

Introdução

O cuidado à pessoa, em processo de morrer e diante da morte, é parte da vivência da equipe de saúde, sobretudo de profissionais da Enfermagem que estão ininterruptamente presentes, e prestando a maior parcela de cuidados, de forma direta, à pessoa, cuidando mesmo quando a cura não é mais uma possibilidade e, porque não dizer, cuidando do corpo pós-morte e durante o luto⁽¹⁾.

É notória a necessidade de os profissionais de saúde buscarem cuidados de promoção, prevenção de agravos e de recuperação da saúde, bem como valorizarem um morrer digno, assumindo que a morte não deve ser uma inimiga a se vencer, mas um evento natural integrante da vida⁽²⁾. Com esse pensamento, a cada dia os princípios filosóficos acerca dos cuidados paliativos têm ganhado força e espaço nos ambientes de cuidados.

Os cuidados paliativos são definidos pela Organização Mundial da Saúde⁽³⁾ como uma abordagem de cuidados que buscam melhor qualidade de vida à pessoa e sua família, em face aos problemas decorrentes da doença e do risco de vida, por meio da prevenção, minimização e alívio do sofrimento. Isso pode ser alcançado pela identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Cuidados paliativos são, ao mesmo tempo, filosofia e diretriz norteadora de ações a serem empreendidos por uma equipe multidisciplinar de saúde, estruturada em um sistema de cuidados interdisciplinares⁽³⁾, de modo que seus princípios podem ser aplicados a todos os pacientes, em distintos grupos etários, e seus familiares, com ênfase nos cuidados para preservação da dignidade, e tendo o alívio do sofrimento como foco de atenção⁽⁴⁾.

Os programas de cuidados paliativos vêm aumentando rapidamente nos últimos anos, devido à maior quantidade de pessoas com doenças crônicas e em risco de vida, associado ao maior envolvimento das famílias nas decisões sobre os cuidados ao fim da vida de seus entes queridos⁽⁵⁾.

A participação do enfermeiro no contexto dos cuidados paliativos é imprescindível, tendo em vista que esses cuidados são realizados em uma área de intervenção em saúde, na qual a atuação do enfermeiro representa o elo entre o paciente, a família e os demais membros da equipe, e que esse profissional possui maior oportunidade de efetivação das práticas de cuidado, em virtude de passar grande parte do tempo junto ao paciente e à família⁽¹⁾.

Diante do exposto, é relevante empreender esforços em pesquisas sobre a atenção à pessoa em cuidados paliativos, a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem como uma ferramenta de organização do trabalho, e a aplicação do Processo de Enfermagem, destacando-se a relevância das terminologias inerentes aos elementos da prática para a documentação do processo de cuidar, em prol de uma linguagem padronizada.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) emerge como marco unificador da linguagem, proporcionando uma terminologia para subsidiar o pensamento crítico do enfermeiro no planejamento dos cuidados, com vistas a facilitar a comunicação, a documentação e possibilitar maior visibilidade às ações de enfermagem, além de contribuir para o desenvolvimento de registros eletrônicos e avanço do conhecimento⁽⁶⁻⁷⁾.

Existem diferentes teorias e modelos conceituais que procuram explorar os distintos modelos teóricos sobre a dignidade, e que têm sido desenvolvidos em diferentes contextos da prática clínica⁽⁸⁾. Para este trabalho, optou-se pelo Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade (MCPD)⁽⁹⁾, por ser referência no contexto dos cuidados paliativos, e já utilizado na primeira edição do Catálogo CIPE® – Cuidados Paliativos para uma Morte Digna⁽¹⁰⁾, além de ser o modelo teórico que especificamente conceitua o “morrer com dignidade⁽¹¹⁾”. O Modelo é constituído pelas seguintes grandes categorias: preocupações relacionadas com a doença; repertório de conservação de dignidade e inventário da dignidade social⁽⁹⁾.

Com esse modelo e os Diagnósticos de Enfermagem (DE), pretende-se oferecer estrutura para que o enfermeiro planeje uma abordagem individualizada e direcionada à preservação da dignidade da pessoa, em processo de morrer e diante da morte.

O presente estudo visa contribuir para a expansão, consolidação e atualização do já existente Catálogo⁽¹⁰⁾, publicado em 2009 pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), e elaborado a partir de pesquisas realizadas na Etiópia, Quênia, Índia, Filipinas e EUA⁽¹¹⁻¹³⁾.

Os resultados deste estudo contribuem para preencher lacunas relacionadas aos DEs relevantes no contexto dos cuidados paliativos, a exemplo do diagnóstico “dignidade preservada”, o qual não faz parte da CIPE® 2011, e também não está contemplado no Catálogo⁽¹⁰⁾, possibilitando direcionar intervenções nesse campo do cuidado, em saúde e enfermagem, bem como fornecer evidências para a prática do enfermeiro no contexto dos cuidados paliativos, haja vista a escassez de estudos sobre DEs para pacientes em cuidados paliativos⁽¹⁴⁾.

Assim sendo, o presente estudo teve como objetivo construir e validar DEs para pessoas em cuidados paliativos, fundamentados no MCPD⁽⁹⁾ e na CIPE[®].

Método

Estudo do tipo metodológico, o qual utilizou as recomendações do CIE para o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos⁽¹⁵⁾, tendo por base o Banco de Termos (BT) construído na primeira etapa deste estudo⁽¹⁶⁾ e o modelo de referência dos DEs da Norma⁽¹⁷⁾ ISO 18.104:2014.

O projeto da pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUFBA, em observância aos aspectos éticos preconizados na Resolução nº.466/12, do Ministério da Saúde, tendo obtido Protocolo de Aprovação nº353.005.

O estudo foi desenvolvido nas seguintes etapas: 1) construção do BT relevante clínica e culturalmente, para a prática de enfermagem em pessoas em cuidados paliativos. Nessa etapa, procedeu-se um estudo de caráter descritivo-documental⁽¹⁶⁾, o qual resultou em um banco com 262 termos, o que subsidiou a etapa seguinte. 2) construção dos DEs a partir do BT⁽¹⁶⁾, com base nas diretrizes do CIE. Essa etapa consiste no objeto da presente publicação.

A construção dos DEs foi operacionalizada em quatro momentos distintos: 1) construção dos DEs e respectivas definições operacionais; 2) validação de conteúdo por peritos selecionados de acordo com os critérios de Fehring⁽¹⁸⁾ modificados; 3) aplicação do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), sendo adequado se $\geq 0,80$ e 4) mapeamento cruzado entre DEs validados e aqueles constantes do Catálogo⁽¹⁰⁾.

Seguindo as etapas metodológicas para construção dos DEs, inicialmente foram construídos os diagnósticos com base no modelo de referência⁽¹⁷⁾, o qual determina que deve ser incluído, obrigatoriamente, um termo do Modelo de Sete Eixos, da CIPE[®], inerente ao eixo foco, e outro ao eixo julgamento. A inclusão de termos adicionais dos demais eixos é facultativa. Levou-se em consideração, também, o referencial teórico do MCPD⁽⁹⁾.

Para o desenvolvimento das definições operacionais, foram utilizadas as seguintes estratégias metodológicas: revisão da literatura; mapeamento do significado do conceito e afirmação da definição operacional⁽¹⁹⁾. Para essas definições, considerou-se a área de especialidade clínica dos cuidados paliativos e, para cada uma, foram estabelecidas as características específicas a orientar a sua identificação.

Após o desenvolvimento dos DEs e respectivas definições operacionais, o produto resultante foi submetido a processo de validação de conteúdo por peritos selecionados, segundo os critérios de Fehring⁽¹⁸⁾ modificados. Neste estudo, a adaptação realizada relacionou-se à flexibilidade na participação de enfermeiros sem o mestrado, desde que tivessem curso de especialização ou residência com foco em cuidados paliativos. Estudos apontam que os critérios de Fehring⁽¹⁸⁾ ainda são, de fato, os mais utilizados, principalmente mediante adaptações⁽²⁰⁾.

O universo amostral foi constituído por 75 enfermeiros, de nacionalidade brasileira, que possuíam, no mínimo, titulação acadêmica de mestrado e/ou especialização/residência em cuidados paliativos, que trabalhavam com os DEs e cuidados paliativos na assistência, ensino ou pesquisa. Foram excluídos os sujeitos que apresentaram pontuação inferior a cinco nos critérios estabelecidos por Fehring⁽¹⁸⁾, em relação à seleção de peritos. Assim, dos 283 expertos recrutados, após aplicação dos critérios, obteve-se a amostra intencional. A seleção dos sujeitos foi realizada por meio de busca ativa de profissionais expertos das áreas supracitadas, na Plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Currículo Lattes e Diretório de Grupos de Pesquisa).

Inicialmente, foi enviado aos peritos um correio eletrônico, com uma carta convite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), orientações sobre o estudo e o instrumento de pesquisa constando de uma relação com 56 DEs. O instrumento apresentava os DEs seguidos das definições operacionais, e uma escala tipo Likert de cinco pontos (1=nada pertinente; 2=pouco pertinente; 3=muito pertinente; 4=pertinente; 5=muitíssimo pertinente), para a avaliação da pertinência de cada definição.

Aqueles que concordaram em participar do estudo deram uma devolutiva com o retorno do correio eletrônico, após um período de, aproximadamente, quatro meses (janeiro a abril de 2014), depois de repetidos envios do convite, obtendo-se amostra de 26 (34,7%) instrumentos devidamente respondidos. Quatro convidados responderam, justificando declinar a participação, por terem experiência em cuidados paliativos, mas não com o Sistema de Classificação – CIPE[®], e vice-versa.

Para análise das respostas dos peritos, aplicou-se o IVC, cuja fórmula consiste em:

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

Considerou-se pertinente o DE, e sua respectiva definição operacional, que obteve $IVC \geq 0,80$. Tal score foi adotado como coeficiente de confiabilidade, considerando que a literatura reconhece como uma ferramenta de medição ponderada, como ponto de corte padrão⁽²¹⁾.

Em seguida, os DEs validados ($IVC \geq 0,80$) foram submetidos à técnica de *cross-mapping*⁽²²⁾, sendo realizado o cruzamento desses com aqueles constantes no Catálogo⁽¹⁰⁾, para identificar se constavam ou não do mesmo. Esse processo se deu com a digitação dos DEs em planilha do Microsoft Office Excel® 2010, em seguida, importada para o *software* Microsoft Office Access® 2010, sendo assim realizada a técnica de *cross-mapping*, o que possibilitou a comparação entre os DEs produzidos deste estudo com aqueles do Catálogo⁽¹⁰⁾.

Por último, ocorreu a etapa de categorização, conforme o MCPD⁽⁹⁾, quando os DEs foram classificados de acordo com as categorias: preocupações relacionadas com a doença, repertório de conservação de dignidade e inventário da dignidade social. A categorização se deu a partir da análise realizada pelo pesquisador principal e, em seguida, passou por processo de avaliação e validação por um grupo de três enfermeiras doutoras, com experiência em cuidados paliativos.

Resultados

Na primeira etapa do estudo, foram identificados os termos a partir das entrevistas com profissionais da equipe de enfermagem, o que totalizou um quantitativo de 432 termos⁽¹⁶⁾. Desses, após o processo de identificação dos significados e semelhanças e do tratamento de normalização, foram excluídos 170 (39,3%), considerados como lixo terminológico, resultando em 262 (60,7%) termos, que passaram a compor o BT a subsidiar a segunda etapa deste estudo.

Vale ressaltar que dos 262 termos que compuseram o BT, 167 (63,7%) já constavam na CIPE® 2011, e 95 (36,3%) foram classificados como não constantes⁽¹⁶⁾.

Utilizando-se o BT, e direcionados pela norma ISO 18.104:2014 – modelo de terminologia de referência para a Enfermagem – e MCPD, foram construídos 56 DEs, incluindo diagnósticos, positivos ou negativos, e de bem-estar e suas respectivas definições operacionais.

Após a avaliação pelos peritos, dos 56 DEs elaborados, 33 (58,9%) obtiveram $IVC \geq 0,80$ (Tabela 1).

Os 33 DEs foram submetidos à técnica de *cross-mapping* e, em seguida, categorizados segundo o MCPD⁽⁹⁾ (Figura 1). Ao serem cruzados com o

Catálogo⁽¹⁰⁾, evidenciou-se que apenas 8 dos 33 DEs constavam do catálogo: angústia espiritual, desconforto, desesperança, dor, fadiga, náusea, respiração prejudicada e sono prejudicado. Vale ressaltar que 15 DEs apresentados na Tabela 1 não constam da CIPE® 2011.

Na Figura 1, observa-se que 21 diagnósticos foram classificados na categoria preocupações relacionadas com a doença, 9 na categoria repertório de conservação da dignidade, e 3 na categoria inventário da dignidade social.

Tabela 1 - Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem com Índice de Validade de Conteúdo $\geq 0,80$. Salvador, BA, Brasil, 2014

Diagnósticos de enfermagem	IVC*
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
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

*Índice de Validade de Conteúdo

Categorias principais, temas e subtemas da dignidade		
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 de <i>eu</i>	• Falta de apoio da família
• Comunicação prejudicada	• Dignidade preservada	Teor dos cuidados
• Orientação melhorada	Esperança	• Relacionamento paciente/cuidador prejudicado
• Orientação prejudicada	• Desesperança	Preocupações com as consequências
Capacidade funcional	• Expectativa de esperança	• Processo de tomada de decisão prejudicado
• Adaptação às mudanças prejudicada	Autonomia/controle	
Sintomas de sofrimento	• Risco de interrupção do autocuidado	
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		

Legenda

- Categorias
- Temas
- Subtemas

Figura 1 - Distribuição dos DEs nas categorias do MCPD⁽⁹⁾. Salvador, BA, Brasil, 2014

Discussão

O CIE considera os cuidados paliativos como prioridade⁽¹⁵⁾ para o desenvolvimento de Catálogos CIPE[®] e, nessa perspectiva, reconhece o fenômeno "morrer com dignidade" como inerente aos cuidados de enfermagem, assim como adota o MCPD⁽⁹⁾ como referencial para a estruturação do Catálogo⁽¹⁰⁾, o que possibilita ao enfermeiro o planejamento de cuidados de enfermagem levando em consideração a preservação da dignidade humana⁽²³⁾.

O modelo teórico adotado no estudo especifica três principais categorias relacionadas à dignidade da pessoa em cuidados paliativos: preocupações relacionadas com a doença, a qual 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 nos cuidados de fim vida, é fundamental para o sucesso da melhoria dos cuidados àqueles que estão morrendo; repertório de conservação da dignidade, a qual descreve que a resposta humana à doença não é determinada unicamente pela doença em si, mas pela totalidade do ser que se encontra em condição de adoecimento, considerando que cada pessoa tem um perfil psicológico específico, bem como uma perspectiva espiritual que possibilita moldar sua visão de mundo e suas respostas às oportunidades e crises, e inventário da dignidade social, cuja categoria faz referência às questões, sociais e/ou dinâmicas, de

relacionamentos que aumentam ou diminuem o sentido da dignidade de cada pessoa⁽⁹⁾.

Dos termos identificados como não constantes da CIPE[®], vale discutir especialmente aqueles pertencentes ao eixo foco, que representam o foco de atenção para a sistematização dos cuidados de enfermagem. Dos 95 termos não constantes, 33 (34,7%) foram classificados nesse eixo⁽¹⁶⁾, e 62 nos outros 6 eixos do Modelo de Sete Eixos, da CIPE[®].

Dentre esses 33 termos, foram evidenciados aqueles inerentes à dignidade da pessoa em cuidados paliativos, a exemplo de: apoio psicológico, apoio moral, aspecto psicoespiritual, boa morte, humanização, respeito, responsabilidade, singularidade, entre outros. A palavra dignidade significa ser digno de honra, respeito ou estima⁽⁹⁾. O seu conceito é tido como um dos mais importantes valores profissionais, sendo de grande relevância para a Enfermagem, devido à natureza humana da sua prática profissional. Logo, cuidar, considerando os cuidados para preservação da dignidade, significa respeitar a individualidade humana e tratar cada pessoa como um ser único, tornando-se, portanto, uma necessidade humana básica e um aspecto importante nos cuidados de enfermagem⁽²⁴⁾. Para tanto, se faz necessário considerar os aspectos identificados no estudo como foco de atenção do cuidado em enfermagem, entre eles a singularidade, o respeito, o apoio moral e psicológico.

Com base no MCPD⁽⁹⁾, o foco de atenção, a partir desses 33 termos, se direciona para as duas categorias principais no contexto dos cuidados paliativos: repertório de conservação da dignidade e inventário da dignidade social. No entanto, essas duas categorias agruparam menor número de diagnósticos, de acordo com o Catálogo⁽¹⁰⁾ e com este estudo.

A dignidade é concebida a partir de componentes intrínsecos e extrínsecos⁽⁹⁾, sendo esses últimos influenciados por circunstâncias ambientais e culturais, que tendem a interferir no sentido da dignidade de cada pessoa. Nesse aspecto, cada indivíduo, em face de sua condição de adoecimento, responde de modo diferente ao enfrentamento da situação.

Em ensaio clínico randomizado⁽²⁵⁾, desenvolvido na cidade de Nova Iorque, com pacientes em cuidados paliativos, foi realizada a intervenção da "Terapia da Dignidade", uma psicoterapia breve, que oferece aos pacientes a oportunidade de falar sobre o que mais importa para eles face do processo de morrer e da morte. A intervenção foi aplicada por uma equipe, composta por enfermeiro, psicólogo e um médico psiquiatra, e evidenciou uma resposta positiva dos pacientes, especialmente na melhoria do bem-estar espiritual e na forma como a família os via. Isso mostra a influência dos componentes intrínsecos e extrínsecos, que acabam por influenciar a dignidade da pessoa.

As categorias "preocupações relacionadas à doença" e "repertório de conservação da dignidade" estão inter-relacionadas e referem-se aos fatores físicos, psicológicos e existenciais, internalizados na experiência de vida de cada pessoa, e como influenciam o sentido da sua dignidade. Já o inventário da dignidade social conceitualmente se sobrepõe aos componentes extrínsecos da dignidade, e refere-se a como as outras pessoas e as circunstâncias ambientais podem influenciar o sentido da dignidade de uma pessoa⁽⁹⁾.

Isso evidencia o quão necessário é pensar na importância de enfatizar o planejamento do cuidado de enfermagem, com foco na escuta ativa e no estabelecimento de DEs que considerem a individualidade de cada pessoa, com respeito à sua autonomia no processo de tomada decisão. Nesse momento, o enfermeiro deve ser enfático no uso do raciocínio clínico e terapêutico, possibilitando maior acurácia na seleção dos DEs direcionados ao foco de atenção para com as ações de enfermagem.

Dos 33 diagnósticos validados, 10 não constavam do Catálogo⁽¹⁰⁾ e 15 nem mesmo na CIPE® 2011, evidenciando lacunas em fenômenos relacionados à morte digna, a exemplo de "comunicação prejudicada", considerando que a comunicação eficaz é elemento fundamental nos cuidados paliativos para o

desenvolvimento da relação terapêutica entre pacientes e enfermeiros⁽²⁶⁾, possibilitando alívio da ansiedade, controle da situação e promoção da qualidade de vida.

Outros DEs inexistentes no Catálogo⁽¹⁰⁾ foram: desespero, dignidade preservada, estado emocional prejudicado, orientação prejudicada, risco de caquexia, tristeza crônica e vontade de viver presente; desses, apenas o DE "tristeza crônica" consta na CIPE® 2011. Todos apresentaram adesão às categorias do modelo teórico e são aplicáveis no contexto dos cuidados paliativos. Nesse sentido, os resultados deste estudo trazem contribuições, a partir de evidências científicas, que reforçam a relevância da atualização do catálogo já existente.

Outro ponto que merece destaque refere-se ao fato de que não se identificou no estudo, e nem consta no Catálogo⁽¹⁰⁾, DE no subtema "generatividade/legado", da categoria repertório de conservação da dignidade, do MCPD. Já para o tema teor dos cuidados, da categoria inventário da dignidade social, não consta diagnóstico no Catálogo⁽¹⁰⁾, mas evidenciou-se, neste estudo, o DE "relacionamento paciente/cuidador prejudicado".

O teor dos cuidados é tema que se correlaciona com a atitude que os outros (família, profissional de saúde ou cuidadores) demonstram quando interagem com o doente. Em estudo de análise de conceito sobre a continuidade de atendimento no final da vida, com foco na perspectiva do paciente, descobriu-se que a continuidade dos cuidados no final da vida é um processo dinâmico e depende justamente da interação entre pacientes, famílias e provedores, o que está estritamente interligado à percepção do tempo do paciente no seu processo de morrer. Evidenciou-se, no estudo, que o enfermeiro pode se beneficiar de uma compreensão mais profunda em relação à experiência do paciente a partir de fatores que dificultam o processo de cuidar, como a comunicação prejudicada e as dificuldades de relação interpessoal, bem como aprender com tais experiências e planejar os cuidados com atenção ao alívio dos sintomas, à autoimagem e ao reconhecimento da proximidade com a morte⁽²⁷⁾.

O DE "adaptação às mudanças prejudicada" foi classificado em subtema "capacidade funcional", na categoria preocupações relacionadas com a doença, considerando sua definição operacional e os conceitos das categorias e subcategorias do modelo teórico. No entanto, no Catálogo, o DE "adaptação prejudicada" está classificado no tema manter a normalidade, da categoria repertório de conservação da dignidade, para o qual não foi identificado nenhum DE no presente estudo.

A classificação de "adaptação às mudanças prejudicada", no subtema "capacidade funcional", foi orientada pela definição do mesmo no modelo teórico⁽⁹⁾:

refere-se à capacidade de realizar as atividades da vida diária, tais como realizar compras, tomar banho, preparar as refeições, dentre outras.

O DE "amor preservado" não alcançou o IVC definido, contudo, houve sugestões pertinentes a respeito de sua modificação para "autoestima positiva", o que se relaciona ao perfil do modelo adotado e já é um DE contemplado no Catálogo⁽¹⁰⁾, alocado na categoria principal repertório de conservação da dignidade – subtema "manutenção do orgulho". Vale salientar que, para esse subtema, não foi evidenciado nenhum diagnóstico, no presente estudo.

Os DEs "risco de lesão", "risco de problema emocional", "risco de tristeza" e "risco de úlcera por pressão" não alcançaram o IVC $\geq 0,80$. Os peritos não justificaram a não pertinência desses DEs, nem mesmo apresentaram sugestões para adequações. Ainda é muito baixo o índice de DEs de risco nos sistemas de classificação.

Permanece, também, o questionamento do por que o DE "risco de tristeza" não alcançou o IVC desejável, enquanto DE "tristeza crônica", condição secundária ao diagnóstico de potencialidade, obteve o respectivo IVC.

Os resultados deste estudo contribuem sobremaneira para a atualização do catálogo já existente, bem como apontam evidências científicas que podem ser aplicadas na prática clínica e, inclusive, serem testadas por meio da validade clínica dos DEs e sua relação nas respectivas categorias e subcategorias do MCPD, além de explorarem os elementos da prática de enfermagem para a promoção de uma morte digna, a partir das perspectivas do indivíduo e sua família.

Conclusão

Os 33 DEs validados neste estudo, e classificados em diferentes categorias do MCPD, explicitam uma linguagem comum para a Enfermagem, visando orientar o planejamento sistematizado do cuidado em enfermagem. Também contribuem para a implementação do Processo de Enfermagem e o uso da CIPE[®] como um sistema de linguagem de enfermagem internacional, que visa favorecer o planejamento e a gestão dos cuidados paliativos pela equipe de enfermagem, a fim de promover uma morte digna.

Deve-se considerar, como limitação do presente estudo, o fato de que os dados foram obtidos a partir de um banco de dados, cujas informações não permitem generalizações, por demonstrar o perfil de uma dada realidade, além da condição dos DEs desenvolvidos, não terem sido submetidos à validação clínica. Dessa forma, outros estudos devem ser conduzidos, de modo a permitir identificar novos termos que possam ser somados a esses, considerando a realidade de outros campos

empíricos, assim como possibilitar a validação clínica dos DEs e verificar sua aplicabilidade no contexto dos cuidados paliativos, seja em nível hospitalar ou domiciliar.

Referências

1. Silva RS, Pereira A, Campos AER. Caring for the patient in the process of dying at the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2011 [Access Sep 14, 2016];45(3):738-744. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a27.pdf. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300027>
2. Rome RB, Luminais HH, Bourgeois DA, Blais CM. The Role of Palliative Care at the End of Life. *Ochsner J*. [Internet] 2011[cited 14 Sep, 2016];11(4):348-52. Available from: <http://www.ochsnerjournal.org/doi/pdf/10.1043/1524-5012-11.4.348>
3. World Health Organization (WHO). Definition of palliative care. [cited May 27, 2016]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
4. Van Mechelen W, Aertgeerts B, De Ceulaer K, Thoosen B, Vermandere M, Warmenhoven F, et al. Defining the palliative care patient: a systematic review. *Palliat Med*. [Internet] 2013 [cited Sept 14, 2016];27(3):197-208. Available from: <http://pmj.sagepub.com/content/early/2012/02/06/0269216311435268.full.pdf+html>. doi:10.1177/0269216311435268
5. Garcia JBS, Rodrigues RF, Lima SF. Structuring a palliative care service in Brazil: experience report. *Rev Bras Anesthesiol*. [Internet] 2014 [[cited Sept 14, 2016];];64(4):286-291. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v64n4/0034-7094-rba-64-04-00286.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2013.06.006>
6. Furtado LG, Medeiros ACT, Nóbrega MML. Terminological subset of the international classification for nursing practice: an integrative review. *Online Braz J Nurs*. [Internet] 2013 [cited Sept 14, 2016];;12(1):178-93. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3932/pdf>. ISSN: 1676-4285. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20133932>
7. Furuya K, Nakamura FRY, Gastaldi AB, Rossi LA. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet] 2011[[cited Sept 14, 2016];]; 32(1):167-175. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a22v32n1.pdf>. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100022>
8. Errasti-Ibarrondo B, García MM, Varcárcel AC, Solabarrieta MA. Modelos de dignidad en el cuidado: contribuciones para el final de la vida. *Cuad Bioética*. [Internet] 2014 [cited Feb 4, 2017];25(2):243-

56. Available from: <http://aebioetica.org/revistas/2014/25/84/243.pdf>. ISSN: 1132-1989
9. Chochinov HM. Dignity-conserving care - a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA*. [Internet]2002 [cited May 27, 2016]; 287(17):2253-60. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=194871>. doi:10.1001/jama.287.17.2253.
10. International Council of Nurses (ICN). Palliative care for dignified dying: ICNP® Catalogue. Geneva: ICN; 2009.
11. Doorenbos AZ, Wilson SA, Coenen A, Borse NN. Dignified dying: phenomenon and actions among nurses in India. *Int Nurs Rev*. [Internet] 2006 [cited Sept 14, 2016]; 53(1):28-33. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2006.00458.x/epdf>. doi:10.1111/j.1466-7657.2006.00458.x
12. Coenen A, Doorenbos AZ, Wilson SA. Nursing interventions to promote dignified dying in four countries. *Oncol Nurs Forum*. [Internet] 2007 [cited Sept 14, 2016]; 34(6):1151-1156. Available from: <https://onf.ons.org/onf/34/6/nursing-interventions-promote-dignified-dying-four-countries>. doi:10.1188/07.ONF.1151-1156
13. Doorenbos AZ, Abaquin C, Perrin ME, Eaton L, BalabagnoAO, Rue T, et al. Supporting dignified dying in the Philippines. *Int J Palliat Nurs*. [Internet]2011 [cited Sept 14, 2016]; 17(3):125-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140826/> doi:10.12968/ijpn.2011.17.3.125
14. Silva MM, Chagas MM. Standardization of nursing care in a palliative care oncology setting: perceptions of nurses. *Acta Paul Enferm*. [Internet] 2011 [cited Feb 4, 2017]; 24(2):172-178. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/en_03.pdf. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000200003>.
15. Clares JWB, Freitas MC, Guedes MVC, Nóbrega MML. Construction of terminology subsets: contributions to clinical nursing practice. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2013[cited Sept 14, 2016]; 47(4):965-70. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0965.pdf. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400027>
16. Silva RS, Nóbrega MML, Medeiros ACT, Jesus NVA, Pereira A. Terms of the ICNP® used by the team of nurses assisting people in palliative care. *Rev Eletr Enf*. [Internet] 2015 [cited Sept 14, 2016]; 17(2):269-77. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a11-en.pdf>. ISSN 1518-1944. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.27204>
17. Marin HF, Peres HHC, Dal Sasso GTM. Categorical structure analysis of ISO 18104 standard in nursing documentation. *Acta Paul Enferm*. [Internet] 2013 [cited Feb 4, 2017]; 26(3):299-306. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/en_16.pdf. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300016>.
18. Fehring R. Methods to Validate Nursing Diagnoses. *Heart Lung*. [Internet] 1987 [cited May 27, 2016];16(6):625-9. Available from: http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=nursing_fac
19. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Content Analysis. In: Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing and health research. 4. ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2010.
20. Melo RP, Moreira RP, Fontenele FC, Aguiar ASC, Joventino ES, Carvalho EC. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. *Rev Rene*. [Internet] 2011[cited May 27, 2016];12(2):424-31. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/a26v12n2.pdf. ISSN: 1517-3852
21. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet] 2011[cited May 27, 2016]; 16(7):3061-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
22. Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. [Internet] 2005 [cited em 27 mai 2016];18(1):82-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a11v18n1.pdf>. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000100011>
23. Doorenbos AZ, Juntasopeepun P, Eaton LH, Rue T, Hong E, Coenen A. Palliative Care Nursing Interventions in Thailand. *J Transcult Nurs*. [Internet]2013 [cited May 27, 2016]; 24(4):1-14. Available from: <http://tcn.sagepub.com/content/24/4/332.full.pdf+html>. doi:10.1177/1043659613493439
24. Parandeh A, Khaghanizade M, Mohammadi E, Mokhtari-Nouri J. Nurses' human dignity in education and practice: an integrated literature review. *Iran J Nurs Midwifery Res*. [Internet] 2016 [cited Feb 4, 2017]; 21(1):1-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4776553/> doi:10.4103/1735-9066.174750
25. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, et al. The effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomized controlled trial. *Lancet Oncol*. [Internet] 2011 [cited Feb 4, 2017]; 12(8):753-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3185066/> doi:10.1016/S1470-2045(11)70153-X.
26. França JRFS, Costa SFG, Lopes MEL, Nóbrega MML, França ISX. The importance of communication in

pediatric oncology palliative care: focus on Humanistic Nursing Theory. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2013 [cited May 27, 2016]; 21(3):780-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/0104-1169-rlae-21-03-0780.pdf>. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000300018>

27. D'Angelo D, Mastroianni C, Hammer JM, Piredda M, Vellone E, Alvaro R, et al. Continuity of care during end of life: an evolutionary concept analysis. *Int J Nurs Knowledge*. [Internet] 2016 [cited Feb 4, 2017]; 26(2):1-10. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/2047-3095.12041/abstract>. doi: 10.1111/2047-3095.12041

Recebido: 16.10.2016

Aceito: 24.4.2017

Correspondência:
Rudval Souza da Silva
Universidade do Estado da Bahia. Colegiado de Enfermagem
Rod. Lomanto Júnior. BR-407 km 127
CEP: 48970-000, Senhor do Bonfim, BA, Brasil
E-mail: rudvalsouza@yahoo.com.br

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.