








## Aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico cuidados paliativos para um morrer com dignidade\*

Clinical applicability of the terminological subset of palliative care for dignified dying

Aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico cuidados paliativos para um morrer com dignidade

### Como citar este artigo:

Trybus T, Victor LS, Silva RS, Carvalho DR, Cubas MR. Clinical applicability of the terminological subset of palliative care for dignified dying. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e20210126. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0126>

-  Thais Trybus<sup>1</sup>
-  Larissa Sydor Victor<sup>2</sup>
-  Rudval Souza da Silva<sup>3</sup>
-  Deborah Ribeiro Carvalho<sup>1</sup>
-  Marcia Regina Cubas<sup>1</sup>

\* Extraído da dissertação “Validação clínica do subconjunto terminológico CIPE® cuidados paliativos para um morrer com dignidade”, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde, 2021.

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>2</sup> Hospital Erasto Gaertener, Departamento de enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade do Estado da Bahia, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Salvador, BA, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the clinical applicability of the terminological subset of the international classification for the nursing practice of palliative care for a dignified dying, in oncology. **Method:** Prospective study evaluating the clinical applicability of 33 nursing diagnoses/outcomes and 220 nursing interventions. It used case studies of 20 cancer patients undergoing palliation. The nursing process steps were operated by two nurses. Descriptive statistics was used to present, according to the theoretical model, the nursing diagnoses/outcomes and interventions identified in the patients. All statements identified in patients at some point during care were considered applicable in clinical practice. **Results:** Twenty-nine nursing diagnoses/outcomes and 197 nursing interventions from the subset were identified. **Conclusion:** In the context of palliative care in patients with cancer, the clinical applicability of 87.8% of the diagnoses/outcomes and 89.5% of the interventions that make up the palliative care terminological subset for dignified dying is affirmed.

### DESCRIPTORS

Palliative Care; Standardized Nursing Terminology; Nursing Process.

### Autor correspondente:

Thais Trybus  
R. Imac. Conceição, 1155, Prado Velho  
80215-901 – Curitiba, PR, Brasil  
[thais.trybus@gmail.com](mailto:thais.trybus@gmail.com)

Recebido: 09/04/2021  
Aprovado: 05/10/2021

## INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos visam a proporcionar qualidade de vida e controle de sintomas para pessoas cuja doença ameaça a continuidade da vida. Esses cuidados devem ser prestados ao paciente e seus familiares por uma equipe interdisciplinar, envolvendo os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, para prevenção e alívio do sofrimento<sup>(1)</sup>.

Os profissionais de Enfermagem, como integrantes da equipe, devem registrar os elementos de sua prática assistencial – diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, em consonância com os cuidados paliativos e seus pressupostos teórico-conceituais, aproximando o conhecimento próprio da profissão ao da especialidade. O cuidado de enfermagem deve ser abrangente, de modo a apoiar as necessidades do paciente e seus familiares<sup>(2)</sup>, proporcionando dignidade no processo de morrer e morte.

Nesse sentido, o uso de terminologia padronizada, direcionada à clientela específica e com base em referenciais teóricos, permite a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e que proporcionem dignidade aos pacientes em processo de morrer e morte<sup>(3)</sup>.

Os subconjuntos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) são considerados tecnologias assistenciais que oferecem diagnósticos (DE), resultados (RE) e intervenções (IE) de enfermagem que subsidiam o enfermeiro no planejamento e documentação padronizada dos cuidados de enfermagem<sup>(4)</sup>. O Conselho Internacional de Enfermeiros considera prioritários os subconjuntos terminológicos na área de cuidados paliativos, especialidade em que foi publicado o catálogo CIPE® cuidados paliativos para uma morte digna<sup>(5)</sup>. Na perspectiva de oferecer amplitude aos enunciados do catálogo foi desenvolvido, no Brasil, o subconjunto terminológico CIPE® cuidados paliativos para um morrer com dignidade. Ambos foram elaborados com base no modelo de cuidados de preservação da dignidade<sup>(6)</sup>, o qual contempla as categorias: preocupações relacionadas com a doença; repertório de conservação da dignidade; e inventário de dignidade social, que representam os aspectos físicos, emocionais, espirituais e sociais que influenciam a dignidade.

Para afirmar a pertinência e a relevância para a prática clínica, os subconjuntos necessitam passar por processos de validação de conceito, de conteúdo e clínica<sup>(7)</sup>, que estão inseridos em distintas etapas da construção de subconjuntos: análise dos termos, mapeamento cruzado, análise dos enunciados de forma isolada e análise final do subconjunto<sup>(8)</sup>.

Verifica-se que estudos de validação de subconjuntos estão limitados à validação de conceito e conteúdo, não sendo identificados na literatura estudos de aplicabilidade clínica, por meio de estudos de caso<sup>(7)</sup>. Por sua vez, o método brasileiro não descreve a etapa de validação clínica; entretanto, os autores indicam que esta lacuna deve ser superada por pesquisas que analisem a aplicabilidade clínica do subconjunto por meio de estudos de casos operacionalizados pelas etapas do processo de enfermagem e com fundamentação no modelo teórico adotado para a elaboração do subconjunto<sup>(8)</sup>.

Tal aspecto também foi identificado em recente revisão integrativa sobre o tema, na qual os autores discutem que, a despeito

da evolução das pesquisas referentes a construções de subconjuntos no Brasil e no mundo, a validação clínica de subconjuntos por meio de estudos de casos clínicos ainda se constitui uma lacuna no conhecimento<sup>(7)</sup>.

Compreendendo que a etapa de validação clínica é essencial para consolidar o uso da CIPE® por enfermeiros assistenciais, de modo a aproximar os conhecimentos produzidos na academia com a prática clínica<sup>(7,8)</sup>, o presente estudo contribui de forma inovadora para preencher a lacuna relacionada à validação clínica, na área de cuidados paliativos em oncologia.

Assim, este artigo apresenta uma contribuição ao método brasileiro<sup>(8)</sup>, com a operacionalização da aplicabilidade clínica de subconjuntos terminológicos, trazendo portanto um avanço em prol do desenvolvimento da proposta de validação clínica. Tem por objetivo avaliar a aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico CIPE® cuidados paliativos para um morrer com dignidade, em oncologia.

## MÉTODO

### TIPO DE ESTUDO

Estudo de avaliação de aplicabilidade clínica de tecnologia assistencial, prospectivo, que utilizou estudos de casos operacionalizados pelas etapas do processo de enfermagem. Utilizou-se como base empírica o subconjunto terminológico CIPE® cuidados paliativos para um morrer com dignidade, composto por 33 DE/RE e 220 IE, organizados conforme o modelo de cuidados para a preservação da dignidade<sup>(9)</sup>.

### POPULAÇÃO E DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

O universo de participantes foi 100% dos pacientes com diagnóstico oncológico, internados na unidade de cuidados paliativos ou em acompanhamento pela equipe paliativista no período de coleta, seus acompanhantes e os sete enfermeiros dos serviços. Os pacientes e acompanhantes foram selecionados aleatoriamente a partir da lista disponível nos serviços. Após a aplicação dos critérios de inclusão, participaram do estudo 20 pacientes (14 do Hospital e seis do Hospice); 18 acompanhantes (dois pacientes não estavam acompanhados) e dois enfermeiros. Ressalta-se que os enfermeiros foram caracterizados como participantes, considerando as recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa.

### LOCAL E PERÍODO DE COLETA

O estudo foi desenvolvido em dois serviços complementares, da mesma instituição mantenedora, da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. O primeiro, um Hospital com 241 leitos caracterizado como um centro de assistência de alta complexidade em oncologia, referência no estado, e o segundo, um Hospice com 26 leitos, uma unidade exclusiva para atendimento de pacientes em cuidados paliativos. O acompanhamento dos pacientes ocorreu entre os meses de abril a julho de 2020.

### CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, com diagnósticos oncológicos diferenciados e os acompanhantes que participavam do cuidado e tinham

conhecimento acerca do histórico, sintomas e queixas do paciente. Os acompanhantes foram selecionados por meio da pergunta “você tem conhecimento do histórico, queixas e sintomas do paciente?”. Foram incluídos enfermeiros especialistas em oncologia e/ou cuidados paliativos e que possuíam experiência clínica assistencial de pelo menos cinco anos na área de oncologia. Não houve aplicação de critério de exclusão.

## COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi elaborado conforme as etapas do processo de enfermagem, em especial o histórico de enfermagem e a determinação dos DE/RE/IE.

O instrumento para coleta do histórico de enfermagem foi elaborado conforme a teoria para a preservação da dignidade<sup>(6)</sup>, contendo: idade, sexo, estado civil, religião, escolaridade, dados de anamnese, exame físico e observações. Foi realizado teste-piloto, após aprovação do comitê de ética, para verificação da adequação do instrumento, e o paciente participante não foi incluído no estudo. Em paralelo, foi empregado um formulário contendo uma lista com o código do paciente, nome e número do prontuário, de modo a garantir a continuidade da coleta. Tal formulário foi destruído ao final da coleta de dados. Dados de caracterização dos acompanhantes não foram coletados.

Para compor os estudos de caso, os pacientes foram avaliados, de acordo com as etapas do processo de enfermagem, sendo realizadas, no máximo, cinco avaliações por dia, no período diurno, de segunda a sexta-feira. Devido à pandemia da Covid-19, foram utilizados equipamentos de proteção individual e intensificadas as medidas de higiene das mãos e dos instrumentos exclusivos para coleta.

Antes da coleta de dados, aos enfermeiros foram apresentados o instrumento, os DE/RE e IE descritos no subconjunto e as definições operacionais dos DE/RE. Foram retiradas dúvidas sobre a aplicação deles para operacionalização do processo de enfermagem.

O protocolo estabeleceu que a primeira coleta fosse realizada em até 24 horas após o internamento e as reavaliações, diariamente, até a alta ou óbito do paciente. Quando o paciente apresentava condição clínica que impedia a comunicação, as questões relacionadas à anamnese foram questionadas ao acompanhante, exceto as de ordem emocional ou sentimental.

O histórico de enfermagem, inicial, foi coletado pela pesquisadora principal, de modo a não expor o paciente a dupla investigação ou gerar desconfortos. Após a coleta, o protocolo estabeleceu a checagem dos dados registrados, por uma segunda pesquisadora.

Os DE/RE foram identificados tendo como base os indicadores clínicos descritos nas definições operacionais dos DE/RE do subconjunto terminológico CIPE<sup>®</sup> cuidados paliativos para um morrer com dignidade. Os DE/RE foram elencados, de forma isolada, pela pesquisadora principal e por um dos enfermeiros participantes. Em casos de divergência no estabelecimento do DE/RE, houve decisão por consenso.

As etapas de planejamento e implementação foram realizadas de acordo com os RE esperados para o DE, estabelecidos pelo subconjunto, e as IE propostas foram repassadas para a equipe de enfermagem responsável pelo paciente, de modo a garantir a implementação e continuidade dos cuidados. Ressalta-se que,

para CIPE<sup>®</sup>, o RE é um DE modificado no tempo ou por uma intervenção; assim, no subconjunto, tais enunciados não são listados separadamente.

Quando foram identificados dados que resultavam em DE/RE ou IE que não constavam no subconjunto terminológico CIPE<sup>®</sup> cuidados paliativos para um morrer com dignidade, o enunciado foi construído a partir da CIPE<sup>®</sup> 2019-2020, seguindo a orientação da norma ISO 18.104<sup>(10)</sup> ou selecionado em outros subconjuntos, não relacionados aos cuidados paliativos.

Na etapa de avaliação, foi realizada nova anamnese e exame físico, com foco nos DE identificados. A avaliação foi executada pela pesquisadora principal e checada pela mesma enfermeira participante que estabeleceu os DE/RE, a fim de confirmar as informações. As divergências entre a pesquisadora principal e a enfermeira participante foram decididas por consenso. Por compreender o processo de enfermagem como um processo contínuo de avaliação-decisão, os pacientes eram avaliados diariamente desde sua internação até a alta ou óbito, assim um mesmo paciente teve DE/RE e IE modificados ao longo do período de coleta.

## ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os estudos de caso foram organizados em texto de modo a subsidiar a análise. Os DE, RE e IE foram listados em uma planilha do Microsoft Office Excel<sup>®</sup>, sendo organizados conforme a categoria, tema e subtemas da teoria utilizada no subconjunto terminológico CIPE<sup>®</sup> cuidados paliativos para um morrer com dignidade. Os dados relacionados aos DE/RE foram analisados utilizando estatística descritiva simples, com frequência absoluta e relativa. Os dados relacionados às IE foram apresentados, em conjunto, conforme a categoria do modelo teórico, devido a quantidade de enunciados, e discutidas por frequência.

Para esta pesquisa, foram considerados aplicáveis na prática clínica os DE/RE e IE identificados nos pacientes, descritos nos estudos de caso e presentes no subconjunto terminológico. Na ausência de pesquisas comparativas que tenham realizado aplicabilidade clínica por meio de estudos de caso<sup>(11)</sup>, não foi considerado corte numérico de frequência, compreendendo que a presença do DE/RE e IE, ao menos uma vez, em algum momento da prestação do cuidado, justifica a aplicabilidade clínica do enunciado do subconjunto para os pacientes com doença oncológica em cuidados paliativos.

## ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa está em conformidade com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Liga Paranaense de Combate ao Câncer, sob o Parecer nº 3.987.100/2020. A coleta dos dados foi realizada após o aceite dos participantes, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Os 20 pacientes tiveram um tempo médio de internação de nove dias (desvio padrão (dp) = 10,5), sendo o mínimo de dois dias e o máximo de 50 dias. O desfecho em oito pacientes foi a alta hospitalar e em 12, o óbito. No que se refere à caracterização,

11 pacientes eram do sexo feminino e nove do sexo masculino, e a média de idade foi de 61 anos (dp = 14,92), idade mínima de 32 anos e máxima de 89 anos. Quanto à escolaridade, sete pacientes tinham ensino fundamental completo, seis tinham fundamental incompleto, três ensino médio, três superior e um analfabeto. Quanto ao estado civil, sete eram casados, cinco divorciados, três solteiros, quatro viúvos e 1 união estável.

Foram identificados 39 DE/RE diferentes, num total de 215 DE/RE identificados em distintos momentos da aplicação do

**Tabela 1** – Frequência absoluta e relativa dos diagnósticos e resultados de enfermagem da categoria “preocupações relacionadas com a doença” nos pacientes avaliados (N = 20). Curitiba, PR, Brasil, 2020.

Diagnóstico e resultado de enfermagem	Pacientes (n)	%
<b>Nível de independência</b>		
Acuidade cognitiva		
Comunicação, prejudicada	12	60
Orientação, prejudicada	12	60
Orientação, melhorada	1	5
Capacidade funcional		
Adaptação às mudanças, prejudicada	6	30
<b>Sintomas de sofrimento</b>		
Sofrimento físico		
Desconforto	8	40
Dispneia	5	25
Dor	9	45
Edema	7	35
Fadiga	5	25
Ferida	8	40
Hipóxia	1	5
Náusea	5	25
Respiração, prejudicada	11	55
Risco de caquexia	11	55
Sono, prejudicado	5	25
Acesso intravenoso, preservado*	13	65
Constipação*	12	60
Eliminação urinária, prejudicada <sup>†</sup>	4	20
Hidratação da pele, diminuída*	2	10
Integridade da pele periestomal, preservada <sup>‡</sup>	3	15
Risco de lesão por pressão*	6	30
Risco de sangramento*	1	5
Sonolência*	2	10
Vômito <sup>‡</sup>	3	15
Sofrimento psicológico		
Angústia relacionada à morte	4	20
Estado emocional, prejudicado	7	35
Tristeza crônica	3	15
Medo*	1	5

\* Trabalho acadêmico, não publicado, que validou diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a clínica cirúrgica de um hospital universitário do nordeste brasileiro; <sup>†</sup> Elaboração livre; <sup>‡</sup> “Subconjunto Terminológico CIPE® para o autocuidado da pessoa com estomia de eliminação intestinal”<sup>(12)</sup>.

processo de enfermagem, com média de 11 DE por estudo de caso (dp = 4,02) e mínimo de cinco e máximo de 19. Todos os DE/RE identificados pelos enfermeiros participantes constavam no subconjunto terminológico CIPE® cuidados paliativos para um morrer com dignidade. A pesquisadora principal identificou a necessidade de inclusão de 10 DE/RE que não constavam, dos quais sete foram oriundos de trabalho acadêmico, não publicado, que validou DE/RE/IE para a clínica cirúrgica de um hospital universitário do nordeste brasileiro; um do “subconjunto terminológico da CIPE® para o autocuidado da pessoa com estomia de eliminação intestinal”<sup>(12)</sup>; e dois de elaboração livre.

Houve discordância inicial no estabelecimento de 69% dos DE/RE e, no consenso, foram excluídos 9% dos DE/RE identificados por um dos dois diagnosticadores.

Na Tabela 1, são apresentados os DE/RE da categoria “preocupações relacionadas com a doença”, na Tabela 2, os do “repertório de conservação da dignidade” e na Tabela 3 os do “inventário da dignidade social”.

**Tabela 2** – Frequência absoluta e relativa dos diagnósticos e resultados de enfermagem do “repertório de conservação da dignidade” nos pacientes avaliados (N = 20). Curitiba, PR, Brasil, 2020.

Diagnóstico e resultado de enfermagem	Pacientes (n)	%
<b>Perspectivas de conservação da dignidade</b>		
Continuidade do Eu		
Dignidade, preservada	9	45
Esperança		
Expectativa de esperança	4	20
Desesperança	2	10
Autonomia/controlado		
Risco de interrupção do autocuidado	5	25
Aceitação		
Adesão ao regime terapêutico	9	45
Atitude de enfrentamento do processo de morrer e da morte, prejudicada	6	30
<b>Práticas de conservação da dignidade</b>		
Viver “o momento”		
Vontade de viver	4	20
Busca por conforto espiritual		
Risco de angústia espiritual	1	5

**Tabela 3** – Frequência absoluta e relativa dos diagnósticos e resultados de enfermagem da categoria “inventário da dignidade social” nos pacientes avaliados (N = 20). Curitiba, PR, Brasil, 2020.

Diagnóstico e resultado de enfermagem	Pacientes (n)	%
<b>Suporte social</b>		
Falta de apoio da família	1	5
<b>Teor dos cuidados</b>		
Relacionamento paciente/cuidador, prejudicado	1	5
<b>Preocupações com as consequências</b>		
Processo de tomada de decisão, prejudicado	10	50

**Tabela 4** – Total de intervenções de enfermagem identificadas nos pacientes acompanhados nos estudos de caso e o percentual em relação ao total de intervenções do subconjunto, de acordo com as categorias da teoria para a preservação da dignidade. Curitiba, PR, Brasil, 2020.

Categoria	Intervenções de enfermagem identificadas	% em relação ao total de intervenções de enfermagem da categoria
Preocupações relacionadas com a doença	125	86,8%
Repertório de conservação da dignidade	54	93,1%
Inventário da dignidade social	18	100%

Os DE “Angústia Espiritual”, “Desespero”, “Hipertensão” e “Hipotermia”, contidos no subconjunto, não foram identificados em nenhum estudo de caso, deste modo, não houve aplicabilidade no contexto dos cuidados paliativos em oncologia.

Foram implementadas 197 (89,5%) das IE que constavam do subconjunto e 34 IE que não constavam. Das IE do subconjunto, uma IE relacionada ao diagnóstico “Hipóxia” não foi prescrita para nenhum paciente e 22 IE não foram utilizadas por serem relacionadas aos DE não aplicados. As IE com maior frequência (n = 13) foram “Obter dados sobre resposta à orientação”, “Proporcionar orientação para a realidade” e “Informar o paciente sobre as pessoas, tempo e local, conforme necessário”, todas referentes ao DE “Orientação, Prejudicada”. A Tabela 4 apresenta a distribuição das IE identificadas de acordo com as categorias da teoria para a preservação da dignidade.

Algumas intervenções foram utilizadas com menor frequência, mesmo em DE que tiveram maior frequência de aparição. As IE referentes as orientações à família não foram aplicadas aos pacientes que não estavam acompanhados por familiares durante o período de internação. As IE “Ajudar a pessoa a se alimentar, de acordo com as suas necessidades e aceitação” e “Investigar problemas de mastigação e/ou deglutição” foram aplicadas somente aos pacientes com capacidade de se alimentar e compreender a orientação.

## DISCUSSÃO

Os pacientes em cuidados paliativos apresentam sintomas intensos e de difícil controle, sendo a internação uma opção para a promoção do conforto<sup>(13)</sup>. A distribuição muito semelhante entre pacientes do sexo feminino e com tempo de internação superior a sete dias, incluindo internações superiores a um mês, também foi identificada em estudo que descreveu o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes internados em cuidados paliativos<sup>(14)</sup>, o que reflete a assertividade da escolha dos participantes da presente pesquisa.

Pacientes que demandam maior complexidade de cuidados permanecem internados por mais tempo e apresentam maior percentual de óbito<sup>(15)</sup> e os em cuidados paliativos oncológicos apresentam doenças avançadas<sup>(14)</sup>, justificando o maior desfecho de óbito naqueles incluídos nesta pesquisa.

A identificação das respostas humanas na pessoa em cuidados paliativos oncológicos é complexa, o que requer uma

abordagem multidimensional e integral<sup>(16)</sup>. A subjetividade advinda da condição humana, manifestada a partir de alguns sintomas, e a presença de um grande número de DE/RE podem gerar dificuldades no plano de cuidados aos pacientes na fase final de vida, mesmo quando o enfermeiro possui raciocínio clínico aguçado<sup>(16)</sup>. Esse aspecto foi identificado nos resultados apresentados, quando se analisam os dados do número de DE/RE identificados por paciente. Esse conjunto de diagnósticos pode levar o enfermeiro a concluir sua escolha pelo diagnóstico de síndrome de terminalidade<sup>(17)</sup>, o qual não compõe o subconjunto terminológico CIPE® cuidados paliativos para um morrer com dignidade.

A utilização de subconjunto terminológico promove a incorporação da CIPE® ao processo de trabalho do enfermeiro e direciona a elaboração dos DE/RE/IE<sup>(4)</sup>, o que foi verificado nesta pesquisa quando o enfermeiro fez uso de DE/RE do subconjunto, demonstrando que essa tecnologia ampara o raciocínio para o processo de enfermagem.

Na categoria “preocupações relacionadas com a doença”, a frequência do DE “Comunicação, Prejudicada”, pode ser explicada pela dificuldade de comunicação na terminalidade. Estudo que avaliou a dificuldade de comunicação indicou presença em 55,3% dos pacientes<sup>(18)</sup>. Quando se trata de comunicação verbal prejudicada, são utilizadas estratégias como fala calma, pausas, e tempo para resposta sem interrupção e escuta ativa<sup>(19)</sup>. Na presente pesquisa, essas estratégias mostraram-se limitadas durante o processo ativo de morte.

O DE “Orientação, Prejudicada” foi identificado, de forma mais evidente, nos pacientes avaliados. Tal situação é explicada pelo fato de que as questões relacionadas às alterações na orientação, como o *delirium*, por exemplo, foram observadas em 70% dos pacientes em cuidados paliativos, sendo mais prevalente no período que antecede a morte<sup>(20)</sup>.

A respiração sofre alterações na fase final de vida, pelo aumento do desconforto respiratório nas últimas semanas de vida, podendo atingir níveis severos<sup>(21)</sup>, o que corrobora a prevalência do DE/RE “Respiração, Prejudicada”. A piora dos sintomas respiratórios foi evidenciada nos resultados, sendo identificada nos pacientes que evoluíram para óbito.

Ainda na categoria “preocupações relacionadas com a doença”, evidenciou-se a aplicação do DE “Risco de Caquexia”. A caquexia e a dificuldade de se alimentar podem gerar sofrimento aos familiares do paciente oncológico, uma vez que a alimentação possui importante papel cultural<sup>(22)</sup>.

Os cuidados paliativos buscam o viver com dignidade para proporcionar uma morte digna, com respeito às crenças e valores do indivíduo<sup>(23)</sup>. Apesar da frequência do DE/RE “Dignidade, Preservada”, ele, por princípio, deveria ser aplicado a todos os pacientes; entretanto, a dificuldade de comunicação prejudicou a avaliação das características para sua definição.

Quanto à frequência do DE/RE “Adesão ao Regime Terapêutico”, percebe-se que adesão às terapêuticas propostas é multifatorial, ou seja, está relacionada a diversos fatores que influenciam o modo como o indivíduo irá alterar seu comportamento para seguir o que lhe foi proposto. Quando se trata de pacientes em cuidados paliativos com diagnósticos oncológicos, são poucos os estudos sobre o tema, sendo direcionados à adesão

ao tratamento para a dor<sup>(24)</sup>. Assim, este DE deve ser objeto de outros estudos que melhorem a acurácia de sua identificação.

Na categoria “inventário da dignidade social”, o DE/RE “Processo de Tomada de Decisão, Prejudicado” esteve presente, de forma mais evidente, nos pacientes cujo desfecho foi o óbito. Presume-se que questões relacionadas ao prejuízo no processo de decisão estão relacionadas com a presença do DE/RE “Comunicação, Prejudicada”, pois a comunicação é um instrumento necessário para que o paciente expresse seus desejos. Deste modo, uma diretiva antecipada de vontade pode ser elaborada em conjunto com o paciente, enquanto ele ainda possui autonomia para decidir o que gostaria que fosse ou não realizado, preservando suas vontades mesmo no momento do processo de morrer<sup>(25)</sup>.

Ressaltam-se algumas justificativas para a complementaridade dos DE/RE que não constavam do subconjunto. A primeira, diz respeito à importância da incorporação dos DE/RE e IE para o cateter periférico. Em estudo brasileiro, 87,1% dos pacientes oncológicos em terminalidade usavam o dispositivo<sup>(17)</sup>. A segunda, em relação ao DE/RE “Constipação”, é que o mesmo é um achado clínico frequente em pacientes oncológicos que utilizam opioides, podendo acometer 60% a 90% deles<sup>(26)</sup>.

Ao utilizar DE/RE oriundos de outros subconjuntos, o enfermeiro deve analisar com cuidado a aplicabilidade de algumas IE. Exemplo pode ser dado para a IE “Estimular o consumo de alimentos ricos em fibras e a ingestão hídrica adequada”, do DE “Constipação”, que não foi aplicado a todos os pacientes, devido à dificuldade de alimentação.

Em relação aos DE que não foram identificados nos pacientes avaliados, estudo que desenvolveu e validou o subconjunto terminológico CIPE® para pacientes em cuidados paliativos com feridas tumorais malignas também não validou o DE “Angústia Espiritual”<sup>(27)</sup>. Apesar da importância da abordagem da dimensão espiritual, há carência na formação dos profissionais de saúde no que tange aos aspectos espirituais do cuidado<sup>(28)</sup>, o que dificulta essa aproximação. Desse modo, limitações para identificar, analisar e abordar a espiritualidade estão presentes, inclusive, entre profissionais capacitados em cuidados paliativos<sup>(27)</sup>.

O DE “Desespero” é relativo à relação com o que se constitui a existência humana<sup>(29)</sup>. A condição de desesperança profunda, desvalorização, vazio e desencorajamento, segundo as definições operacionais da base empírica desta pesquisa, não foi identificada nos pacientes acompanhados, o que pode estar ligado ao suporte biopsicossocial prestado pela equipe da instituição onde os dados foram coletados, que se baseia nos princípios dos cuidados paliativos.

Por sua vez, os DE “Hipertensão” e “Hipotermia” estão ligados aos sinais vitais que são verificados e registrados rotineiramente. O fato de esses DE não terem sido utilizados pode se relacionar ao padrão nos sinais vitais encontrado em pacientes em fase final de vida, cuja pressão arterial tende a diminuir, e temperatura, a aumentar<sup>(30)</sup>. Assim, embora não sejam aplicados nesta pesquisa, tais DE/RE e respectivas IE podem ser utilizados em outros contextos.

## LIMITAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

O fato de os enfermeiros participantes possuírem experiência clínica e especialização na área de oncologia e cuidados paliativos contribuiu para melhor avaliação dos pacientes incluídos; no entanto, o não estabelecimento do critério de expertise com uso de terminologias de enfermagem pode ser considerado uma fragilidade para identificação de novos enunciados.

A concepção do estudo é inovadora e, como contribuição para a área da enfermagem em cuidados paliativos, os resultados favorecem a realização do processo de enfermagem pautado em terminologia padronizada, na oncologia. Outra contribuição está relacionada à descrição de etapas metodológicas para análise de aplicabilidade clínica, de modo a subsidiar proposta de validação clínica de subconjuntos terminológicos da CIPE®, por meio de estudos de caso.

## CONCLUSÃO

Afirma-se a aplicabilidade clínica de 29 DE/RE (87,8%) e 197 IE (89,5%) do subconjunto terminológico CIPE® cuidados paliativos para um morrer com dignidade em pacientes em cuidados paliativos com diagnóstico oncológico. Para este contexto não foram aplicados os DE/RE “Angústia Espiritual”, “Desespero”, “Hipertensão” e “Hipotermia” e suas IE, o que não impossibilita seu uso em outros espaços de cuidado paliativo. Houve limite para abordagem de necessidades psicoespirituais nos pacientes com “Comunicação, Prejudicada”, consequentemente, intervenções neste escopo também não foram aplicadas.

A utilização dos estudos de caso, com base nas etapas do processo de enfermagem, permitiu analisar aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico CIPE® cuidados paliativos para um morrer com dignidade na prática clínica.

Sugere-se, como estudos futuros, a avaliação da aplicabilidade clínica de subconjuntos terminológicos CIPE® em outros contextos, de modo a consolidar uma estratégia para a validação clínica desta tecnologia.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico da classificação internacional para a prática de enfermagem cuidados paliativos para um morrer com dignidade, em oncologia. **Método:** Estudo prospectivo, de avaliação de aplicabilidade clínica de 33 diagnósticos/resultados e 220 intervenções de enfermagem. Usou estudos de caso de 20 pacientes oncológicos em palição. As etapas do processo de enfermagem foram operacionalizadas por duas enfermeiras. Utilizou-se estatística descritiva para apresentar, conforme o modelo teórico, os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem identificados nos pacientes. Foram considerados aplicáveis na prática clínica todos os enunciados identificados nos pacientes em algum momento da assistência. **Resultados:** Foram identificados 29 diagnósticos/resultados de enfermagem e 197 intervenções de enfermagem do subconjunto. **Conclusão:** No contexto dos cuidados paliativos em pacientes com doença oncológica afirma-se a aplicabilidade clínica de 87,8% dos diagnósticos/resultados e 89,5% das intervenções que compõem o subconjunto terminológico cuidados paliativos para um morrer com dignidade.

## DESCRITORES

Cuidados Paliativos; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Processo de Enfermagem.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la aplicabilidad clínica del subconjunto terminológico de la CIPE para la práctica de enfermería cuidados paliativos para un morir con dignidad, en oncología. **Método:** Estudio prospectivo, para evaluar la aplicabilidad clínica de 33 diagnósticos/resultados y 220 intervenciones de enfermería. Fueron utilizados estudios de caso de 20 pacientes oncológicos sometidos a paliación. Las etapas del proceso de enfermería fueron operacionalizadas por dos enfermeras. Se utilizó la estadística descriptiva para presentar, de acuerdo con el modelo teórico, los diagnósticos/resultados e intervenciones de enfermería identificados en los pacientes. Fueron considerados aplicables en la práctica clínica todos los enunciados identificados en los pacientes en algún momento de la asistencia. **Resultados:** Se identificaron 29 diagnósticos/resultados de enfermería y 197 intervenciones de enfermería del subconjunto. **Conclusión:** En el contexto de los cuidados paliativos en pacientes con enfermedad oncológica se puede afirmar la aplicabilidad clínica de 87,8% de los diagnósticos/resultados y 89,5% de las intervenciones que componen el subconjunto terminológico cuidados paliativos para un morir con dignidad.

## DESCRIPTORES

Cuidados Paliativos; Terminología Normalizada de Enfermería; Proceso de Enfermería.

## REFERÊNCIAS

- World Health Organization. WHO palliative care [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 2019 Abr 16]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
- Hagan TL, Xu J, Lopez RP, Bressler T. Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Educ Today*. 2018;61:216-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.037>.
- 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. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2015;17(2):269-77. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i2.27204>.
- International Council of Nurses. Guidelines for International Classification for Nursing Practice (ICNP®) catalogue development [Internet]. Geneva: ICN; 2008. [citado 2021 Mar 02]. Disponível em: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp\\_catalogue\\_development.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp_catalogue_development.pdf).
- International Council of Nurses. Palliative Care for Dignified Dying [Internet]. Geneva: ICN; 2017. [citado 2021 Mar 06]. Disponível em: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Palliative\\_Care.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Palliative_Care.pdf).
- Chochinov HM. Dignity-conserving care – a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA*. 2002;287(17):2253-60. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>.
- Querido DL, Christoffel MM, Nóbrega MML, Almeida VS, Andrade M, Esteves APVS. Terminological subsets of the International Classification for Nursing Practice: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03522. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018030103522>.
- Carvalho CMG, Cubas MR, Nóbrega MML. Brazilian method for the development terminological subsets of ICNP®: limits and potentialities. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(2):449-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0308>.
- Silva RS, Pereira A, Nóbrega MML, Mussi FC. Construction and validation of nursing diagnoses for people in palliative care. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2914. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1862.2914>.
- International Organization for Standardization. ISO 18104. Health Informatics integration of a reference terminology model for nursing. Geneva, ISO; 2003. p.1-28.
- Strudwick G, Hardiker NR. Understanding the use of standardized nursing terminology and classification systems in published research: A case study using the International Classification for Nursing Practice®. *Int J Med Inform*. 2016;94:215-21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.06.012>.
- Carvalho CMG, Cubas MR, Nóbrega MML. Nursing diagnoses, outcomes and interventions in the care of people with intestinal elimination stoma. *Brazilian Journal of Enterostomal Therapy – Revista Estima*. 2018;16:e2218. DOI: [https://doi.org/10.30886/estima.v16.518\\_PT](https://doi.org/10.30886/estima.v16.518_PT).
- Silva MAS, Diniz MA, Carvalho RT, Chiba T, Mattos-Pimenta CA. Palliative care consultation team: symptom relief in first 48 hours of hospitalization. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(6):e20190391. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0391>.
- Oliveira AG, Ribeiro SZRS, Silva MIC, Vidal SA, Lopes LGF. Profile of hospitalizations in palliative care: a tool for management. *Revista de enfermagem UFPE on line*. 2018;12(8):2082-8. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a235952p2082-2088-2018>.
- Santos CE, Klug D, Campos L, Losekann MV, Nunes TS, Cruz RP. Analysis of the Perroca Scale in Palliative Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03305. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017037503305>.
- Passarellles DMA, Rios AA, Santana RF. Nursing diagnoses in oncology palliative care: integrative review. *Enfermería global*. 2019;18(3):579-611. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.345201>.
- Almeida AR, Santana RF, Amaral DM, Silva DES. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2460>. *Enfermagem em foco*. 2020;11(1):50-6. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2460>.
- Barriguinha CIF, Mourão MTC, Martins JC. Communication and swallowing difficulties in palliative patients: patients, families and/or caregivers perspective. *Audiology – communication research*. 2017;22:e1655. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1655>.
- Vieira NFC, Santos MR, Puggina ACG. Prevalence of nursing diagnosis “impaired verbal communication” in the units of a private hospital. *Enfermagem em foco*. 2019;10(3):46-51. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2577>.
- García VD, Pérez ML, Reyna YZ. Prevalence of delirium using the Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) in advanced oncology patients admitted to a Palliative Care Unit. Risk factors, reversibility and treatment received. *Medicina paliativa*. 2018;25(4):245-54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2017.05.002>.
- Campbell ML, Kiernan JM, Strnadmark J, Yarandi HN. Trajectory of dyspnea and respiratory distress among patients in the last month of life. *J Palliat Med*. 2018;21(2):194-9. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0265>.
- Wheelwright S, Darlington AS, Hopkinson JB, Fitzsimmons D, Johnson C. A systematic review and thematic synthesis of quality of life in the informal carers of cancer patients with cachexia. *Palliat Med*. 2016;30(2):149-60. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216315588743>.

23. Zurriarán RG. Palliative Care: An Ethical Solution Compatible with Human Dignity at the End of Life. *Pers Bioet.* 2019;23(2):180-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.2>.
24. Chou WC, Chen JS, Hung CY, Lu CH, Shao YY, Chiou TJ, et al. A nationwide survey of adherence to analgesic drugs among cancer patients in Taiwan: prevalence, determinants, and impact on quality of life. *Support Care Cancer.* 2019;27(8):2857-67. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4599-x>.
25. Cervi TD. Palliative care and autonomy of the terminal patient: reflections on the vital testament in Brazil. *Revista Videre.* 2018;10(20):99-113. DOI: <https://doi.org/10.30612/videre.v10i20.7709>.
26. Larkin PJ, Cherny NI, La Carpiá D, Guglielmo M, Ostgathe C, Scotté F, et al. Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2018;29(Suppl 4):iv111-25. DOI: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy148>.
27. Castro MCF, Fuly PSC, Garcia TR, Santos MLSC. ICNP® terminological subgroup for palliative care patients with malignant tumor wounds. *Acta paulista de enfermagem.* 2016;29(3):340-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600047>.
28. Arrieira ICO, Thofehm MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03312. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017007403312>.
29. Façanha LS, Sousa LS. Anguish and despair as a possibility of constructing human experience from the Sören Kierkegaard's philosophy. *Conjectura: Filosofia e Educação.* 2018;23(2):307-24. DOI: <https://doi.org/10.18226/21784612.V23.N2.5>.
30. Bruera S, Chisholm G, Santos R, Crovador C, Bruera E, Hui D. Variations in vital signs in the last days of life in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2014;48(4):510-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.10.019>.

---

#### Apoio financeiro

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001; Taxa Prosuc Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico/CNPq (Bolsa Produtividade em Pesquisa – Processo nº 305241/2018-4).

---



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