, 2009) evidenciou-se que apenas oito dos 33 diagnósticos/resultados de enfermagem evidenciados no presente estudo, constam no catálogo.

Observa-se que diagnósticos/resultados de enfermagem que são considerados como imprescindíveis no contexto dos cuidados paliativos, a exemplo de “comunicação prejudicada”, não esta presente no Catálogo.

Essa evidência corrobora com o pressuposto do estudo de que existem lacunas no Catálogo CIPE[®] cuidados paliativos para uma morte digna. Ao analisar o diagnóstico/resultado

comunicação prejudicada, não constante no Catálogo CIPE[®], observou-se que não existe nenhum outro diagnóstico/resultados de enfermagem relacionado à comunicação. Achado que reforça a relevância da proposta de sugestão de atualização do catálogo já existente.

Além do enunciado supramencionado, alguns outros também não constam do Catálogo e foram identificados no presente estudo, tais como: **desespero, dignidade preservada, estado emocional prejudicado, orientação prejudicada, risco de caquexia, tristeza crônica e vontade de viver presente**. Todos com alta adesão às categorias do modelo teórico e aplicáveis no contexto dos cuidados paliativos.

Durante o procedimento de mapeamento cruzado e análise quanto à presença ou ausência dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, produto do presente estudo, no Catálogo CIPE[®], observou-se que cinco diagnósticos/resultados de enfermagem existentes no catálogo, foram excluídos da CIPE[®] versão 2011, como: bem-estar espiritual; bem-estar psicológico; bem-estar psicológico prejudicado; bem-estar social e, bem-estar social prejudicado. Foi realizada uma busca no site do CIE e em publicações sobre a CIPE[®], contudo não se obteve nenhuma resposta quanto ao motivo da exclusão destes diagnósticos/resultados de enfermagem.

Outra observação quanto à CIPE[®] cuidados paliativos para uma morte digna (ICN, 2009), foi a de que 15 códigos referentes aos diagnósticos/resultados de enfermagem apresentados no Catálogo CIPE[®], foram modificados em relação à CIPE[®] versão 2011. A exemplo de “aceitação do estado de saúde prejudicado” que no Catálogo CIPE[®] aparece com o código 10023499 e na CIPE[®] versão 2011 apresentado com outro código – 10029480.

O Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade foi usado para guiar o estudo (CHOCHINOV, 2002; 2012). O modelo sugere que a percepção da dignidade no fim da vida está relacionada a três categorias principais: **preocupações relacionadas com a doença** ou preocupações que surgem diretamente da experiência do adoecimento; **repertório de conservação de dignidade**, o que se relaciona com os recursos psicológicos e espirituais que as pessoas adotam para manter seu senso de dignidade e, **inventário da dignidade social**, que engloba vários recursos ambientais que podem afetar a dignidade.

Doorenbos e colaboradores (2006) comentam que embora o estudo realizado pelo médico canadense Harvey Max Chochinov tenha sido desenvolvido a partir de entrevistas com 50 pacientes oncológicos, em vez de partir da perspectiva dos profissionais de saúde, é um modelo teórico que especificamente conceitua o morrer com dignidade.

Ao serem distribuídos os diagnósticos/resultados de enfermagem conforme o Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade, observou-se que o subtema *generativida-*

de/legado continua a não contemplam nenhum diagnóstico/resultado de enfermagem, uma vez que não apresenta nenhum enunciado no Catálogo e nem ele foi identificado no presente estudo.

Já para o tema *teor dos cuidados*, o qual não apresenta nenhum diagnóstico/resultado de enfermagem no Catálogo CIPE[®], foi evidenciado neste estudo, o diagnóstico/resultado de enfermagem **relacionamento paciente/cuidador prejudicado**.

Um diagnóstico/resultado de enfermagem considerado neste estudo como mais restrito do que no catálogo foi: **adaptação às mudanças prejudicada**. Este foi classificado em subtema distinto do catálogo. No catálogo, o diagnóstico/resultado de enfermagem “adaptação prejudicada” esta localizado no tema *manter a normalidade* para o qual não foi identificado nenhum diagnóstico/resultado de enfermagem no presente estudo e, o enunciado **adaptação às mudanças prejudicada** foi classificado no subtema *capacidade funcional*.

Para adoção desse posicionamento no processo de classificação do diagnóstico/resultado de enfermagem **adaptação às mudanças prejudicada**, seguiu-se a definição para o subtema conforme proposto por Chochinov (2002; 2004; 2006; 2012) de que a capacidade funcional refere-se à capacidade de realizar as atividades da vida diária, tais como realizar compras, tomar banho, preparar as refeições, dentre outras. Neste sentido, justifica classificar o enunciado no tema *capacidade funcional* e não em *manter a normalidade*.

As dependências para o autocuidado, como comer, tomar banho e ir ao banheiro têm se mostrado particularmente desafiadoras para as pessoas que expressam preocupações relacionadas com a dignidade. É importante, contudo, notar que o significado que os pacientes atribuem a essas atividades, e as circunstâncias em que estas ocorrem tem influência profunda sobre a forma como cada pessoa as experimenta.

Muitas pessoas com algum nível de dependência necessitam de cuidados em longo prazo nas várias atividades da vida diária como vestir, tomar banho, ir ao banheiro ou alimentação. Assim sendo, é importante que o cuidador, seja ele, familiar ou profissional de saúde, preocupe-se em fazer com que a pessoa que recebe os cuidados sinta que não está sendo um fardo para aqueles que estão prestando-lhe cuidados.

A pessoa que está sendo cuidada deve sentir-se na condição de que receber cuidados é um direito e uma questão de tempo, e não um favor. Assim, em algumas circunstâncias, o pagamento de uma taxa pela prestação dos cuidados pode permitir que a pessoa que está sendo cuidada se torne um consumidor de serviços em vez de sentir-se em condição de sujeito recebe ações de cunho caridoso. Segundo o autor, os paciente deixam claro em suas falas que, apesar da dependência, eles ainda estão no comando (CHOCHINOV, 2012).

Segunda fase: Construção e validação dos enunciados de intervenções de enfermagem

Na segunda fase da pesquisa foi enviado o segundo instrumento de pesquisa para os 26 participantes da primeira fase, no entanto apenas a metade destes retornaram com a respostas. Logo, participaram nesta fase apenas 13 peritos, um número de participantes quase que exclusivamente feminino, correspondente a 12 (92,3%) dos peritos, com 100% de profissionais com titulação de mestre ou doutor, e tempo de formação, na sua maioria, com mais de 10 anos de formados 11 (84,6%) peritos. Oito (61,5%) peritos tinham experiência em Cuidados Paliativos, sendo esta, predominantemente na assistência, pesquisa e ensino, como ocorreu na primeira fase e, 12 (92,3%) daqueles afirmaram ter conhecimento sobre a CIPE[®], oito (61,5%) informaram ter muito conhecimento ou conhecimento médio, o que reafirma uma característica de expertise na temática do estudo.

Numa análise geral, houve um equilíbrio entre os participantes do estudo, tanto na primeira quanto na segunda fase, no que tange à expertise seja em relação à temática dos cuidados paliativos e/ou à de sistemas de classificações.

Na análise da segunda fase aplicou-se o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) e teste binomial, levando-se em consideração o que apontam os estudos de Lopes, Silva e Araújo (2013a; 2013b) de que o cálculo de um índice de validade de conteúdo, obtido a partir de uma média ponderada que atribui um peso linearmente mais forte quando o perito acredita na adequação de um componente diagnóstico, tende a superestimar o valor de cada item avaliado, o que pôde ser comprovado neste estudo.

Desse modo, adotou-se a proposta realizada pelos mesmos autores supracitados com o uso do teste binomial para comparação de proporções. Logo, a relação das intervenções de enfermagem com os diagnósticos/resultados de enfermagem foram consideradas como pertinentes desde que a proporção de avaliadores fosse estatisticamente igual ou superior ao valor pré-determinado de 80%, considerando uma confiança de 95% e de acordo com o cálculo proposto por Lopes, Silva e Araújo (2013b) para a definição do tamanho amostral para análise de conteúdo por peritos, a amostra deve ser superior a 12 peritos.

O produto resultante da validação de conteúdo pelos peritos levou em consideração o resultado do teste binomial para a consensualização dos enunciados de intervenções de enfermagem que subsidia a construção do Subconjunto Terminológico da CIPE[®] Cuidados paliativos para um morrer com dignidade. Da avaliação quanto à pertinência da relação entre os 33 diagnósticos/resultados e as 248 intervenções de enfermagem, evidenciou-se que de acordo

com os resultados do cálculo do IVC resultaram 192 (77,4%) intervenções que alcançaram o $IVC \geq 0,80$ e 56 (22,6%) que obtiveram $IVC < 0,80$.

Considerando a análise estatística pelo teste binomial, evidenciou-se que apesar de cinco intervenções de enfermagem (sinalizadas em vermelho na **Tabela 6** – páginas 142-151) alcançarem o $IVC \geq 0,80$, o valor de **p** foi menor que 0,05, o que é possível afirmar que o nível de significância 0,05 de acordo com as hipóteses deste estudo, indica que há discordância entre o valor populacional dos peritos.

Seis intervenções de enfermagem (sinalizadas em azul na mesma **Tabela 6**) alcançaram o $IVC < 0,80$ e o valor de **p** foi maior que 0,05 o que significa que muito dificilmente a avaliação da pertinência dessas intervenções tenham vindo de uma população de peritos com concordância maior que 0,80.

Nessa segunda fase do estudo, levou-se em consideração para a análise estatística o resultado do teste binomial, do qual resultaram 220 intervenções de enfermagem que alcançaram valor de $p \geq 0,05$ e, de acordo com o teste estatístico, demonstrando que não existe evidências (em termos de probabilidade), para se rejeitar a hipótese nula (H_0) de que a proporção populacional de concordantes é maior ou igual a 80%.

A rejeição da hipótese nula ocorre somente quando o nível descritivo do teste (valor **p**) é inferior ao nível de significância adotado (0,05) (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013b). Assim, conclui-se que 220 (88,7%) intervenções de enfermagem obtiveram a concordância dos peritos que as classificaram como adequadas.

Resultados do presente estudo corroboram aqueles encontrados em Doorenbos e colaboradores (2013) numa pesquisa realizada com enfermeiras na Tailândia com o objetivo de descrever as intervenções de enfermagem mais importante na promoção do morrer com dignidade, classificou as cinco intervenções de enfermagem mais importantes para um morrer com dignidade: manter a dignidade e privacidade; estabelecer a confiança; administrar medicamento para dor; estabelecer o repouso e controlar a dispneia.

Resultados são apoiados por outro estudo realizado na Coreia do Sul que também objetivou descrever as intervenções de enfermagem para um morrer com dignidade. Neste houve a identificação das três intervenções de enfermagem mais importantes: estabelecer a confiança, estabelecer o repouso e administrar medicamento para dor (JO *et al.* 2011).

Pode-se observar que, apesar dos dois estudos terem apresentado apenas as principais intervenções de enfermagem para a pessoa em processo de terminalidade em prol de um morrer com dignidade, as intervenções de enfermagem que foram validadas pelo presente estudo: **ênfatisar a importância da participação do paciente no autocuidado para a preservação**

da dignidade e maior qualidade de vida; estimular o otimismo, proporcionando apoio a um viver com dignidade; estabelecer relação de confiança; monitorar a dor; promover o repouso/sono adequado para o alívio do desconforto e, administrar medicamento para dor, são corroboradas pelos dois estudos citados (JO *et al.* 2011; DOORENBOS *et al.* 2013)

Assim como ocorreu no processo de validação dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, nessa segunda fase do estudo, também foram apresentadas por parte dos peritos, algumas sugestões, as quais passam a ser discutidas a seguir, levando-se em consideração as pertinências ao estudo.

Dentre as sugestões citadas pelos peritos, vale a pena citar as intervenções de enfermagem: **estimular o uso de outros meios de comunicação** (escrita, libras, gestos, sons dentre outros); **pesquisar sinais de hipoglicemia**; **facilitar discussões que propiciem abordar questões acerca dos trâmites burocráticos com documentações, emissão de atestado de óbito, funeral e orientações quanto ao enterro**; **identificar necessidades de reconciliação**; **proporcionar condições favoráveis à reconciliação**; **promover conferência familiar para discutir estratégias facilitadoras para a inserção da família no planejamento terapêutico traçado para o paciente**; **investigar sobre o perfil de tomada de decisão do paciente antes de seu adoecimento e quais decisões já tomou ao longo do seu percurso terapêutico**.

A sugestão da intervenção de enfermagem **estimular o uso de outros meios de comunicação (escrita, libras, gestos, sons, dentre outros)** surgiu em substituição ao enunciado proposto **estimular a comunicação pelo toque**. Apesar de não ter sido uma intervenção de enfermagem validada pelos peritos, entende-se que é uma intervenção pertinente diante do diagnóstico/resultados de enfermagem **comunicação prejudicada**, até mesmo porque no Catálogo CIPE[®] não há nenhum enunciado direcionado à comunicação.

A intervenção de enfermagem sugerida **pesquisar sinais de hipoglicemia** aparece no sentido de contribuir com os cuidados para situações que sejam evidenciadas o diagnóstico de enfermagem **hipóxia**, também bastante pertinente quando se trata de pessoas com doenças fora de possibilidade de cura e ameaçadoras da vida.

Para o diagnóstico de enfermagem **atitude de enfrentamento do processo de morrer e da morte prejudicada** foram propostas três intervenções de enfermagem consideradas como relevantes: **facilitar discussões que propiciem abordar questões acerca dos trâmites burocráticos com documentações, emissão de atestado de óbito, funeral e orientações quanto ao enterro**; **identificar necessidades de reconciliação**; **proporcionar condições favoráveis à reconciliação**.

São situações que, muitas vezes, os profissionais que não têm a experiência em cuidados paliativos têm dificuldade em gerenciar. Contudo, na medida em que se tem o conhecimento sobre o que são os cuidados paliativos, percebe-se a necessidade de se instrumentalizar para atuar com ações que visem facilitar o processo de comunicação relacionada a temas que geralmente se tem dificuldade em abordar como os preparativos do funeral e as situações que necessitam de intervenção para a reconciliação, seja por parte do paciente ou de um familiar.

Um profissional preparado, com certeza, terá maior facilidade na tomada de decisão nessas situações, o que pode vir a proporcionar conforto e respeito à dignidade da pessoa que está morrendo, por oportunizar momentos de contato humano, amor, de reconciliação.

Chochinov (2012) chama a atenção de que, apesar de viver um prognóstico limitado, as pessoas que estão morrendo estão constantemente inclinadas a olhar a realidade de frente, e a reconciliação é uma forma confortável de compromisso e busca de uma paz interior e, favorecer a reconciliação pode transformar a fase final da vida em um momento de viver com dignidade e completude, em vez de simplesmente um momento de antecipação da morte.

Para o diagnóstico de enfermagem **falta de apoio da família** surgiu a recomendação da intervenção de enfermagem **promover conferência familiar para discutir estratégias facilitadoras para a inserção da família no planejamento terapêutico traçado para o paciente**, a qual é uma intervenção da equipe, contudo, pode sim ser uma indicação do enfermeiro, considerando o seu papel de membro da equipe e de ter maior proximidade com o paciente e a família.

Existem alguns problemas experimentados pela família que estão presentes em muitos momentos e nem sempre são resolvidos com os próprios recursos da família, necessitando de uma intervenção profissional a fim de serem resolvidos com êxito. Problemas estes que habitualmente decorrem da falta de informação acerca da evolução da doença, das dificuldades na comunicação intrafamiliar, da dificuldade em tomar decisões e da falta de recursos que possam ser importantes.

Logo, a conferência familiar é considerada como uma intervenção exitosa quando a comunicação entre todos é respeitada e o profissional se mostra capaz de oferecer segurança, confiança e orientação que possibilitem ajudar a família a expressar as suas preocupações, emoções e a acordar um plano futuro comum, aceitável e factível (GALRIÇA NETO, 2003).

A última sugestão para as intervenções de enfermagem foi **investigar sobre o perfil de tomada de decisão do paciente antes de seu adoecimento; e quais decisões já tomou ao longo do seu percurso terapêutico**. Tal intervenção surgiu direcionada para o diagnóstico de enfermagem **processo de tomada de decisão prejudicado**.

Quando se trata de tomar uma decisão pelo outro, e este não está em condições de se expressar, conhecer o seu perfil e as suas perspectivas de como pensava sobre a sua finitude, é uma atitude de respeito a autonomia da pessoa.

Observou-se que algumas intervenções, estruturadas com base nos diagnósticos/resultados de enfermagem consensualizados e no Modelo de Cuidados para a Preservação da Dignidade não alcançaram o valor adotado como parâmetro de $IC \geq 0,80$, conforme mencionadas a seguir:

A intervenção **orientar sempre que possível, a contratação de um cuidados profissional a ser pago pelo paciente** não obteve uma concordância ideal entre os peritos, contudo, segundo os estudos de Chochinov (2012), as pessoas com alterações no seu nível de capacidade funcional, em longo prazo, fornecem informações importantes sobre a experiência de dependência funcional. Estas, ao apresentarem algum nível de dependência, passam a necessitar de cuidados contínuos com as várias atividades da vida diária, como vestir, tomar banho, ir ao banheiro ou alimentação. É importante que o cuidador se preocupe com a pessoa sob seus cuidados, de modo que ela não se sinta um fardo para aquele que lhe cuida.

Diante dessa problemática, Chochinov (2012) traz a possibilidade de que, o pagamento de uma taxa pela prestação dos cuidados, isso quando a pessoa pode pagar um cuidador, pode tornar uma condição na qual o paciente se sinta equitativamente justo. Essa categoria temática emergiu das falas dos pacientes do estudo realizado para a descrição do Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade, quando se observou que, apesar da dependência, quando podem gerir a situação e inclusive pagar um cuidado, o paciente se sente como estando ainda no comando.

Obter dados sobre alodinia foi outra intervenção de enfermagem que não obteve concordância entre os peritos. Ao analisar a linha temática dos peritos, observou-se que aqueles com formação em cuidados paliativos consideraram a intervenção como pertinente, no entanto não ocorreu o mesmo com os demais.

Segundo o II Consenso Nacional de Dor Oncológica, a dor neuropática, apesar de não ser um patognomônico das enfermidades oncológicas, é muito prevalente dentre os pacientes em cuidados paliativos, sendo considerada como uma condição clínica marcante nestes pacientes, podendo ser de origem espontânea ou evocada. A dor evocada é chamada de alodinia quando desencadeada por estímulo normalmente não doloroso (como o toque suave, por exemplo) (MINSON et al. 2010). Isso justifica a construção da intervenção de enfermagem com base no diagnóstico de enfermagem de **dor**.

Obter dados sobre sentimento de angústia também foi uma intervenção que não obteve o grau de concordância estabelecido de $\geq 0,80$. Apesar de ter sido considerada como muitíssimo pertinente por parte de sete peritos, os demais a consideraram apenas como pertinente ou como nada pertinente, o que levou à sua não validação.

De acordo com o Modelo Cuidados para Preservação da Dignidade, há duas condições que podem contribuir para o sentimento de angústia, dentre tantas outras, como a incerteza quanto ao prognóstico da evolução da doença, o que faz parte do subtema *sofrimento psicológico*, e se insere na relação com as *incertezas médicas* e, outra condição é a preocupação com a situação que a pessoa vai deixar após sua morte. Talvez a centralidade de papéis, como por exemplo o papel de pai, o papel de esposa que cuida do marido e filhos, diante da potencialidade da morte, tende a ser aniquilado, o que por conseguinte aumenta a intensidade dos sintomas de angústia (CHOCHINOV, 2012).

Diante do exposto, entende-se que apesar da intervenção de enfermagem **obter dados sobre sentimento de angústia** não ter sido validada pelos peritos, é uma intervenção relevante no contexto dos cuidados a pessoa em processo de terminalidade.

Os diagnósticos/resultados de enfermagem que estão relacionados com a dimensão espiritual, foram os que menos obtiveram consenso por parte dos peritos em relação aos enunciados de intervenções de enfermagem propostos.

Para Chochinov (2012), as convicções religiosas não conduzem necessariamente a modos específicos ou previsíveis de enfrentamento a cerca do fim da vida. Para muitas pessoas, a espiritualidade é entendida, vivida e praticada de forma não religiosa. Embora muitas pessoas não possam crer numa divindade, num poder superior, ou supremo, as pessoas que se descrevem como espiritualizadas, muitas vezes, se sentem em conexão com uma força para além de si, como a natureza, as ideias, o coletivo humano, ou até mesmo o próprio tempo.

Talvez o maior desafio na abordagem do cuidado para com a dimensão espiritual junto aos pacientes que estão morrendo é apresentado por aqueles que expressam nenhum sentimento de espiritualidade. Em tais casos, o principal obstáculo, por vezes, é a linguagem, a maneira como a temática é abordada. Como em todos os aspectos, as palavras no contexto dos cuidados paliativos são poderosas e dependendo de como usá-las, podem acalmar, prejudicar ou alienar (CHOCHINOV, 2002; 2012).

Segundo Bertachini e Pessini (2010), a espiritualidade diz respeito à busca do ser humano por um sentido e significado transcendente da vida, ao passo que a religião, por outro lado, se traduz por um conjunto de crenças, práticas rituais e linguagem litúrgica que caracte-

rizam uma comunidade que está procurando dar um significado transcendente às situações fundamentais da vida, desde o nascer até o morrer.

Isso nos permite inferir que no contexto dos cuidados, mais especificamente no cuidar de pessoas em processo de morrer, o que importa especificamente aos profissionais de saúde, é atender às particularidades inerentes à espiritualidade de cada paciente. Diante da avaliação por parte dos peritos, pôde-se depreender que é possível ter ocorrido uma confusão entre os enunciados de intervenções que estão direcionadas para o cuidar da dimensão espiritual do paciente e não dar uma resposta às crenças religiosas destes, mesmo sabendo que para tal, faz-se necessário, muitas vezes, a participação de um membro religioso, como por exemplo um capelão, haja vista que não é possível empreender cuidados paliativos distante de uma perspectiva interdisciplinar e sem atenção à dimensão espiritual.

Dadas as considerações gerais sobre os principais achados do estudo em relação as intervenções de enfermagem, vale chamar a atenção de que algumas intervenções apesar de estarem alocadas diante de um diagnóstico/resultados de enfermagem, podem ser aplicadas a outros, para tal o enfermeiro deve pautar-se no julgamento terapêutico, para estabelecer as devidas relações entre as intervenções e os diagnósticos/resultados de enfermagem dependendo da individualidade de cada pessoa a qual está sendo prestado os cuidados, além do enquadramento frente ao contexto cultural do paciente em processo de terminalidade e sua família, prestadores de cuidados e do ambiente de cuidados (ICN, 2008).

10.3 Terceira etapa: Estruturação do Subconjunto Terminológico CIPE®

Segundo o CIE (ICN, 2008; 2010) não há um modelo teórico ou conceitual específico para a organização dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem num Subconjunto Terminológico CIPE®, podendo a escolha do modelo variar para diferentes subconjuntos e deve ser determinado pelo pesquisador.

Carraro (2001) esclarece que o marco ou modelo conceitual visa situar as ações da profissão, quando formula modos de agir logicamente organizados, servindo de base para o desenvolvimento de uma metodologia da assistência, sustentando as decisões no processo de assistir a pessoa na sua multidimensionalidade. Os marcos conceituais podem emergir da prática vivenciada, devendo ser consideradas as suas particularidades, na medida em que subsidiarão a prática do enfermeiro.

Corroborando a discussão acerca da seleção de um modelo teórico, Leopardi (2006) acrescenta que os conceitos são formulações concebidas pelo pesquisador, expressando o modo como o mesmo percebe a sua realidade e como a compartilha no contexto da sua clientela.

Nessa linha de pensamento, adotou para o presente estudo o mesmo modelo conceitual utilizado no Catálogo CIPE[®] cuidados paliativos para uma morte digna (ICN, 2010) por entender que o Modelo de Cuidado para Preservação da Dignidade tem sido bem aceito pelas instituições representativas dos Cuidados Paliativos no âmbito mundial como a *International Association for Hospice & Palliative Care*, *European Association for Palliative Care* (EAPC), Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos e a *Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos*.

Vale salientar que nas publicações da Academia Nacional de Cuidados Paliativos – Brasil e em periódicos nacionais, não foi evidenciado a partir de uma busca nas bases de dados nacionais, nenhum trabalho referenciando o modelo selecionado.

Por conseguinte, pode-se depreender que os resultados obtidos com esta pesquisa demonstram que a escolha do Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade foi adequada e é factível a sua aplicação pelo enfermeiro paliativista no cuidar da pessoa em processo de terminalidade e sua família, com possíveis implicações positivas para o ensino, pesquisa e assistência de enfermagem.

O Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade proposto por Chochinov (2002; 2012) comporta três categorias principais: **Preocupações relacionadas com a doença; Repertório de conservação da dignidade; Inventário da dignidade social**. Estas são subdivididas em temas e subtemas que estão descritos a seguir, de modo sucinto, o que permite uma melhor visualização e organização global do modelo, bem como a relação deste com os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem desenvolvidos no presente estudo.

1. Preocupações relacionadas com a doença

Esta primeira categoria inclui as questões que estão diretamente relacionadas com a própria doença e resultam da experiência vivenciada a partir do adoecimento. De acordo com os resultados da análise, foi possível evidenciar 21 (63,6%) diagnósticos/resultados de enfermagem nessa primeira categoria principal.

Nessa categoria, o Catálogo CIPE[®] cuidados paliativos para uma morte digna apresenta um total de 69 diagnósticos/resultados de enfermagem e 74 intervenções de enfermagem distribuídos nos respectivos temas e subtemas da categoria principal.

Como resultados do estudo, evidenciou-se 21 (66,6%) diagnósticos/resultados de enfermagem e 144 (65,4%) intervenções de enfermagem classificados nessa categoria maior.

Como tema incluído nessa categoria, tem-se o *nível de independência*, sendo agregado a esse tema, dos 21 que foram classificados nessa categoria, quatro (19,0 %) diagnósticos/resultados de enfermagem e 25 (17,3%) intervenções de enfermagem. Destes, três diagnósticos/resultados de enfermagem e 17 intervenções de enfermagem refletem o grau de confiança que a pessoa tem diante do outro, caracterizando-se pela disposição em manter a sua capacidade mental/pensamento, ou seja, a *acuidade cognitiva*, subtema da categoria principal. E um diagnóstico/resultado de enfermagem e oito intervenções de enfermagem, relaciona-se à capacidade ou incapacidade de desempenhar tarefas relacionadas com as atividades de vida diária, isto é, o subtema *capacidade funcional*.

Os outros 17 (81,0%) diagnósticos/resultados de enfermagem e 119 (82,6%) intervenções de enfermagem dessa categoria maior foram distribuídos no tema *sintomas de sofrimento*, o qual se subdivide em *sofrimento físico*, o subtema que agregou mais número, um quantitativo de 13 diagnósticos/resultados de enfermagem e 99 (68,7%) intervenções de enfermagem. E o último subtema dessa categoria maior, *sofrimento psicológico*, possibilitou a classificação de quatro diagnósticos/resultados de enfermagem e 20 (13,9%) intervenções de enfermagem. Este último subtema relaciona-se a todo sofrimento associado ao desconhecimento ou a perda da consciência ligada com o estado de saúde ou com os tratamentos, o que o autor chama de “*incertezas médicas*” e a preocupação ou medo associado ao processo de morrer ou antecipação da morte, denominado de “*ansiedade da morte*” (CHOCHINOV, 2012, p. 9).

2. Repertório de conservação da dignidade

Esta segunda categoria principal inclui os aspectos relacionados à dimensão psicológica e espiritual da pessoa em processo de terminalidade, geralmente decorrentes da personalidade e dos recursos internos que podem vir a influenciar o sentido de dignidade da pessoa (CHOCHINOV, 2012).

Nessa categoria, o Catálogo CIPE[®] cuidados paliativos para uma morte digna apresenta um total de 52 diagnósticos/resultados de enfermagem e 31 intervenções de enfermagem distribuídos nos respectivos temas e subtemas da categoria principal.

Nessa categoria, foi evidenciado e classificado um quantitativo menor de diagnósticos/resultados de enfermagem, apenas nove (27,3%) e 58 (26,4%) intervenções de enfermagem. A categoria se subdivide em duas temáticas, nas quais foram classificados os oito diagnósticos/resultados de enfermagem.

Perspectivas de conservação da dignidade, a qual compreende as formas de lidar com uma situação, de como enfrentar a doença fora de possibilidades de cura, descrevendo o modo como isso influencia o sentido de dignidade de cada pessoa. Tais perspectivas se subdividem em oito subtemas: *continuidade do EU; preservação das funções; generatividade/legado; manutenção do orgulho; esperança; autonomia/controle; aceitação e, resiliência/espírito de luta* (CHOCHINOV, 2012). Destes subtemas, para apenas quatro deles, foram identificados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem nesse estudo, a saber:

Continuidade do EU refere-se à sensação de que a essência do indivíduo se mantém intacta, e foi evidenciado um (11,1%) diagnóstico/resultado de enfermagem e oito (13,8%) intervenções de enfermagem.

Esperança é uma perspectiva na qual deve se buscar um equilíbrio entre o que a doença pode afirmar e o tempo que resta e é possível oferecer esperança à pessoa. Ver a vida como uma continuidade, dando-lhes um significado ou propósito. Foram identificados dois (22,2%) diagnósticos/resultados de enfermagem e 16 (27,6%) intervenções de enfermagem.

Autonomia/controle se traduz pela capacidade da pessoa em manter um sentido de controle sobre as circunstâncias da sua vida. Para esse subtema confirmaram um (11,1%) diagnóstico/resultado de enfermagem e cinco (8,6%) intervenções de enfermagem.

Para o subtema *aceitação* caracterizado pela capacidade de se adaptar às alterações nas circunstâncias da vida, foi evidenciado dois (22,2%) diagnósticos/resultados de enfermagem e 15 (25,9%) intervenções de enfermagem.

Práticas de conservação da dignidade. Este tema compreende as várias abordagens pessoais ou técnicas que são usadas para apoiar ou manter o sentido de dignidade de uma pessoa (CHOCHINOV, 2012). São apresentadas em três subtemas, todavia, apenas para dois destes foram evidenciados os outros três diagnósticos/resultados de enfermagem e 20 intervenções de enfermagem da categoria principal.

Sendo o subtema *viver “o momento”* o que corresponde a focar-se nas questões imediatas e não estar preocupado com o futuro. Nesse subtema evidenciou-se um (11,1%) diagnóstico/resultado de enfermagem e cinco (8,6%) intervenções de enfermagem.

Os outros dois (22,2%) diagnósticos/resultados de enfermagem e as nove (15,5%) intervenções de enfermagem foram classificados no subtema *buscar por conforto espiritual* referindo-se aos efeitos na preservação da dignidade, de encontrar consolo numa crença, seja ela espiritual ou religiosa.

3. Inventário da dignidade social

Esta terceira categoria principal refere-se às circunstâncias sociais ou relações que aumentam ou diminuem o sentido de dignidade da pessoa e descreve a influência na dignidade que resulta do ambiente em que a pessoa está inserida. Essa foi a categoria que se evidenciou o menor número de diagnóstico/resultados e intervenções de enfermagem no estudo, apenas três (9,1%) e 18 (8,18%) respectivamente.

Segundo Chochinov (2012), as circunstâncias sociais ou relações são caracterizadas em cinco temas: *limites de privacidade, suporte social, teor dos cuidados, fardo para os outros e preocupações com as consequências*, destes, para apenas três foi evidenciado um (33,3%) diagnóstico/resultados de enfermagem e seis (33,3%) intervenções de enfermagem para cada.

Suporte social, subtema que se caracteriza pela presença do apoio da comunidade, de amigos, família ou profissionais de saúde. *Teor dos cuidados* que representa a atitude que os outros demonstram quando interagem com a pessoa doente. *Preocupações com as consequências*, o que nos remete às preocupações da pessoa que está morrendo com o período após a morte, referindo-se especificamente às preocupações que os doentes têm sobre o impacto que a sua morte terá naqueles que vai deixar.

No Catálogo CIPE[®] cuidados paliativos para uma morte digna, foi também a categoria principal que apresentou o menor número de enunciados e para apenas quatro temas, já que o tema teor dos cuidados não apresenta nenhum diagnóstico/resultados e intervenção de enfermagem. No Catálogo CIPE[®] observa-se um quantitativo de 16 diagnósticos/resultados de enfermagem e 24 intervenções de enfermagem distribuídos nos quatro temas.

Todos os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem encontram-se listados em cada categoria principal, tema e subtema conforme apresentado na **figura 13** na página 171.

Como preconizado pelo CIE, os resultados de enfermagem se traduzem como a medida ou estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de enfermagem (ICN 2001). Assim, no presente estudo, os resultados de enfermagem encontram-se listados sob o título diagnóstico/resultados de enfermagem. Estes podem ser documentados quando da implementação do processo de enfermagem durante as práticas de cuidar, de modo a refletir um diagnóstico ou um resultado de enfermagem consoante ao seu uso na prática. Por exemplo, “orientação melhorada” pode ser identificado como um enunciado quer de diagnóstico quer de resultado.

O **Subconjunto Terminológico CIPE[®] Cuidados Paliativos para um morrer com dignidade** foi estruturado com a finalidade de subsidiar as práticas de cuidar do enfermeiro

paliativista no atendimento à prioridade de saúde como foco de atenção nos Cuidados Paliativos à pessoa em processo de morrer e sua família.

10.4 Importância do Subconjunto Terminológico CIPE® para a Enfermagem

O aumento da longevidade e a expansão das doenças crônicas e progressivas, bem como as alterações decorrentes na reestruturação das redes de composição familiar, têm impactado de modo crescente na organização dos sistemas de saúde e nos recursos especificamente destinados às pessoas com doenças crônicas. Com as alterações demográficas ocorridas em todo o mundo e, especificamente no Brasil, os Cuidados Paliativos têm despertado crescente relevância no contexto das práticas de cuidados com a pessoa diante de uma enfermidade crônica e fora de possibilidade de cura. Assim, para centrar a prestação de cuidados nos cidadãos e suas famílias requer uma organização das práticas de cuidar, de modo a permitir que a população tenha acesso a cuidados no tempo certo, no local certo e pela equipe com preparação técnica e relacional para prestar os cuidados.

Em todo o mundo, as taxas de mortalidade por doença crônica têm evoluído a cada dia, do total de óbitos a nível mundial em 2008, 63% foram relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), destas destaca-se o câncer. No Brasil as DCNT são também a principal causa de mortalidade. Em 2009, após correções para causas mal definidas e sub-registro, responderam por 72,4% do total de óbitos. As quatro doenças – doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes – responderam por 80,7% dos óbitos por doenças crônicas. Segundo dados do Ministério da Saúde, estima-se que haverá 576.580 novos casos de câncer diagnosticados no país em 2014 (SCHMIDT *et al.*, 2011; DUNCAN *et al.* 2012).

Considerando o perfil epidemiológico supracitado, entende-se que é relevante para a prática assistencial do enfermeiro, a utilização de uma ferramenta de tecnologia leve como o produto desta tese - **Subconjunto Terminológico CIPE® Cuidados Paliativos para um morrer com dignidade**, subsidiando a prática da equipe de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos em prol da preservação da dignidade da pessoa em processo de morrer e vivenciando a proximidade da morte, de acordo com as bases teóricas do Modelo de Cuidados para a Preservação da Dignidade, o qual está estruturado de modo a contemplar as preocupações relacionadas com a doença; o repertório de perspectivas e práticas de conservação da dignidade, bem como o inventário da dignidade social, pautando-se, acima de tudo, em um

cuidado que respeita a autonomia da pessoa e esta seja o cerne das discussões para a tomada de decisão.

Quando da sua possibilidade de participar, que assim o seja; na impossibilidade, que sejam ouvidos os seus familiares ou pessoas mais próximas, as quais devem ser orientadas a respeitar os desejos da pessoa quando esta pode tomar decisões por si. Bases essenciais para que a equipe de saúde possa implementar de fato os princípios filosóficos dos Cuidados Paliativos, a partir do qual o modelo teórico foi estruturado.

A inserção da Enfermagem no Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade, direcionado a pessoa em processo de terminalidade e sua família

A dignidade pode ser definida como um valor o qual todo ser humano possui. Valor esse que se desenvolve a partir do momento em que cada pessoa tem as condições necessárias para assumir o próprio controle, tomando decisões e desenvolvendo a sua independência e autonomia. Logo, diante de situações como, por exemplos, uma doença crônica, a velhice, a morte, as pessoas tendem a perder o controle sobre si e a capacidade de domínio próprio sobre algumas funções ou eventos cotidianos.

Diante de situações como estas, há um possível temor entre os profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, em não saber lidar com essa condição dos pacientes a quem assistem, de modo que se percebe a necessidade de se repensar o cuidar dessas pessoas que se veem diante de uma doença ameaçadora da vida, o que tende a provocar mudanças críticas na dignidade dessas pessoas quando em processo de terminalidade. Assim, Castledine (2006) afirma que promover a dignidade para os pacientes é mais do que uma responsabilidade do enfermeiro, é sobremaneira exercer uma Enfermagem com sensibilidade às necessidades do outro e propiciar um ambiente de cuidado que se preocupe com a dignidade da pessoa.

Em um estudo de análise de conceito, foi evidenciado que a dignidade é um foco de atenção para a Enfermagem e por isso, entende-se que cuidar para a preservação da dignidade da pessoa, em especial de pessoas em cuidados paliativos é uma atitude decisiva dos profissionais de enfermagem. O respeito a autonomia do paciente, o empoderamento e uma comunicação eficaz são atributos que foram identificados no estudo que definem a dignidade. Se a dignidade é mantida, uma sensação de poder e autoimagem positiva podem existir nos pacientes (FRANKLIN; TERNESTEDT; NORDENFELT, 2006).

Considerando tais aspectos e a definição da OMS para os cuidados paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, que enfrentam um problema associado à doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do so-

frimento por meio de identificação precoce, avaliação eficaz e alívio da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2002), entendeu-se que é relevante e necessário integrar os elementos do processo de enfermagem (diagnósticos/resultados e intervenções) de enfermagem direcionados às práticas de cuidar da pessoa em cuidados paliativos, a uma modelo teórico, de modo que o Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade atende ao proposto para o **Subconjunto Terminológico da CIPE® Cuidados Paliativos para um morrer com dignidade**.

A proposta do **Subconjunto Terminológico da CIPE® Cuidados Paliativos para um morrer com dignidade** como apresentada na **Figura 13**, está organizada contemplando as três categorias principais, temas e subtemas do Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade (CHOCHINOV, 2002; 2012), a saber: **preocupações relacionadas com a doença; repertório de conservação da dignidade; inventário da dignidade social**. Em relação aos temas e subtemas, foram apresentados no Subconjunto Terminológico, apenas aqueles para os quais foram identificados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem no presente estudo, o que justifica a ausência de alguns temas e subtemas tais como: cinco subtemas da categoria **Repertório de Conservação da Dignidade** (*preservação das funções, generatividade/legado, manutenção do orgulho, resiliência/espírito de luta e manter a normalidade*) e dois temas da categoria **Inventário da Dignidade Social** (*limites de privacidade e fardo para os outros*).

A estruturação do Subconjunto Terminológico baseou-se nas recomendações para o desenvolvimento de subconjuntos e no próprio Catálogo CIPE® cuidados paliativos para uma morte digna.

10.5 Limitações do estudo e recomendações

Apesar dos objetivos da pesquisa terem sido alcançados, além de todo o esforço dispendido para tal, não se pode deixar de mencionar as limitações do estudo. Estas centralizaram-se no tamanho da amostra e, em ter sido realizada apenas com a fala dos profissionais de enfermagem na primeira etapa do estudo. Logo, o fato dos resultados da pesquisa representarem a compreensão dos profissionais de enfermagem sobre o cuidar para o morrer com dignidade e, ter sido restrita a um único serviço de saúde, não é possível a generalização dos resultados aqui obtidos.

Cabe reiterar que houve dificuldade em encontrar peritos com prática clínica e científica referente à prioridade de saúde selecionada – os cuidados paliativos. Além da disponibili-

dade para responder ao instrumento de pesquisa, o que levou a uma redução à metade no número de participantes na segunda fase do processo de validação.

Outra limitação enfrentada foi um número insuficiente de artigos para uma revisão consistente sobre a percepção do conceito de dignidade, especialmente no que tange a Enfermagem. Ainda tratando das limitações em relação a revisão da literatura, observa-se as lacunas bibliográficas para operacionalização das definições de alguns conceitos.

Desse modo, considera-se essencial a realização de novos estudos acerca da prioridade de saúde selecionada – os cuidados paliativos em outras populações específicas, para que se verifique a incidência dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem encontrados neste estudo, no que diz respeito a pessoa em processo de terminalidade e sua família.

Fica a recomendação de futuras pesquisas para que possa ser verificado se os termos identificados como não constantes da CIPE[®] versão 2011 são, de fato, termos novos ou se são apenas parte do descritivo de outros termos, além da importância de ser confirmada a relevância destes termos para a prática da enfermagem.

Além disso, espera-se que, o produto desta tese seja apreciado pelo CIE e possa contribuir com a revisão do Catálogo CIPE[®] cuidados paliativos para uma morte digna, possibilitando o desdobramento dos resultados deste estudo para melhor qualificação das práticas de cuidados à pessoa em cuidados paliativos e sua família, como também contribuir para a formação de competências e habilidades no processo formativo e capacitação permanente da equipe de enfermagem paliativista.

11 Considerações Finais

Os Cuidados Paliativos têm se disseminado e se legitimado política e socialmente pelo mundo, e com isso a atuação do enfermeiro junto a equipe paliativista, contudo observa-se que ainda há uma atuação do enfermeiro com uma prática assistemática na documentação do processo de enfermagem, o que tende possivelmente a comprometer a visibilidade do trabalho do enfermeiro junto à equipe de saúde.

Reconhecendo os propósitos dos princípios filosóficos dos cuidados paliativos direcionados para um cuidado multidimensional e abrangente, cuidando para além do paciente, mas também da sua família, considera-se como favorável e relevante o uso do referencial teórico do Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade, inclusive por já ser reconhecido em bases empíricas, a necessidade de integração dos cuidados de enfermagem para com a preservação da dignidade da pessoa, especialmente quando se trata de pessoas em fim de vida.

Com o propósito de subsidiar a prática do enfermeiro com o uso de uma ferramenta tecnológica como o Subconjunto Terminológico, a proposta ora apresentada, espera-se que seja utilizada como um referencial de cuidado na ótica da integralidade para a pessoa em cuidados paliativos.

O **Subconjunto Terminológico CIPE® Cuidados Paliativos para um morrer com dignidade** é uma ferramenta que visa subsidiar a prática do enfermeiro e espera-se que seja utilizado de fato nos campos de práticas pelos enfermeiros que atuam nos serviços de cuidados paliativos, seja no atendimento hospitalar ou domiciliar, como é preconizada a demanda dessa prioridade em saúde.

A presente pesquisa que resulta nesta tese, teve seus objetivos alcançados e traz como produto final o **Subconjunto Terminológico CIPE® Cuidados Paliativos para um morrer com dignidade** contemplando diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, estruturados num modelo teórico de referência para os Cuidados Paliativos, que é o Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade, com perspectiva de guiar as práticas de cuidar do enfermeiro paliativista no que concerne a disponibilização de enunciados que representam a linguagem de enfermagem relevante para a área dos Cuidados Paliativos.

Além de respaldar o enfermeiro com conhecimentos, habilidades e atitudes direcionadas para a organização e planejamento das práticas de cuidar direcionadas por um cuidar que busca preservar a dignidade da pessoa em processo de terminalidade.

A identificação dos termos relevantes para a área dos cuidados paliativos possibilitou a construção de um **Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem** para a pessoa em cuidados paliativos, instrumento terminológico de grande relevância para a prática do enfermeiro, seja ela no atendimento domiciliar ou hospitalar, além de trazer outros benefícios como a uniformização de uma linguagem que visa permitir a composição de enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, além dos já inclusos nesse subconjunto.

Dos 262 termos que compuseram o **Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem** para a pessoa em cuidados paliativos, foi constatado que 167 termos constam na CIPE® Versão 2011, evidenciando a utilização dos termos integrantes dos sistemas de classificação na prática da enfermagem. E, os demais 82 termos não constam na CIPE® versão 2011, o que se espera que possam ser validados clinicamente e posteriormente inseridos nessa Classificação.

Na etapa de construção dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, esta se destaca como uma das atividades mais complexas e desafiadoras para o pesquisador, considerando-se suas peculiaridades de ser um processo de elaboração que requer conhecimento teórico e prático acerca da temática e da metodologia, o que só foi possível alcançar os resultados apresentados neste estudo, com a participação de enfermeiros peritos que após uma análise de cada enunciado apresentou sua inferência sobre a situação identificada, definindo a variável sob análise como pertinente ou não, para ser considerada um rótulo numa terminologia de enfermagem.

Nesta pesquisa, esse processo foi desencadeado por uma sucessão de etapas, que se delimitaram em duas fases distintas, a primeira tratou de validar os enunciados para diagnósticos/resultados de enfermagem e suas respectivas definições operacionais, evidenciando 33 diagnósticos/resultados de enfermagem validados e, a segunda fase do processo de validação evidenciou 181 intervenções de enfermagem.

Estes enunciados validados foram estruturados segundo o referencial empírico - Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade adotado no estudo e, ao serem analisados em comparação ao Catálogo CIPE® cuidados paliativos para uma morte digna, evidenciou-se 18 novos diagnósticos/resultados de enfermagem e 183 intervenções de enfermagem não constantes no Catálogo CIPE® já existente.

Um número considerável de intervenções de enfermagem que possibilitam atender as demandas dos diagnósticos/resultados de enfermagem, haja vista que há uma escassez de intervenções no Catálogo CIPE® cuidados paliativos para uma morte digna, no qual, para um

total de 137 diagnósticos/resultados de enfermagem, existem apenas 129 intervenções de enfermagem.

Isso demonstra uma contribuição do presente estudo, ao apresentar além de 18 novos diagnósticos/resultados de enfermagem, apresenta intervenções de enfermagem para os novos diagnósticos/resultados e outros já existentes que contemplam poucas ou nenhuma intervenção de enfermagem.

O **Subconjunto Terminológico CIPE® Cuidados Paliativos para um morrer com dignidade** está em consonância com o Ciclo de Vida da Terminologia CIPE® e espera-se que venha atender a demanda dos enfermeiros paliativistas.

Os resultados da pesquisa possibilitaram o desenvolvimento de uma ferramenta de tecnologia leve constituída por elementos que representam a prática da equipe de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos, com diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem validados e, direcionados à demanda de cuidados passíveis de resolução com o direcionamento para a preservação da dignidade da pessoa em processo de morrer e diante da morte, levando-se em consideração as peculiaridades inerentes a finitude.

Valendo ressaltar que, para tanto, deve se considerar o estilo de pensamento do enfermeiro a orientar seu julgamento clínico e terapêutico na tomada de decisão para o levantamento de hipóteses diagnósticas e a seleção do diagnóstico de enfermagem factível de uma intervenção de enfermagem em prol do alcance de um resultado.

Entende-se que a partir de uma prática de cuidar pautada no processo de enfermagem interpretado como um modo de pensar o fazer da equipe de enfermagem, relacionando-o a pessoa que recebe o cuidado e, considerando suas necessidades como um ser multidimensional, seja possível a utilização dessa ferramenta como uma referência de cuidado para a clientela a qual se destina, possibilitando uma melhoria na qualidade da assistência, a documentação da prática profissional, além de tornar possível o reconhecimento da autonomia do enfermeiro perante a equipe de cuidados paliativos e a visibilidade ao trabalho da equipe de enfermagem.

A aplicabilidade do processo de enfermagem enquanto instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional e a documentação da prática da equipe de enfermagem, tem por finalidade contribuir substancialmente com a sistematização da assistência de enfermagem, organizando o trabalho profissional quanto ao método.

Não podendo deixar de reforçar que toda essa aplicabilidade logística deve pautar-se no pensamento crítico (julgamento clínico e terapêutico) dos enfermeiros, entretanto, estes têm à sua disposição uma ferramenta de tecnologia leve que pode ser utilizada ao assistir a

pessoa em cuidados paliativos e sua família integrando-a as etapas do processo de enfermagem.

Enfim, concretizar essa proposta de estudo que culminou na estruturação do **Subconjunto Terminológico CIPE® Cuidados Paliativos para um morrer com dignidade** representa além de uma satisfação pessoal alcançada como pesquisador e docente, a certeza de poder deixar uma contribuição para a Enfermagem em Cuidados Paliativos, favorecendo a evidência dos elementos inerentes a aplicabilidade do processo de enfermagem (diagnósticos/resultados e intervenções) o que, com certeza, possibilita uma maior visibilidade às habilidades, competências e a autonomia do enfermeiro paliativista.

Referências

- ABBAGNANO, N. Dicionário de Filosofia. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciência & Saúde Coletiva, V. 16, N. 7, 3061-3068, 2011.
- ALMEIDA, M. C. P. *et al.* Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? Rev Bras Enferm, v.62, n.5, p.748-52. 2009.
- ALVES, R. O médico. Campinas (SP): Papyrus. 2002.
- ANCP. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic. 2009.
- ANDRADE, L. L. *et al.* Diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas. Rev Esc Enferm USP. V. 47, n. 2, p. 448-55. 2013.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Cuidados Paliativos na UTI: possibilidade de humanização do processo de morrer. Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia, v.11, p.40-44. 2006.
- _____. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. Rev Esc Enferm USP, v.41, n.4, p.668-74. 2007.
- ARAÚJO, M. M. T. *et al.* Inteligência emocional no trabalho em equipe em cuidados paliativos. Revista Bioethikos, v.6, n.1, p.58-65. 2012.
- BACHION, M. M.; RAMOS, F. R. S.; ANTUNES, M. J. M. Integralidade das ações de saúde e aplicação de terminologias à sistematização da prática de enfermagem. In: GARCIA, T. R.; EGRY, Y. E. (Org.). Integralidade da atenção no SUS e a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre - RS: Artmed. 2010. pp. 327-35
- BAILLIE, L. Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. International Journal of Nursing Studies, v.46, p. 23-37. 2009.
- BARBOSA, A. Processo de Luto. In. BARBOSA, A.; GALRIÇA NETO, I. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. Lisboa – Portugal: FMUL, 2010. pp. 487-532.
- BEDRAN, T. Definição e validação dos termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem em terapia intensiva. (Dissertação). Programa Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. 128 p.
- BENNER, P.; WRUBEL, J. The primacy of caring: stress and illness. New York, 1989.
- BERTACHINI, L.; PESSINI, L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. Rev. Bioethikos, v. 4, n. 3, p. 315-323. 2010.
- BOEMER, M. R. Sobre cuidados paliativos. Rev. esc. enferm. USP, v.43, n.3, p.500-501. 2009.

BORST, W. N. Construction of engineering ontologies for knowledge sharing and reuse. [tese]. Netherlands: University of Twente; 1997. Disponível em: <http://doc.utwente.nl/17864/1/t0000004.pdf>

BOULAY, S. Changing the face of death: the story of Cicely Saunders. Great Britain: RMEP. 2007

BOULAY, S.; RANKIN, M. Cicely Saunders: the founder of the Modern Hospice Movement. United Kingdom: Hodder & Stoughton. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.439 de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. 2005.

BUCHHORN, S. M. M. Construção de um catálogo CIPE® para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade. (Tese). Programa Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. 242 p.

CABRÉ, M. T. La terminología hoy: concepciones, tendencias y aplicaciones. Ci. Inf., v. 24, n. 3, p. 289-98. 1995.

CALDEIRA, S. M. A. *et al.* Validation of nursing diagnosis: the differential diagnostic validation model as a strategy. Rev enferm UFPE on line., v. 6, n. 6, p. 1441-5. 2012.

CAÑON-MONTAÑEZ, W.; RODRIGUEZ-ACELAS, A. L. Desarrollo de la investigación en diagnósticos de enfermería. Cuidarte, v.1, n.1, p.63-72. 2010.

CARRARO, T. E. Sobre teorias e marco conceitual: sua influência na metodologia da assistência. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. Metodologias para a assistência de enfermagem: teorização, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001, p. 29-36.

CARVALHO, E. C. *et al.* Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre as dificuldades enfrentadas por pesquisadores. Rev. Eletr. Enf., v.10, n.1, p.235-240. 2008.

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. v. 11, n. 3, p. 466. 2009. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a01.pdf

CASTLEDINE, G. Dignity is inseparable from nursing. Br J Nurs. v. 15, n. 9, p. 531. 2006.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnóstico de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. Rev. Eletr. Enf., v.10, n.2, p.513-20. 2008.

CHOCHINOV, H. M. Dignity-Conserving Care - A New Model for Palliative Care: helping the patient feel valued. JAMA, v.287, n.17, p. 2253-2260. 2002.

_____. Dignity and the Eye of the Beholder. Journal of Clinical Oncology, v.22, n.7, p. 1336-1340. 2004.

_____. Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. CA Cancer J Clin, v. 56, n.2, p. 84–103. 2006.

_____. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. BMJ. v.335, p. 184-7. 2007.

CHOCHINOV, H. M. Dignity Therapy: final words for final days. New York: Oxford. 2012.

CHOCHINOV, H. M. *et al.* Dignity Therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. Journal of Clinical Oncology, v.23, n.24, p. 5520-5525. 2005a.

_____. Understanding the Will to Live in Patients Nearing Death. Psychosomatics, v. 46, n.1, 7-10. 2005b.

CLARE, A. O desenvolvimento das perícias de comunicação e de entrevista. In. CORNEY, R. (Org.) O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina. 2. ed. Lisboa – Portugal: Climepsi, 2000.

CLARES, J. W. B *et al.*. Construção de subconjuntos terminológicos: contribuições à prática clínica do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP, v. 47, n. 4, p. 965-70. 2013Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0965.pdf>

CLARK, D. J. A language for nursing. Nursing standard, v.13, n. 31, p.42-47. 1999a.

CLARK, D. 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. Social Science & Medicine, v.49, p.727-736. 1999b.

COENEN, A.; DOORENBOS, A. Z.; WILSON, S. A. Nursing interventions to promote dignified dying in four countries. Oncology Nursing Forum, v. 34, n. 6, p. 1151-1156. 2007.

COENEN, A.; KIM, T. Y. Development of terminology subsets using ICNP®. International journal of medical informatics, n.79, p.530–538. 2010.

_____. ICNP Catalogues for Supporting Nursing Content in Electronic Health Records. Stud Health Technol Inform. v. 180, p. 1075-8. 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-311/2007 de 12 de maio de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2007. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

COLLIÈRE, M. F. Promover a vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

_____. Cuidar... a primeira arte da vida. Loures - Portugal: Lusociência, 2003.

CORTES, C. C. Historia y desarrollo de los cuidados paliativos. Dolor. Madri Espanha: Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos, 1997.

COSTA, L. E. L. et al. A família frente ao processo de terminalidade e sua participação nos cuidados paliativos. In: SILVA, R. S. *et al* (Org.). Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013. p. 269-79.

CRUZ, D. A. L. M. Classificações em enfermagem: tensões e contribuições. Revista saúde. v.01, n.01, p. 20-31. 2007.

CRUZ, D. A. L. M. Diagnósticos de enfermagem. In: GARCIA, T. R.; EGRY, Y. E. (Org.). Integralidade da atenção no SUS e a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre - RS: Artmed. 2010. pp. 111-17.

CRUZ, M. B. M. *et al*. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Madrid (ES): Elsevier. 2012.

CUBAS, M. R. *et al*. A norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologias de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.18, n.04. 2010.

CUBAS, M. R. *et al*. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]): uma revisão de literatura. Rev. Eletr. Enf., v.12, n.1, p.186-94. 2010.

DIAS, C. A. Terminologia: conceitos e aplicações. Ci. Inf., v. 29, n. 1, p. 90-2. 2000.

DOORENBOS, A. Z.; WILSON, S. A.; COENEN, A. A cross-cultural analysis of dignified dying. J Nurs Scholars, v. 38, n. 4, p. 352-357. 2006.

DOORENBOS, A. Z. *et al*. Dignified dying: phenomenon and actions among nurses in India. International Nursing Review, v. 53, p. 28-33. 2006.

_____. Supporting dignified dying in Philippines. International Journal of Palliative Nursing, v. 17, n. 3, p. 125-30. 2011.

_____. Palliative care nursing interventions in Thailand. J Transcult Nurs. v. 24, n. 4, p. 332-9. 2013.

DOUGLAS, D. J.; MURPHY, E. L. Nursing process, nursing diagnosis, and emerging taxonomies. In: MCCLOSKEY, J. C.; GRACE, H. K. (Org.). Current issues in nursing. United State of America: Mosby Company, 1990. p.17-22

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública, v. 46 (Supl), p. 126-34, 2012.

ELIAS, N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FEHRING, R. Methods to Validate Nursing Diagnoses. Heart & Lung, v.16, n.6. p. 625-9 1987.

FERREIRA, A. B. H. Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008. p. 387.

- FONSECA, J. P. Luto antecipatório. Campina (SP): Livro Pleno, 2004.
- FRANKLIN, L. L.; TERNESTEDT, B. M.; NORDENFELT, L. Views on dignity of elderly Nursing home residents. Nurs. Ethics, v. 13, n. 2, p. 130-46, 2006.
- FURTADO, L. G.; MEDEIROS, A. C. T.; NÓBREGA, M. M. L. Terminological subset of the international classification for nursing practice: an integrative review. Online braz j nurs, v.12, n.1, p.178-93. 2013.
- FURTADO, L. G.; NÓBREGA, M. M. L. Construção de banco de termos identificados em registros de enfermagem utilizando a CIPE[®]. Rev. Eletr. Enf., v.9, n.3, p.630-55. 2007.
- GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Validação de conteúdo diagnósticos: critérios para seleção de experts. Ciênc. cuid. saúde., v.5, n.1, p.60-63. 2006.
- GALRIÇA NETO, I. A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. Rev Port Clin Geral., v.19, p.68-74. 2003.
- GARCIA, T. R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. Acta Paul Enferm., v. 11, n.3, p.24-31. 1998.
- GARCIA, T. R.; EGRY, Y. E. (Org.). Integralidade da atenção no SUS e a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre - RS: Artmed. 2010.
- GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L. A terminologia CIPE[®] e a participação do Centro CIPE[®] brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. Rev. bras. enferm., v. 66, n. esp, p. 142-50. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea18.pdf>
- GONÇALVES, A. C. *et al.* Cuidados Paliativos: análise dos conceitos à luz da Teoria de Walker e Avant. Cuidarte Enfermagem, v.2, n.2, p.179-191. 2008.
- GUTIÉRREZ, M. G. R.; SOUZA, M. F.; MICHEL, J. L. M. Intervenções de Enfermagem: desatando nós conceituais. In: GARCIA, T. R.; EGRY, Y. E. (Org.). Integralidade da atenção no SUS e a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre - RS: Artmed. 2010. pp. 118-26.
- HENDERSON, V. Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE. Loures (Pt): Lusodidacta, 2007.
- HESBEEN, W. Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures – Portugal: Lusociência, 2000.
- HORTA, W. A. Processo de enfermagem São Paulo: Guanabara Koogan. 2011.
- HOUAISS, A. Dicionário Houaiss: sinônimos e antônimos. São Paulo: Publifolha, 2008.
- ICN. ICNP[®] Version Beta: International Classification for Nursing Practice. Geneva (Switzerland): ICN, 1999.
- _____. CIPE[®] Versão β: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa (PT): Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000.

_____. CIPE[®] Versão β 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa (PT): Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2. ed, 2003.

_____. ICNP[®] Version 1.0: International Classification for Nursing Practice. Geneva (Switzerland): ICN, 2005.

_____. CIPE[®] Versão 1.0: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa (PT): Ordem dos Enfermeiros de Portugal, 2006.

_____. CIPE[®] Versão 1.0: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. São Paulo: Algor, 2007.

ICN. Guidelines for ICNP[®] Catalogue Development. Geneva (Switzerland): ICN, 2008.

_____. Catálogo CIPE[®]: Cuidados Paliativos para uma morte digna. Lisboa (PT): Ordem dos Enfermeiros de Portugal, 2010.

_____. CIPE[®] Versão 2.0: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. São Paulo: Algor. 2011a.

_____. CIPE[®] Versão 2.0: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa (PT): Ordem dos Enfermeiros de Portugal, 2011b.

_____. ICNP[®] 2011 Release. International Classification for Nursing Practice [Internet]. Geneva: ICN; 2011c [cited 2013 fev 19]. Disponível em: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/icnpr-translations/>.

_____. ICNP[®] Concept Submission and Review Guideline [Internet]. Geneva: ICN; 2011d [cited 2014 abr 14]. Disponível em: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/icnpr-conceptsubmission-and-review-guideline/>.

_____. ICNP[®] 2013 Release. International Classification for Nursing Practice [Internet]. Geneva: ICN; 2013 [cited 2014 ago 12]. Disponível em: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/icnpr-translations/>.

INTERNATIONAL STANDARDIZATION ORGANIZATION – ISO 18104:2003. Health informatics: integration of a reference terminology model for nursing: ISO: Geneva (Switzerland); 2003. p. 1-28.

_____. ISO 18104:2014. Health informatics: Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems. Geneva (Switzerland); 2014. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/home.htm>.

JACOBSON, J. Dignity and health: A review. Soc. Sci. Med., v. 64, p. 292–302. 2007.

JESUS, C. A. C. Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção de diagnósticos de enfermagem. (Tese). Programa Pós Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

JO, K. *et al.* Nursing interventions to promote dignified dying in South Korea. International Journal of Palliative Nursing, v. 17, n. 8, p. 392-397. 2011.

- JOHNSON, M.; MAAS, M. Nursing Outcomes Classification (NOC): Iowa Outcomes project. St. Louis: Mosby-Year Book, 1997.
- JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. (Org.) Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- JOHNSON, P. R. An analysis of dignity. Theor. Med. Bioeth., v. 19, p. 337–352. 1998.
- JULIÃO, M.; BARBOSA, A. O conceito de dignidade em medicina. In: BARBOSA, A. (Coord.). Investigação qualitativa em cuidados paliativos. Lisboa (PT): FMUL. 2012. p. 239-69.
- KÉROUAC, S. et al. La Pensee Infirmiere. 3. ed. Paris (FR): Chenelière Éducation, 2010.
- KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosas e aos seus próprios pacientes. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- LEAL, M.T. A CIPE® e a visibilidade da enfermagem: mitos e realidades. Lisboa (PT): Lusociência, 2006.
- LEININGER, M.M. Caring an essential human need. Thorofore, New Jersey: Slack Publishing, 1991.
- LEOPARDI, M. T. Teoria e Método em Assistência de Enfermagem. Florianópolis (SC): Soldasoft, 2006.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Desenhos não-experimentais. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. (Org.). Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001. p. 110-21.
- LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. Rev. bras Enferm., v. 66, n. 5, p. 85-129. 2013a.
- LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos. In: NANDA Internacional. HERDMAN, T. H.; CARVALHO, E. C. (Org.) PRONANDA: Conceitos Básicos. Porto Alegre: Artmed; 2013b. p. 85-129.
- LUCENA, A. F. *et al.* Brazilian Validation of the Nursing Outcomes for Acute Pain. International Journal of Nursing Knowledge, v. 24, n. 1, p. 54-8. 2013.
- LUCENA, A. F.; BARROS, A. L. B. L. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. Acta Paul Enferm, v. 18, n.1, p.82-8. 2005.
- MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, R.A. (org.). Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008. p. 15-32.
- MALPANI, A. Using Information Therapy to Put Patients First: how to heal a sick healthcare syste. HELP: Mumbai – Índia, 2012
- MALUCELLI, A. *et al.* Terminologias e Prática de Enfermagem. In.: GARCIA, T. R.; EGRY, Y. E. (Org.). Integralidade da atenção no SUS e a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre - RS: Artmed. 2010. pp. 145-56.

- MARIN, H. F. Terminologia de referência em enfermagem: a Norma ISO 18104. Acta paul. enferm., v. 22, n. 4, p. 445-8. 2009.
- MARIN, H. F.; PERES, H. H. C.; DAL SASSO, G. T. M. Análise da estrutura categorial da Norma ISO 18104 na documentação em Enfermagem. Acta paul. enferm., v. 26, n. 3, p.299-306. 2013.
- MASCARENHAS, N. B. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. Rev. bras. enferm., v. 64, n. 1, p. 203-208. 2011.
- MCEWEN, M. Filosofia, Ciência e Enfermagem. In: MCEWEN, M.; WILLS, E.M. Bases teóricas para enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. P. 27-47
- MCEWEN, M.; WILLS, E.M. Bases teóricas para enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- MEDEIROS, A. C. T *et al.* Diagnósticos de enfermagem para idosos utilizando-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e o modelo de vida. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 21, n. 2, p. 12-28. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0523.pdf
- MELEIS, A. I. Theoretical nursing: development and progress. 5. ed. Philadelphia – Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
- MELO, R. P. *et al.* Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. Rev. Rene, v.12, n.2, p.424-31. 2011.
- METTLER, M.; KEMPER, D. W. Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. Stud Health Technol Inform., v. 121, p. 373-83, 2006.
- MILICEVIC, N. The hospice movement: history and current worldwide situation. Archive of Oncology, v.10, n.1, p.29-32. 2002.
- MINSON, F. P. *et al.* (editores) II Consenso Nacional de Dor Oncológica. São Paulo : EPM - Editora de Projetos, 2010.
- MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- MOORHEAD, S. *et al.* NOC Nursing Outcomes Classification. 4th ed. United State of America: Mosby Elsevier, 2007.
- _____. NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem. 4 ed.: Elsevier, Rio de Janeiro:2010.
- NIGHTINGALE, F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Loures (Pt): Lusociência, 2005.
- NÓBREGA, M. M. L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Projeto do CIE. Nursing (São Paulo), v.51, n.2, p.12-14. 2002.

NÓBREGA, M. M. L. *et al.* Estrutura da CIPE[®], da NANDA, da NIC e da NOC. In: GARCIA, T. R.; EGRY, Y. E. (Org.). Integralidade da atenção no SUS e a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre - RS: Artmed. 2010. pp. 157-71.

NÓBREGA, M. M. L. *et al.* Terminologias de Enfermagem: da taxonomia da NANDA à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Rev enferm UFPE on line., v.2, n.4, p.454-61. 2008.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE versão alfa. João Pessoa (PB): Ideia. 2000.

NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. D. L. Fundamentos do cuidar em enfermagem. Belo Horizonte: ABEn. 2009.

NOGUEIRA, L. G. F. Subconjunto terminológico CIPE[®] para pessoas com diabetes mellitus na atenção especializada. (Tese). Programa Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014. 190 p.

OLIVEIRA, A. R. S. *et al.* Validação clínica dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: revisão narrativa da literatura. Rev. enferm. UERJ, v. 21, n. 1, p. 113-20. 2013.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde. Esc Anna Nery, v. 15, n. 4, p. 838-844. 2011.

PACHECO, S. Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética. Loures – Portugal: Lusociência. 2004.

PADILHA, J. M. S. C.; SOUSA, P. A. F.; SOARES, F. M. S. Análise do uso de suportes tecnológicos e conteúdos informacionais pelos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. Acta Paul Enferm. v. 25, n. esp 1, p. 60-6, 2012;

PAIVA, A. O papel do enfermeiro. In: NEVES, M. C. P.; PACHECO, S. (Org.) Para uma ética da Enfermagem: desafios. Coimbra (PT): Coimbra, 2004.

_____. Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Servir, v.55, n.1-2, p.11-20. 2007.

PAVEL S, NOLET D. Manual de terminologia. Public Works and Government Services: Canada; 2002.

PEREIRA, F. Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra Portugal: Formasau. 2009.

PESSINI, L. Distanásia: até quando prolongar a vida?. São Paulo: Loyola. 2001.

_____. Eutanásia: por que abreviar a vida?. São Paulo: Loyola. 2004.

PIMENTA, C. A. M; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RANKIN, M. A. *et al.* Dignified dying as a nursing outcome. Outcomes Manag Nurs Pract, v.2, n.3, p.105-10. 1998.

RIEKE, V. D. G.; DELDEN, J. J. M. V. Clarifying appeals to dignity in medical ethics from an historical perspective. Bioethics, v. 23, n. 3, p. 151–160. 2009.

ROCHA, M. D. S.; SILVA, R. S.; AMARAL, J. B. A interdisciplinaridade: um caminho para o cuidado integral à pessoa em cuidados paliativos. In: SILVA, R. S. *et al* (Org.). Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013. p. 353-63.

RODRIGUES, I. G.; ZAGO, M. M. F.; CALIRI, M. H. Uma análise do conceito de cuidados paliativos no Brasil. Mundo saúde, v. 29, n.2, p.147-154. 2005.

SAUNDERS, C. Velad conmigo: inspiración para una vida en cuidados paliativos. Madrid (ESP): SECPAL. 2011.

SAUNDERS, C. Velai comigo: inspiração para uma vida em cuidados paliativos. Lisboa (PT): Universidade Católica. 2013.

SCHMIDT, M. I. S. *et al.*. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Lancet, v. 377, p. 61-74, 2011. Disponível em: http://www.sbh.org.br/pdf/lancet_collection.pdf

SEGANFREDO, D. H. ALMEIDA, M. A. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 19, n. 1, [8 telas]. 2011.

SEYMOUR, J. What's in a name? A concept analysis of key terms in palliative care nursing. In: PAYNE, S.; SEYMOUR, J.; INGLETON, C. (Org.). Palliative Care Nursing: principles and evidence for practice. New York (USA): Open University Press, 2004. pp. 55-74.

SFCP. Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidar, ética e práticas. Loures – Portugal: Lusociência. 2000.

SILVA, M. J. P. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola. 2003.

_____. Falando da Comunicação. In: OLIVEIRA, R.A. (org.). Cuidados Paliativos. São Paulo: CREMESP, 2008. Enfermagem, p.33-43.

SILVA, M. J. P. *et al.* Enfermagem. In: OLIVEIRA, R.A. (org.). Cuidados Paliativos. São Paulo: CREMESP, 2008. Enfermagem, p.61-63.

SILVA, R. S.; PEREIRA, A.; CAMPOS, A. E. R. Death with dignity - nurse's feelings who are caring for patients who are dying in intensive care unit. Rev Enferm UFPE, v.3, n.3, p.131-136. 2009.

_____. Caring for the patient in the process of dying at the Intensive Care Unit. Rev Esc Enferm USP, v.45, n.3, p.738-744. 2011.

- SILVA, R. S. O cuidar/cuidado para uma boa morte: significados para uma equipe de enfermagem intensivista. (Dissertação). Programa Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. 114 p.
- SILVA, R. S. *et al.* Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: histórico de enfermagem. Rev. Enferm. UERJ, v. 20, n. 2, p. 267-273. 2012.
- SILVA, R. S.; AMARAL, J. B. Trajetória histórica do movimento *hospice* moderno e as contribuições de uma enfermeira. In: SILVA, R. S. *et al* (Org.). Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013. p. 37-47.
- SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. (Org.). Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013.
- SILVA, E. P.; SADIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. Acta Paul Enferm, v.21, n.3, p.504-508. 2008.
- SILVA, R. S.; SILVA, M. J. P. Enfermagem e os cuidados paliativos. In: SILVA, R. S. *et al* (Org.). Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013. p. 3-35.
- SILVA, M. G.; TEIXEIRA, G. A. S.. A enfermagem e os cuidados paliativos à pessoa adulta. In: SILVA, R. S. *et al* (Org.). Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013. p. 205-25.
- SOKAL, R. R. Classification: purposes, principles, progress, prospect. Science., v.185, n.4157, p.1115-23. 1974.
- SOUSA, A. T. O. *et al.* Palliative care: a conceptual analysis. Online braz. j. nurs. v. 9, n. 2, p. 3-8 . 2010.
- STREET, A. F.; KISSANE, D. M. Constructions of dignity in end-of-life care. Journal of Palliative Care, v. 17, n. 1, p. 93-101. 2001.
- TRIVIÑOS, A. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.
- TWYLCROSS, R. Cuidados Paliativos. 2. ed. Lisboa (PT): Climepsi. 2003.
- VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP. v. 43, n. 2, p. 429-37. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a24v43n2.pdf>
- WALDOW, V. R. Cuidado Humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto. 1999.
- WALTERS, G. Is there such a thing as a good death? Palliat Med, v.18, p.404-408. 2004.
- WALTZ, C. F.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E. R. Content Analysis. In: WALTZ, C. F.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E. R. Measurement in nursing and health research. 4. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2010. pp. 239-45.

WATSON, J. Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures (Pt): Lusociência, 2002.

WESTMORELAND, D. *et al.* Consensual Validation of Clinical Practice Model Practice Guidelines. J Nurs Care Qual. v. 14, n. 4, p. 16-27, 2000.

WHELTON, B. J. B. Human nature: a foundation for palliative care. Nursing Philosophy, v. 9, pp. 77-88. 2008.

WHO - World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Geneva: WHO; 1990.

WHO - World Health Organization. Definition of Palliative Care 2002. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Acesso em 18 de março de 2012.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE ENUNCIADO DE DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM

INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE ENUNCIADO PARA DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM BASEADOS NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - CIPE® COM FOCO NOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA UMA MORTE DIGNA TENDO COMO BASE O MODELO DE PRESERVAÇÃO DA DIGNIDADE PROPOSTO POR HARVEY MAX CHOCHINOV

Prezada (o) enfermeira (o), _____
Para responder ao instrumento, você deverá assinalar sua opinião quanto à pertinência do enunciado para diagnóstico/resultados de enfermagem ou intervenção de enfermagem elaborado com base na Norma ISO 18.104/2014. Caso tenha alguma sugestão de acréscimo ou modificação, por favor, escreva-a no item “Sugestões” correspondentes àquele enunciado em questão. As definições que não alcançarem a concordância esperada serão reelaboradas e reapresentadas para você em um segundo momento, pois estaremos utilizando uma técnica de pesquisa denominada "Técnica Delphi" para a validação das definições elaboradas. Agradecemos sua valiosa contribuição e atenção e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

A - Dados de identificação dos participantes

1. **Endereço Profissional (NOME DA INSTITUIÇÃO):** _____

2. **Graduação em Enfermagem:**

Instituição: _____

Ano: _____ Tempo de graduação: _____

3. **Curso de Pós-Graduação:**

() Especialização

() Mestrado

() Doutorado

() Livre Docência

() Pós- Doutorado

Especificar Tema (monografia, dissertação, tese e outros):

4. Tem experiência profissional com os princípios filosóficos dos Cuidados Paliativos?

() SIM () NÃO

5. Área de experiência profissional com os princípios filosóficos dos Cuidados Paliativos

(marque todas as que se apliquem):

() Ensino () Pesquisa () Assistência () Outros _____

6. Possui conhecimento sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®?

() SIM () NÃO

7. Se sim, qual o nível (marque apenas uma opção):

() Muito () Médio () Pouco

8. Já realizou trabalho de pesquisa abordando algum dos seguintes temas abaixo? (marque todas as que se apliquem):

() Cuidados Paliativos

() Terminologia

() Processo ou Classificação em Enfermagem

9. Se sim, qual o título do trabalho?

B – Questionário contendo os enunciados de diagnóstico/resultados de enfermagem e opções para assinalar o grau de concordância para a definição apresentada.

ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICO/RESULTADOS DE ENFERMAGEM

ENUNCIADO PARA DIAGNÓSTICO/RESULTADO DE ENFERMAGEM	DEFINIÇÃO	MUITÍSSIMO PERTINENTE (1)	MUITO PERTINENTE (0,75)	PERTINENTE (0,50)	POUCO PERTINENTE (0,25)	NADA PERTINENTE (0)
01 Adaptação às mudanças comprometida	Condição clínica momentânea ou duradoura que compreende a compreensão e aceitação do processo de morte e morrer, influenciando no bem estar e a calma da pessoa.					
02 Adesão ao regime terapêutico	Ação de iniciativa própria para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como orien-					

		tado, muda o comportamento para melhor, apresenta sinais de melhora, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.					
03	Amor preservado	Manifestações de cuidados para consigo próprio numa relação humanística.					
04	Angústia relacionada à morte	Manifestações de sintomas de descontrole emocional como ansiedade ou aflição, ânsia, agonia e grande sofrimento.					
05	Aspecto estético prejudicado	Conjunto de práticas de limpeza tanto com o corpo quanto com o ambiente em que se vive.					
06	Aspecto psicoespiritual prejudicado	Princípio de vida que integra o todo de cada pessoa, transcendendo a natureza biológica e psicossocial. Pode contribuir positivamente para inspirar coragem, ânimo e confiança o processo de enfrentamento do processo de morte e morrer.					
07	Assistência de enfermagem alcançada	Fenômeno intencional, que ocorre no encontro de seres humanos que interagem, por meio de atitudes que envolvem consciência, zelo, solidariedade e amor. Expressa um "saber-fazer" embasado na ciência, na arte, na ética e na estética, direcionado às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade.					
08	Atitude de enfrentamento do processo de morte e morrer prejudicada	Processo psicológico baseado em modelos mentais e opiniões que possibilita gerenciar o estresse e ter um senso de controle e de conforto psicológico diante do processo de morte e morrer.					
09	Atitude relativa ao regime dietético alterada	Processo psicológico que se caracteriza por modelos e opiniões mentais relacionados ao plano dietético.					
10	Autoconsciência sobre as mudanças no estilo de vida	Crença Prejudicada: Opinião de si mesmo como sendo uma pessoa separada e distinta dos outros, tendo limites pessoais, sendo um indivíduo com experiências, desejos e atos.					
11	Baixo nível de prazer	Emoção que se caracteriza por sentimento de gratificação imediata de razão instintiva e de necessidades básicas satisfeitas, tais como beber quando se tem sede e comer quando se tem fome, ser consolado durante o choro, comumente manifestado por expressões de conforto.					
12	Comunicação prejudicada	Comportamento interativo que se caracteriza por dar ou trocar informação usando comportamentos verbais e não verbais, face a face, ou tecnologia apoiada por meio sincrônico ou assincrônico.					
13	Constrangimento relacionado ao odor fétido	Condição prejudicada caracterizada por cheiro ofensivo ao olfato.					
14	Desconforto	Condição prejudicada de falta de conforto, aflição ou mal-estar que podem acompanhar o paciente, sejam elas causadas pela doença ou pelo tratamento.					

15	Desesperança	Emoção negativa que se caracteriza pela dimensão do pessimismo ou da extensão das atitudes negativas frente a morte e o morrer, tendo como denominador comum, a expectativa negativa a respeito do futuro próximo e remoto.					
16	Desespero	Emoção negativa que se caracteriza por sentimentos de profunda desesperança, desencorajamento, desvalorização ou vazio.					
17	Dignidade preservada	Direitos do paciente que se caracteriza pela manutenção do EU e preservação da autonomia, autoestima, a inviolabilidade da vida, ou da capacidade física do ser, enfim, um construto definido como uma experiência subjetiva, percebida individualmente, de modo que cada pessoa tem sua própria visão sobre o que é digno para si e para os outros. A sua manutenção visa fornecer uma estrutura abrangente que pode orientar a equipe de saúde, o paciente e sua família na definição dos objetivos e considerações terapêuticas fundamentais aos cuidados de fim de vida.					
18	Dispneia (especificar o grau)	Processo do sistema respiratório prejudicado que se caracteriza por movimento forçado de ar para dentro e fora dos pulmões, respiração curta, associado à insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensação de desconforto e ansiedade.					
19	Dor (especificar a intensidade)	Percepção Prejudicada que se caracteriza por aumento de sensação desagradável no corpo; relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração no tônus muscular, comportamento autoprotetor, foco de atenção reduzido, alteração do tempo de percepção, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação, e perda do apetite.					
20	Edema (especificar o grau)	Retenção hídrica que se caracteriza por acúmulo excessivo de líquidos corporais em espaços tissulares, retenção de líquidos corporais, inchaço do tecido periférico das extremidades inferiores na posição vertical, inchaço do tecido renal na posição supina; o edema central acompanhado por respiração curta, alterações no padrão respiratório ou ruídos respiratórios anormais.					
21	Edema com exsudação	Retenção hídrica que se caracteriza por presença de líquido, de natureza variável, que flui de área inflamada.					
22	Estado emocional prejudicado	Processo psicológico que se caracteriza por sentimentos conscientes ou subconscientes, prazerosos ou dolorosos, expressos ou não, que podem aumentar com estresse ou doença.					

23	Expectativa de esperança alcançada	Crença diante de uma emoção que se caracteriza por sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões e vontade para viver, paz interior, otimismo, associado à definição de metas e mobilização de energia.					
24	Fadiga	Perda excessiva de força ou resistência que se caracteriza por sensação de estar esgotado e aumento da irritabilidade, devido à atividade física extenuante ou severo estresse psicológico.					
25	Falta de apoio da família	Ajuda familiar ao ente querido, de modo que este possa: sentir-se bem; evitar situações de fracasso frente a sua doença; suportar o peso da sua condição de adoecimento e, manter-se em posição que suporte a sua doença.					
26	Falta de controle emocional	Condição que se caracteriza por exercer forte influência sobre um processo psicológico.					
27	Ferida (especificar localização)	Parte da estrutura corporal prejudicada, que se caracteriza por lesão de tecido, normalmente associada a trauma físico ou mecânico; crostas e formação de túneis nos tecidos; drenagem serosa, sanguinolenta ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele macerada e anormal; temperatura da pele elevada; odor de ferida, inflamação e dor.					
28	Frequência cardíaca preservada	Taxa que se caracteriza por valores normais variando entre 60 e 100 batimentos por minutos.					
29	Higiene prejudicada	Comportamento, que se caracteriza por conjunto de práticas de limpeza tanto com o corpo quanto com o ambiente em que se vive.					
30	Hipertensão	Processo do sistema circulatório prejudicado que se caracteriza por fluxo de sangue através dos vasos com pressão maior que a normal.					
31	Hipotermia	Termorregulação prejudicada com redução espontânea da temperatura central a valores menores que 35°C.					
32	Hipóxia	Processo do sistema respiratório prejudicado que se caracteriza por redução da tensão do oxigênio celular, associada à cianose, taquicardia, vasoconstrição periférica, diminuição dos sons respiratórios, tonturas e confusão mental.					
33	Lesão no Membro (especificar a localização e grau)	Trauma que se caracteriza por um processo patológico.					
34	Náusea	Percepção prejudicada que se caracteriza por sensação de enjoo com tendência para vomitar; sensação desagradável vagamente relacionada com o epigástrico e abdome, agravada pelo sabor ou pelo cheiro.					

35	Odor fétido da ferida alto	Condição prejudicada em parte da estrutura corporal caracterizada por cheiro ofensivo ao olfato, em consequência de lesão de tecido, normalmente associada a trauma físico ou mecânico; crostas e formação de túneis nos tecidos; drenagem serosa, sanguinolenta ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele macerada e anormal; temperatura da pele elevada; odor de ferida, inflamação e dor.					
36	Orientação melhorada	Condição que se caracteriza por relação determinada com o ambiente em termos de tempo, tal como o ano, estação, mês, dia, hora precisa; em termos de lugar em um determinado ponto no tempo, tal como país, província, cidade, local de trabalho, lar; em termos de conscientização da própria identidade, como a idade, data de nascimento; e em termos de reconhecimento das pessoas ao redor.					
37	Orientação prejudicada	Condição que se caracteriza por relação determinada com o ambiente em termos de tempo, tal como o ano, estação, mês, dia, hora precisa; em termos de lugar em um determinado ponto no tempo, tal como país, província, cidade, local de trabalho, lar; em termos de conscientização da própria identidade, como a idade, data de nascimento; e em termos de reconhecimento das pessoas ao redor.					
38	Paciente com anasarca	Sinal de edema generalizado que se caracteriza pelo excesso difuso de líquido no interstício e no interior das próprias células e apresenta fisiopatologia variada conforme os mecanismos responsáveis por sua produção.					
39	Preocupação com o processo de desencarnar	Crença prejudicada que se caracteriza por dominar ou ocupar a mente, excluindo outros pensamentos ou sendo/estando mentalmente distraído.					
40	Processo de morrer prejudicado	Processo corporal que se caracteriza pela redução gradual ou súbita dos processos corporais, que leva ao fim da vida.					
41	Processo de tomada de decisão prejudicado	Cognição que se caracteriza por processos mentais para determinar o curso de uma ação, tendo por base informação relevante, consequências potenciais de cada alternativa e recursos.					
42	Processo psicológico prejudicado	Fenômeno que se caracteriza por uma série de funções ou ações a nível psicológico, produzindo um resultado.					
43	Relacionamento paciente/cuidador prejudicado	Estrutura psicossocial que se caracteriza por uma ligação afetiva, profissional ou de amizade entre pessoas que se unem com os mesmos objetivos e interesses no cuidar para uma morte digna.					
	Respiração prejudicada	Processo do sistema respiratório que se caracteriza pelo movimento de entrada e					

44		saída do ar nos pulmões com certa taxa e ritmo respiratório, profundidade de inspiração e força de expiração.					
45	Risco de Angústia espiritual	Emoção negativa que se caracteriza por interrupção da crença pessoal sobre a vida; questões sobre o significado da vida, associada a questionamentos sobre sofrimento, separação de laços religiosos ou culturais, alteração nas crenças ou sistemas de valor, sentimentos de sofrimento intenso e raiva contra a divindade.					
46	Risco de caquexia	Estado de má nutrição que se caracteriza por condição de magreza, perda de massa muscular, fraqueza e emagrecimento, associados habitualmente a um estado de saúde deficiente, ou a doenças tais como câncer ou tuberculose.					
47	Risco de interrupção do autocuidado	Atividade de Autodesempenho que se caracteriza por cuidar do que é preciso para se manter, assegurar a sobrevivência e lidar com necessidades básicas individuais e íntimas e atividades da vida diária.					
48	Risco de lesão	Trauma que se caracteriza por um processo patológico.					
49	Risco de problema emocional	Processo psicológico que se caracteriza por sentimentos conscientes ou subconscientes, prazerosos ou dolorosos, expressos ou não, que podem aumentar com estresse ou doença.					
50	Risco de tristeza	Emoção negativa que se caracteriza por sentimentos de pesar, melancolia associada a falta de energia.					
51	Risco de úlcera por pressão (especificar a localização)	Úlcera que se caracteriza por dano, inflamação ou ferida na pele ou nas estruturas subjacentes em resultado de compressão do tecido e de perfusão inadequada.					
52	Sono prejudicado	Estado de repouso que se caracteriza por diminuição recorrente da atividade corporal, marcada por redução da consciência, não (estar) despertado, acompanhado por inconsciência, metabolismo diminuído, postura imóvel, diminuição da atividade corporal, sensibilidade diminuída a estímulos externos, mas prontamente reversível.					
53	Tristeza crônica	Emoção Negativa: Sentimentos de pesar, melancolia associada a falta de energia.					
54	Úlcera por pressão (especificar a localização)	Parte da estrutura corporal prejudicada, que se caracteriza por lesão de tecido, normalmente associada a trauma físico ou mecânico; crostas e formação de túneis nos tecidos; drenagem serosa, sanguinolenta ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele macerada e anormal; temperatura da pele elevada; odor de ferida, inflamação e dor.					
55	Visão prejudicada	Percepção sensorial e capacidade para ver, devido a respostas a estimulação dos órgãos visuais.					
	Vontade de viver presente	Volição: Vontade influenciada pelos pensamentos e desejos para continuar a vida,					

APÊNDICE B

INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE ENUNCIADO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE ENUNCIADO PARA INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM BASEADOS NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - CIPE® COM FOCO NOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA UMA MORTE DIGNA TENDO COMO BASE O MODELO DE PRESERVAÇÃO DA DIGNIDADE PROPOSTO POR HARVEY MAX CHOCHINOV

Prezada (o) enfermeira (o), _____

Após a primeira etapa na qual você participou e avaliou os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, foi realizada uma análise resultando em 33 (trinta e três) enunciado para os quais foram construídas as intervenções de enfermagem, as quais passo a apresentar logo abaixo e gostaria de mais uma vez, contar com a sua colaboração na avaliação dessas intervenções de enfermagem.

Para responder ao instrumento, você deverá assinalar sua opinião quanto à pertinência do enunciado para intervenção de enfermagem elaborada com base na Norma ISO 18.104/2014. Caso tenha alguma sugestão de acréscimo ou modificação, por favor, escreva-a no item “Sugestões”. Agradecemos sua valiosa contribuição e atenção e, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

ENUNCIADOS DIAGNÓSTICO/RESULTADO DE ENFERMAGEM		ENUNCIADOS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	MULTÍSSIMO PERTINENTE (1)	MUITO PERTINENTE (0,75)	PERTINENTE (0,50)	POUCO PERTINENTE (0,25)	NADA PERTINENTE (0)
01	Comunicação prejudicada	Estimular a comunicação pelo toque	()	()	()	()	()
		Identificar barreiras à comunicação	()	()	()	()	()
		Observar tabus culturais a respeito do toque	()	()	()	()	()
		Obter dados sobre déficit auditivo e/ou da fala	()	()	()	()	()
		Obter dados sobre habilidade para comunicação pela fala	()	()	()	()	()
		Orientar sobre comunicação efetiva	()	()	()	()	()
		Promover comunicação familiar eficaz	()	()	()	()	()
		Promover escuta ativa	()	()	()	()	()
		Promover técnicas de relaxamento para redução da ansiedade diante do déficit na comunicação	()	()	()	()	()
02	Orientação prejudicada	Evitar diálogos que venham frustrar o paciente com questões de orientação que ele não possa responder	()	()	()	()	()
		Evitar situações não familiares, quando possível	()	()	()	()	()
		Incluir família e pessoas significativas no processo, conforme apropriado	()	()	()	()	()
		Informar o paciente sobre as pessoas, tempo e local, conforme necessário	()	()	()	()	()
		Obter dados sobre resposta à orientação	()	()	()	()	()
		Proporcionar orientação familiar antecipatória	()	()	()	()	()
		Proporcionar orientação para a realidade	()	()	()	()	()
		Usar gestos e objetos para aumentar a compreensão da comunicação verbal	()	()	()	()	()
03	Orientação melhorada	Avaliar o nível de melhora sobre a resposta à orientação	()	()	()	()	()
		Estimular os sinais de melhora quanto ao nível de orientação	()	()	()	()	()
		Incluir família e pessoas significativas no processo, que reforce a orientação	()	()	()	()	()
		Monitorar mudanças na sensação e na orientação	()	()	()	()	()
	Adaptação às mudanças prejudicada	Proporcionar orientação para a realidade	()	()	()	()	()
		Apoiar o processo de adaptação, demonstrando generosidade e que o paciente não é um fardo para o cuidador	()	()	()	()	()
		Apoiar, sempre que possível, a condição do paciente como gestor das suas atividades da vida diária	()	()	()	()	()
		Ensinar técnica de adaptação às mudanças decorrentes da perda de	()	()	()	()	()

04		funcionalidade					
		Gerenciar o processo de adaptação às mudanças	()	()	()	()	()
		Obter dados sobre as mudanças que tem dificultado a adaptar-se	()	()	()	()	()
		Orientar sobre as possibilidades de enfrentamentos às mudanças	()	()	()	()	()
		Orientar técnicas de adaptação	()	()	()	()	()
		Orientar, sempre que possível, a contratação de um cuidador profissional a ser pago pelo paciente	()	()	()	()	()
05	Desconforto	Prestar suporte emocional diante da perda de funcionalidade	()	()	()	()	()
		Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de controle da dor	()	()	()	()	()
		Considerar às influências culturais sobre a resposta à dor	()	()	()	()	()
		Executar cuidados paliativos de conforto	()	()	()	()	()
		Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor	()	()	()	()	()
		Observar indicadores não verbais de desconforto	()	()	()	()	()
		Obter dados sobre sinal de desconforto	()	()	()	()	()
		Orientar sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor/desconforto	()	()	()	()	()
		Promover o repouso/sono adequado para o alívio do desconforto	()	()	()	()	()
06	Dispneia	Realizar uma avaliação abrangente acerca dos sinais e sintomas de desconforto	()	()	()	()	()
		Verificar o posicionamento e sua relação com os sinais de desconforto	()	()	()	()	()
		Aspirar secreções, quando necessário.	()	()	()	()	()
		Assegurar o uso de medicamento para dor (morfina) que tende a melhorar a dispneia	()	()	()	()	()
		Avaliar a perfusão tissular	()	()	()	()	()
		Avaliar nível de tolerância a esforços	()	()	()	()	()
		Monitorar a administração de oxigenoterapia, conforme prescrito	()	()	()	()	()
		Monitorar frequência e ritmo respiratório	()	()	()	()	()
		Observar se há uso de musculatura acessória e tiragem intercostal	()	()	()	()	()
07	Dor	Orientar a família sobre a relação da dispneia com a evolução da doença	()	()	()	()	()
		Orientar o repouso no leito com cabeceira elevada a 45°	()	()	()	()	()
		Promover medidas não farmacológicas para redução no nível de ansiedade	()	()	()	()	()
		Promover medidas que facilite a respiração elevando a cabeceira a 45°	()	()	()	()	()
		Administrar medicamento para a dor	()	()	()	()	()
		Avaliar resposta ao manejo da dor	()	()	()	()	()
		Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre dor	()	()	()	()	()
		Providenciar a colaboração de um profissional especialista em dor	()	()	()	()	()
		Colaborar no plano de manejo da dor	()	()	()	()	()
08	Edema	Identificar atitude em relação à dor	()	()	()	()	()
		Implementar protocolo para controle da dor	()	()	()	()	()
		Monitorar a dor	()	()	()	()	()
		Obter dados de conhecimento sobre a dor	()	()	()	()	()
		Obter dados de conhecimento sobre o manejo de dor	()	()	()	()	()
		Obter dados sobre alodinia ²⁷	()	()	()	()	()
		Obter dados sobre resposta psicológica à dor	()	()	()	()	()
		Orientar a família sobre manejo da dor	()	()	()	()	()
		Orientar sobre a dor	()	()	()	()	()
09	Fadiga	Orientar sobre o manejo da dor	()	()	()	()	()
		Avaliar e registrar a localização do edema	()	()	()	()	()
		Avaliar nível do edema	()	()	()	()	()
		Investigar a causa do edema	()	()	()	()	()
		Monitorar edema	()	()	()	()	()
		Obter dados sobre manejo do edema	()	()	()	()	()
		Orientar a família sobre manejo do edema	()	()	()	()	()
		Proteger o local edemaciado contra lesões	()	()	()	()	()
09	Fadiga	Trocar decúbito a cada duas horas	()	()	()	()	()
		Avaliar nível de fadiga	()	()	()	()	()
		Determinar a percepção do paciente/família sobre as causas de fadiga	()	()	()	()	()
		Determinar as limitações físicas do paciente	()	()	()	()	()
		Obter dados sobre a fadiga	()	()	()	()	()

²⁷ Alodinia, do grego allo (outro) e odyne (dor), envolve uma mudança no sentido da dor, da qualidade de uma sensação, seja de que tipo for. Estímulos sensoriais que em situações normais não provocam dor. Trata-se de uma disfunção da atividade cerebral que se manifesta como uma sensação de dor quando, normalmente, o estímulo não é doloroso. Quando uma pessoa tem uma sensação e os impulsos que chegam ao cérebro são interpretados como uma sensação desagradável, produz-se dor. Isto pode acontecer porque o impulso é realmente doloroso ou porque a mensagem das fibras nervosas está alterada. Pode-se estar a estimular determinadas áreas do corpo sem implicar dor, mas o cérebro pode interpretá-las como uma sensação dolorosa.

		Orientar paciente/família sobre técnicas de autocuidado que minimize o consumo de energia	()	()	()	()	()
10	Ferida	Avaliar cicatrização da ferida	()	()	()	()	()
		Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre ferida	()	()	()	()	()
		Cuidar da ferida	()	()	()	()	()
		Cuidar da ferida maligna	()	()	()	()	()
		Mobilizar no leito com vistas à prevenção de pressão sobre a ferida	()	()	()	()	()
		Obter dados sobre conhecimento relativo ao cuidado e cicatrização da ferida	()	()	()	()	()
		Obter dados sobre a ferida	()	()	()	()	()
		Orientar sobre cicatrização da ferida	()	()	()	()	()
		Orientar sobre cuidados com a ferida	()	()	()	()	()
		Propiciar medidas que minimize o odor da ferida	()	()	()	()	()
11	Hipertensão	Monitorar a pressão arterial de acordo com a gravidade e repercussões clínicas que provoque sofrimento	()	()	()	()	()
		Monitorar adesão ao tratamento prescrito	()	()	()	()	()
		Orientar acerca do controle e ingestão de sódio na dieta	()	()	()	()	()
		Promover técnicas de relaxamento para redução da ansiedade	()	()	()	()	()
		Verificar a pressão arterial de acordo com a necessidade	()	()	()	()	()
12	Hipotermia	Controle do ambiente propiciando aquecimento da temperatura	()	()	()	()	()
		Manter a pessoa aquecida com uso de cobertores	()	()	()	()	()
		Monitorar o nível de consciência	()	()	()	()	()
		Monitorar sinais vitais	()	()	()	()	()
		Observar a presença de cianose	()	()	()	()	()
		Observar a presença de tremores	()	()	()	()	()
		Observar os sinais precoces de hipotermia: pele fria, palidez e vermelhidão	()	()	()	()	()
		Obter dados para avaliação da hipotermia	()	()	()	()	()
13	Hipóxia	Avaliar o posicionamento da pessoa no leito buscando posicioná-la de modo a melhorar a ventilação aliviando o sofrimento físico	()	()	()	()	()
		Minimizar o esforço físico	()	()	()	()	()
		Monitorar a oxigenoterapia conforme prescrito	()	()	()	()	()
		Promover técnicas de relaxamento para redução da ansiedade	()	()	()	()	()
14	Náusea	Administrar antiemético conforme prescrito	()	()	()	()	()
		Avaliar sinais de risco para aspiração brônquica	()	()	()	()	()
		Ensinar técnicas de relaxamento para utilizar durante os episódios de náusea	()	()	()	()	()
		Explicar a causa da náusea e a duração se conhecidas	()	()	()	()	()
		Manter boa higiene oral periódica	()	()	()	()	()
		Oferecer pequenos cubos de gelo	()	()	()	()	()
		Orientar a pessoa e seu familiar a identificar alimentos que propiciam desencadear episódios de náusea	()	()	()	()	()
		Orientar o fracionamento das refeições	()	()	()	()	()
15	Respiração prejudicada	Orientar quanto a mastigação lenta dos alimentos	()	()	()	()	()
		Administrar analgésico para prevenir a hiperventilação	()	()	()	()	()
		Auxiliar com mudanças frequentes de posição, quando adequado	()	()	()	()	()
		Encorajar a tosse para expectoração de secreção quando possível	()	()	()	()	()
		Ensinar técnicas de ventilação	()	()	()	()	()
		Manter as vias aéreas desobstruídas	()	()	()	()	()
		Monitorar a fadiga dos músculos ventilação	()	()	()	()	()
		Monitorar o estado ventilatório e a oxigenação	()	()	()	()	()
		Posicionar o paciente no leito com cabeceira elevada a 45° visando ao alívio da dispneia	()	()	()	()	()
Promover medidas não farmacológicas que possa aliviar a dispneia	()	()	()	()	()		
16	Risco de caquexia	Ajudar a pessoa a se alimentar de acordo com as suas necessidades e aceitação	()	()	()	()	()
		Desencorajar a síndrome “ele tem que comer senão morre”, demonstrando que nesse estágio da doença é desnecessário uma dieta equilibrada	()	()	()	()	()
		Escutar os receios dos familiares em relação ao emagrecimento	()	()	()	()	()
		Evitar a rotina de pesar o paciente	()	()	()	()	()
		Informar quanto à importância de respeitar a vontade do paciente e sua limitação em aceitar a dieta	()	()	()	()	()
		Investigar problemas de mastigação	()	()	()	()	()
		Orientar sobre a perda de peso corporal e sua relação com a doença	()	()	()	()	()
		Solicitar avaliação do serviço de nutrição	()	()	()	()	()
17	Sono prejudicado	Avaliar a causa do padrão de sono alterado	()	()	()	()	()
		Avaliar presença de queixa de dor que possa estar prejudicando o sono	()	()	()	()	()
		Discutir com a pessoa e a família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida que possam estar interferindo no padrão de sono alterado	()	()	()	()	()

		Promover técnicas de relaxamento para redução da ansiedade	()	()	()	()	()
		Proporcionar um ambiente calmo e tranquilo	()	()	()	()	()
		Reduzir ou aliviar as causas predisponentes e que atrapalham o sono	()	()	()	()	()
18	Angústia relacionada à morte	Estimular a discussão entre paciente e família para a tomada de decisão sobre o processo de morte e a morte	()	()	()	()	()
		Obter dados sobre o sentimento de angústia	()	()	()	()	()
		Prestar apoio espiritual	()	()	()	()	()
		Promover escuta ativa	()	()	()	()	()
		Promover técnicas de relaxamento que possibilitem aliviar o sofrimento de angústia	()	()	()	()	()
19	Desespero	Criar uma atmosfera que facilite a confiança	()	()	()	()	()
		Desenvolver estratégias psicológicas para promover aceitação da situação de doença	()	()	()	()	()
		Encorajar a verbalização de sentimentos de medo e desespero	()	()	()	()	()
		Identificar as causas do desespero	()	()	()	()	()
		Identificar quando o nível de medo e desespero se modifica	()	()	()	()	()
		Orientar sobre o uso de técnicas de relaxamento que aliviem o medo e desespero	()	()	()	()	()
20	Estado emocional prejudicado	Estabelecer relação de confiança	()	()	()	()	()
		Monitorar o estado emocional da pessoa	()	()	()	()	()
		Oferecer ambiente calmo e agradável a proporcionar bom estado emocional	()	()	()	()	()
		Promover o diálogo e oportunidade para esclarecer as dúvidas da pessoa e família quanto à doença e o processo de morte	()	()	()	()	()
21	Tristeza crônica	Administra medicamentos para dor e alívio do sofrimento conforme prescritos	()	()	()	()	()
		Estimular o diálogo	()	()	()	()	()
		Facilitar o processo de luto	()	()	()	()	()
		Incentivar a visita de familiares e amigos	()	()	()	()	()
		Oferecer apoio emocional	()	()	()	()	()
		Oferecer apoio espiritual	()	()	()	()	()
		Promover assistência no controle da raiva	()	()	()	()	()
		Proporcionar métodos de distração e técnicas de relaxamento	()	()	()	()	()
		Chamar a pessoa sempre pelo nome	()	()	()	()	()
22	Dignidade preservada	Manter a harmonia entre pessoa, família e equipe de cuidados paliativos	()	()	()	()	()
		Manter o diálogo em prol de que os processos de tomadas de decisões aconteçam sempre em consenso respeitando a autonomia do paciente	()	()	()	()	()
		Manter um ambiente agradável	()	()	()	()	()
		Manter vestimentas adequadas e com boa aparência estética	()	()	()	()	()
		Monitorar sinais de incontinência urinária ou fecal	()	()	()	()	()
		Promover junto à pessoa e sua família, orientações antecipadas sobre o processo de morrer e a morte	()	()	()	()	()
		Trabalhar a continuidade do Eu diante da doença e do sofrimento	()	()	()	()	()
23	Expectativa de esperança	Estimular o otimismo proporcionando apoio a um viver com dignidade	()	()	()	()	()
		Estimular a pessoa a buscar razões que propiciem esperança de vida	()	()	()	()	()
		Evitar prestar informações com falsas esperanças	()	()	()	()	()
		Promover esperança estimulando a espiritualidade do paciente	()	()	()	()	()
24	Desesperança	Estimular o paciente a buscar razões que propiciem esperança de vida	()	()	()	()	()
		Facilitar o processo de trabalhar os sentimentos de culpa	()	()	()	()	()
		Identificar a necessidade a apoio espiritual	()	()	()	()	()
		Identificar sentimentos de culpa	()	()	()	()	()
		Identificar sinais de ideação suicida	()	()	()	()	()
		Promover apoio emocional	()	()	()	()	()
		Promover apoio espiritual	()	()	()	()	()
		Promover escuta ativa	()	()	()	()	()
		Promover esperança estimulando a espiritualidade do paciente	()	()	()	()	()
		Promover oportunidade para se falar sobre a finitude de acordo com a aceitação por parte do paciente	()	()	()	()	()
		Promover técnicas de relaxamento que possibilitem aliviar o sentimento de desesperança	()	()	()	()	()
		Proporcionar condições que contribuam para facilitar o processo de luto	()	()	()	()	()
25	Risco de interrupção do autocuidado	Avaliar a habilidade e capacidade de autocuidado	()	()	()	()	()
		Enfatizar a importância da participação no autocuidado para a preservação da dignidade e maior qualidade de vida	()	()	()	()	()
		Ensinar a pessoa a desenvolver atividades e hábitos saudáveis (alimentação, lazer, exercícios)	()	()	()	()	()
		Garantir o envolvimento do paciente na realização dos cuidados e	()	()	()	()	()

		atividades da vida diária						
		Orientar quanto à necessidade de abandonar ou reduzir hábitos não saudáveis	()	()	()	()	()	()
26	Adesão ao regime terapêutico	Avaliar regime terapêutico com vistas ao alívio do sofrimento	()	()	()	()	()	()
		Demonstrar como seguir o regime terapêutico	()	()	()	()	()	
		Implementar estratégias para aceitação do regime terapêutico em prol do alívio do sofrimento	()	()	()	()	()	
		Obter dados acerca do conhecimento sobre o regime terapêutico	()	()	()	()	()	
		Orientar família sobre regime terapêutico	()	()	()	()	()	
		Orientar sobre regime terapêutico na perspectiva do alívio do sofrimento	()	()	()	()	()	
		Priorizar regime terapêutico	()	()	()	()	()	
27	Atitude de enfrentamento do processo de morrer e da morte prejudicada	Apoia paciente e família no enfrentamento do processo de morrer	()	()	()	()	()	
		Encorajar o paciente e família a partilhar seus sentimentos sobre a morte	()	()	()	()	()	
		Facilitar a capacidade para falar sobre o processo de morrer e a morte	()	()	()	()	()	
		Identificar a necessidade/desejo do paciente em falar ou não sobre o processo de terminalidade e sua morte	()	()	()	()	()	
		Obter dados sobre seus pensamentos e perspectivas sobre o processo de morrer e a morte	()	()	()	()	()	
		Orientar sobre o processo de morrer e a morte	()	()	()	()	()	
		Possibilitar falar sobre o processo de morrer e a morte	()	()	()	()	()	
		Promover o diálogo entre paciente, família e equipe de saúde sobre o processo de finitude	()	()	()	()	()	
		Respeitar o ritmo de cada pessoa para com a sua tolerância no processo de aceitação	()	()	()	()	()	
28	Vontade de viver presente	Avaliar a partir da escuta ativa, indício de pensamentos positivos e de força de vontade para viver	()	()	()	()	()	
		Identificar necessidades de reconciliação	()	()	()	()	()	
		Identificar o sentido da vida para a pessoa	()	()	()	()	()	
		Observar como a pessoa faz uso de estratégias para compensar problemas e/ou situações relacionadas à doença	()	()	()	()	()	
		Oportunizar momentos de contato humano, amor, celebração da vida, humor	()	()	()	()	()	
		Proporcionar condições favoráveis a reconciliação	()	()	()	()	()	
29	Angústia espiritual	Aconselhar sobre angústia espiritual	()	()	()	()	()	
		Esclarecer sobre o que é espiritualidade enquanto dimensão de significativo propósito	()	()	()	()	()	
		Obter dados sobre condição espiritual	()	()	()	()	()	
		Obter dados sobre crença espiritual	()	()	()	()	()	
		Obter dados sobre crença espiritual da família	()	()	()	()	()	
		Promover escuta ativa	()	()	()	()	()	
		Promover apoio espiritual	()	()	()	()	()	
		Proporcionar apoio espiritual	()	()	()	()	()	
30	Risco de Angústia espiritual	Aconselhar sobre angústia espiritual	()	()	()	()	()	
		Facilitar a promoção de resiliência	()	()	()	()	()	
		Facilitar o crescimento espiritual	()	()	()	()	()	
		Obter dados sobre a necessidade de apoio espiritual	()	()	()	()	()	
		Promover escuta ativa	()	()	()	()	()	
		Promover apoio espiritual	()	()	()	()	()	
		Promover o diálogo sobre a dimensão espiritual	()	()	()	()	()	
		Proporcionar apoio espiritual	()	()	()	()	()	
31	Falta de apoio da família	Cuidar do paciente e família como única unidade de cuidados única	()	()	()	()	()	
		Demonstrar atitudes que reforce a afirmativa de que “eu [profissional] estou contigo e disposto a te ajudar” diante do sofrimento e “não vou te abandonar”	()	()	()	()	()	
		Demonstrar que o paciente não é um fardo para a equipe e família	()	()	()	()	()	
		Mostrar que o paciente é digno da atenção da equipe de cuidados paliativos	()	()	()	()	()	
		Identificar expressões verbais do desejo de apoio por parte dos membros da família	()	()	()	()	()	
		Identificar o grau de apoio familiar	()	()	()	()	()	
		Observar expressões verbais e comportamentais por parte da família que denote preocupação com o seu ente querido doente	()	()	()	()	()	
32	Relacionamento paciente/cuidador prejudicado	Avaliar o processo de comunicação entre paciente e cuidador	()	()	()	()	()	
		Demonstrar que o paciente é importante para a equipe de cuidados paliativos	()	()	()	()	()	
		Observar atitudes de paciência, calma e companheirismo do cuidador para com o paciente	()	()	()	()	()	
		Observar o senso de responsabilidade do cuidador para com o paciente	()	()	()	()	()	
		Promover meios para que se estabeleça um relacionamento confiá-	()	()	()	()	()	

		vel entre paciente e cuidador					
		Utilizar o mnemônico ABCD de cuidados para preservação da dignidade: Atitude, Comportamento, Compaixão e Diálogo	()	()	()	()	()
33	Processo de tomada de decisão prejudicado	Apoiar a pessoa na abordagem de suas preocupações com as consequências e resultados após sua morte	()	()	()	()	()
		Apoiar o processo de tomada de decisão	()	()	()	()	()
		Avaliar a cognição	()	()	()	()	()
		Avaliar o estado psicológico	()	()	()	()	()
		Estimular a pessoa a identificar fatores estressores como situações, eventos e interações pessoais	()	()	()	()	()
		Estimular a verbalização de emoções dolorosas	()	()	()	()	()
Sugestões:							

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS ESCLARECIDO ETAPA DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR PERITOS INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

Prezada (o) Colega Enfermeira (o), _____

Eu **Rudval Souza da Silva**, enfermeiro, aluno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, nível doutorado, orientado pelo Professor Dr. Álvaro Pereira estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: **O CUIDAR PARA UMA BOA MORTE: CONSTRUÇÃO DE UM SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO UTILIZANDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - CIPE[®]**. A finalidade desta pesquisa é contribuir com novos conceitos clinicamente relevantes (enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem) ao subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) com foco nos cuidados paliativos para uma morte digna, contribuindo e facilitando a implementação de sistemas de informação em saúde para a enfermagem que seja sensível a nossa realidade, e possa favorecer a integração do conhecimento científico e do conhecimento prático, assim como a utilização de uma linguagem unificada para a documentação da prática profissional. A presente pesquisa tem por objetivo geral: construir um subconjunto terminológico baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE[®] para diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para uma morte digna tendo como base o modelo de cuidados para preservação da dignidade proposto por Harvey Max Chochinov. E, como objetivos específicos: identificar os termos segundo a percepção de uma equipe de enfermagem sobre o significado de cuidar da pessoa em processo de terminalidade, que caracterizam a linguagem específica da Enfermagem; construir com esses termos, enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a prática de cuidar de pessoa em cuidados paliativos tendo por base o modelo de preservação da dignidade proposto por Harvey Max Chochinov; estruturar um subconjunto terminológico da CIPE[®] para a prática de cuidar de pessoas em cuidados paliativos. O estudo está sendo desenvolvido, em três etapas, a saber: a primeira configura-se como uma pesquisa documental, a qual permitiu identificar os termos relevantes para a prática de enfermagem a partir de entrevistas realizadas com profissionais da equipe de enfermagem de um hospital especializado em oncologia adulta durante minha pesquisa de mestrado. A segunda etapa trata-se de uma pesquisa aplicada, a qual será operacionalizada conforme as recomendações do Conselho Internacional de Enfermeiros - CIE, tendo por base o Banco de termos construído na primeira etapa deste estudo, contendo os termos constantes e não constantes na CIPE[®] e o modelo de referência para diagnóstico e ação de enfermagem da norma ISO 18.104:2014. Em seguida esses enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem foram submetidos também a técnica de mapeamento cruzado sendo realizado um novo cruzamento entre esses enunciados e os enunciados constantes no catálogo CIPE[®] sobre cuidados paliativos para uma morte digna. Posteriormente, foram construídas as definições operacionais dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, utilizando-se as seguintes etapas: revisão da literatura; mapeamento do significado do conceito; afirmação da definição operacional. E

neste momento, as definições dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem estão sendo submetidas a um processo de validação de conteúdo, fase essencial no desenvolvimento do conhecimento para a prática clínica. Caso após todos os esclarecimentos, você aceite participar da pesquisa, lhes convidamos a participar na qualidade de colaborador para julgar se os enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de Enfermagem construídos a partir das entrevistas realizadas com profissionais de enfermagem (enfermeiras e técnicos de enfermagem) resultado da dissertação intitulada “O cuidar/cuidado para uma boa morte: significados para uma equipe de enfermagem intensivista”, com base na Norma ISO 18.104/2013, podem ser considerados relevantes enquanto diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para pessoas em cuidados paliativos. Para isto, sugiro que leia os enunciados contidos no instrumento de pesquisa e após reflexão, marque na coluna à direita se concorda ou discorda da pertinência de cada definição do enunciado (graduando a sua avaliação em relação aos enunciados/definições como: nada pertinente; pouco pertinente; pertinente, muito pertinente; muitíssimo pertinente), levando-se em consideração sua prática de cuidar de pessoas em cuidados paliativos e/ou em pesquisa sobre diagnósticos de enfermagem. Em cumprimento as recomendações da Resolução CNS 466/12 que trata da Pesquisa com Seres Humanos, gostaria de informar: - Que este Projeto de Pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA: - Que a sua participação nesta pesquisa na qualidade de colaborador é **voluntária** e, portanto, você não é obrigada (o) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas por mim; - Que os possíveis riscos à sua saúde física e mental são presumidos, e caso ocorram, você contará com a minha assistência, pois, coloco-me a disposição oferecendo-lhes liberdade em relação à data, horário e local a ser realizada a atividade que lhes cabe, de acordo com suas possibilidades em relação à disponibilidade de tempo e disposição física e mental. Como também, estarei disponível para prestar os esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que vierem a surgir; - Que os desconfortos que poderão surgir com a sua participação podem estar relacionados ao tempo e energia que dispensará para preencher o formulário que lhes será apresentado caso aceite participar da pesquisa, sintase a vontade para recusa de participar caso queira; - Que os benefícios que deverá esperar com a sua participação, mesmo que indiretamente, é a possibilidade de conhecer os termos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE[®], a introdução destes termos e conceitos em sua realidade visando o incremento das práticas de cuidar de pessoal em cuidados paliativos, o retorno sobre os resultados da pesquisa, favorecendo sua prática e a visão de novas alternativas de pesquisa na área; - Eu enquanto pesquisador e você como colaborador(a) não receberão recursos financeiros com a participação e as despesas deste, correrão sob minha responsabilidade; - Todo o material resultante ficará guardado sob minha responsabilidade, na sala do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar em Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFBA, ao qual o pesquisador é vinculado, por cinco anos e solicito sua anuência para depositá-lo no meu banco de dados e, após este prazo os mesmos serão destruídos; - por fim, informo que caso decida não participar da pesquisa, ou se resolver posteriormente desistir da participação, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo e solicito sua permissão para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e para publicá-los em periódicos da área. Por ocasião da publicação dos resultados seu nome será mantido em sigilo.

Assinatura do Pesquisador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, após ter sido devidamente esclarecida(o) e tida todas as minhas questões respondidas, concordo e dou o meu consentimento para participar da pesquisa **O CUIDAR PARA UMA BOA MORTE: CONSTRUÇÃO DE UM SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO UTILIZANDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - CIPE®**; e para que o pesquisador apresente os seus resultados em eventos científicos e/ou os publiquem em periódicos da área e deposite os materiais em banco de dados. Informo que minha anuência foi livre de pressão e coação.

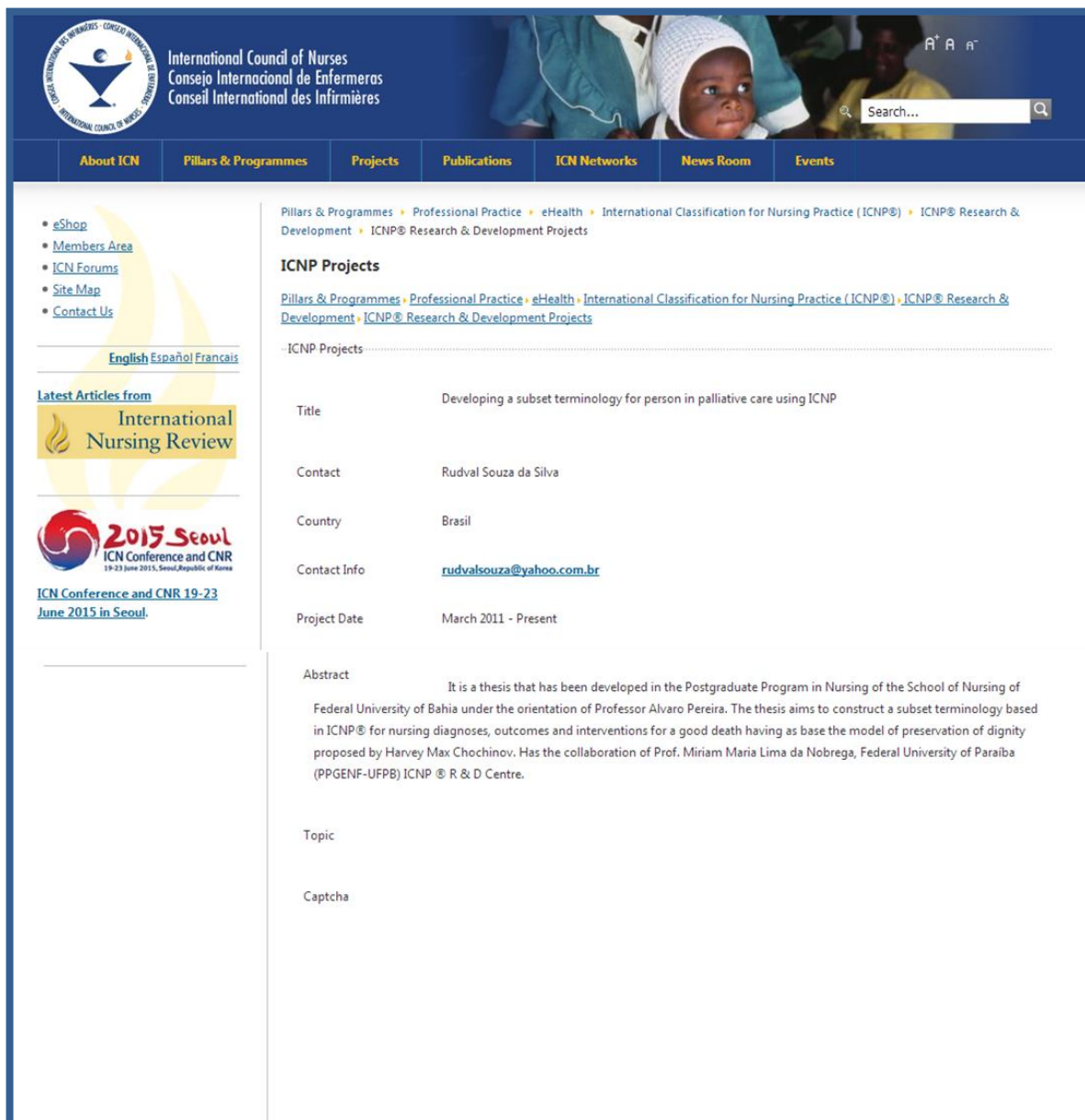
Salvador (BA), ____ de _____ de 2013

Assinatura da(o) Participante da Pesquisa

Endereço do Pesquisador Responsável:

Rua Anísio Melhor, nº 01, Apto 301
Cabula VI. Salvador - BA 41181-100
Contato: 71 8601 7966
E-mail: rudvalsouza@yahoo.com.br

ANEXO A



International Council of Nurses
Consejo Internacional de Enfermeras
Conseil International des Infirmières

Search...

About ICN Pillars & Programmes Projects Publications ICN Networks News Room Events

- eShop
- Members Area
- ICN Forums
- Site Map
- Contact Us

English Español Français

Latest Articles from
International Nursing Review

2015 Seoul
ICN Conference and CNR
19-23 June 2015, Seoul, Republic of Korea

ICN Conference and CNR 19-23
June 2015 in Seoul.

Pillars & Programmes • Professional Practice • eHealth • International Classification for Nursing Practice (ICNP®) • ICNP® Research & Development • ICNP® Research & Development Projects

ICNP Projects

Pillars & Programmes • Professional Practice • eHealth • International Classification for Nursing Practice (ICNP®) • ICNP® Research & Development • ICNP® Research & Development Projects

ICNP Projects

Title	Developing a subset terminology for person in palliative care using ICNP
Contact	Rudval Souza da Silva
Country	Brasil
Contact Info	rudvalsouza@yahoo.com.br
Project Date	March 2011 - Present

Abstract

It is a thesis that has been developed in the Postgraduate Program in Nursing of the School of Nursing of Federal University of Bahia under the orientation of Professor Alvaro Pereira. The thesis aims to construct a subset terminology based in ICNP® for nursing diagnoses, outcomes and interventions for a good death having as base the model of preservation of dignity proposed by Harvey Max Chochinov. Has the collaboration of Prof. Miriam Maria Lima da Nobrega, Federal University of Paraiba (PPGENF-UFPB) ICNP® R & D Centre.

Topic

Captcha

Fonte: Página do Conselho Internacional de Enfermagem. Disponível em: <http://www.icn.ch/details/2/966.html>
Acesso em 08 de agosto de 2014.

ANEXO B



LIGA BAHIANA CONTRA O CÂNCER - LBCC
Comitê de Ética em Pesquisa Artur Ventura de Matos

022/2010

Salvador, 29 de março de 2010.

Aos Senhores

Enf. Rudval Souza da Silva e Dr. Álvaro Pereira

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da LBCC/HAM apreciou e aprovou nos termos apresentado, sem restrições, o Projeto de pesquisa **CEP/HAM nº 264/10** intitulado "**O Cuidar- Cuidado para uma boa morte. Significado para a equipe de enfermagem de uma UTI**", em Reunião Ordinária de 29 de março de 2010.

Atenciosamente,

Dr. Luiz Carlos Calmon Teixeira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
LBCC/HAM

LCCT/tgss.

ANEXO C

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O cuidar para uma boa morte: construção de um subconjunto terminológico utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®

Pesquisador: RUDVAL SOUZA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17762513.8.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 353.005

Data da Relatoria: 07/08/2013

Apresentação do Projeto:

O subconjunto terminológico, objeto do presente estudo visa contribuir com a ampliação do subconjunto terminológico da CIPE® com foco nos cuidados paliativos para uma morte digna, por conseguinte, direciona-se para a construção de enunciados para diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem segundo a CIPE® para a pessoa em cuidados paliativos com foco em uma morte digna, tendo como referencial teórico o modelo de preservação da dignidade proposto por Harvey Max Chochinov (CHOCHINOV,2002).Para tanto será desenvolvida uma pesquisa metodológica, não experimental, focada no desenvolvimento de um subconjunto terminológico da CIPE®, baseado na norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologias, possibilitando o desenvolvimento do conhecimento na Enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir um subconjunto terminológico baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® para diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para uma morte digna tendo como base o modelo de preservação da dignidade proposto por Harvey Max Chochinov (CHOCHINOV, 2002).

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepes.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 263.006

Objetivo Secundário:

Identificar os termos segundo a percepção de uma equipe de enfermagem sobre o significado de cuidar da pessoa em processo de terminalidade, que caracterizam a linguagem específica da Enfermagem; Construir com esses termos, enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a prática de cuidar de pessoa em cuidados paliativos tendo por base o modelo de preservação da dignidade proposto por Harvey Max Chochinov; Propor um subconjunto terminológico da CIPE® para a prática de cuidar de pessoas em cuidados paliativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não existe avaliação de riscos no projeto apresentado;

"Possíveis riscos à sua saúde física e mental são inexistentes, contudo, o pesquisador coloca-se a disposição oferecendo-lhes liberdade em relação à data, horário e local a ser realizada a atividade que lhes cabe, de acordo com suas possibilidades em relação à disponibilidade de tempo e disposição física e mental."

Porém existe Avaliação de Riscos no TCLE:

"os possíveis riscos à sua saúde física e mental são presumidos, e caso ocorram, você contará com a minha assistência, pois, coloco-me a disposição oferecendo-lhes liberdade em relação à data, horário e local a ser realizada a atividade que lhes cabe, de acordo com suas possibilidades em relação à disponibilidade de tempo e disposição física e mental."

Existe Avaliação dos Benefícios no projeto e no TCLE

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considere a pesquisa complexa, relevante e factível, entretanto considere confusa a descrição dos objetivos e da metodologia no projeto CEP-CONEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos Obrigatórios foram anexados ao projeto.

Recomendações:

As recomendações sugeridas foram incorporadas ao Projeto e ao TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
 Bairro: Canela CEP: 41.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepes.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 353.006

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado homologa o PARECER DE APROVAÇÃO emitido pelo relator.

SALVADOR, 08 de Agosto de 2013

Assinador por:
DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepes.ufba@ufba.br