



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

ANTHONY MOREIRA GOMES

**ANÁLISE DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “TÉRMINO DE VIDA COM
DIGNIDADE” EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS**

Recife

2023

ANTHONY MOREIRA GOMES

**ANÁLISE DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “TÉRMINO DE VIDA COM
DIGNIDADE” EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos diversos cenários do cuidar.

Orientadora: Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão.

Recife

2023

Catálogo na fonte:
Elaine Freitas, CRB4:1790

G633a Gomes, Anthony Moreira
Análise do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade” em
pacientes sob cuidados paliativos / Anthony Moreira Gomes. – 2023.
121 p. : il.

Orientadora: Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro
de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Recife,
2023.

Inclui referências, apêndices e anexos.
1. Enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida. 2.
Processo de enfermagem. 3. Autocuidado. 4. Educação em saúde. 5.
Avaliação em enfermagem. I. Frazão, Cecília Maria Farias de Queiroz
(orientadora). II. Título.

616.73 CDD (22.ed.) UFPE (CCS 2023 - 303)

ANTHONY MOREIRA GOMES

**ANÁLISE DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “TÉRMINO DE VIDA COM
DIGNIDADE” EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Aprovado em: 28/04/2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Karla Alexandra de Albuquerque
Universidade Federal de Pernambuco

Enfa. Dra. Natália Ramos Costa Pessoa
Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros

Dedico este trabalho a todos os pacientes com doenças avançadas, progressivas, incuráveis e limitadoras de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que está perto em todos os momentos. Agradeço pelo dom da vida, pela saúde e pelas graças recebidas em minha vida e durante esta jornada.

A minha família, que são as pessoas mais especiais da minha vida. Agradeço por acreditarem em mim e estarem ao meu lado. Além disso, pelo incentivo e apoio nas conquistas dos meus sonhos e pela paciência durante esta etapa. Obrigado por tudo.

A meus amigos, obrigado pelo companheirismo, por entenderem minha ausência em certos momentos, pelo apoio, carinho e por torcerem pelo meu sucesso! Vocês tornaram esta caminhada mais leve, divertida e cheia de amor.

A minha orientadora, Dra. Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão, obrigado pelas orientações, pela paciência, apoio, incentivo e pelos ensinamentos acadêmicos e pessoais que me ajudaram ao longo desta jornada. Muito obrigado pela sua compreensão e dedicação.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, que se disponibilizaram a contribuir com o presente trabalho.

Ao Programa de Extensão em Saúde, Espiritualidade e Dor do Cariri (LIASE Cariri), por me “apresentar” a área dos Cuidados Paliativos e me fazer apaixonado por essa filosofia de cuidados.

Aos membros do grupo de pesquisa Tecnologias de Ensino e do Cuidado nos diversos cenários da Enfermagem (TECEnf), pela oportunidade de aprofundar e aprimorar meus conhecimentos dentro da Enfermagem.

Aos pacientes, voluntários, residentes multiprofissionais em cuidados paliativos e profissionais do Ambulatório de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, pela permissão, acolhimento, atenção, apoio e contribuição na etapa de coleta de dados.

Enfim, agradeço a todos que, de alguma forma, colaboraram para que esta etapa pudesse ser conquistada! Gratidão!

“Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e, faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte”.

(SAUDERS, 2004)

RESUMO

Cuidados paliativos visam promover a qualidade de vida em pacientes que enfrentam uma doença ameaçadora de vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Um dos resultados esperados, passíveis para essa população, é o “término de vida com dignidade”, encontrado no sistema de classificação da *Nursing Outcomes Classification*. Tal resultado pode ser utilizado pelo enfermeiro para avaliar as ações pessoais que os pacientes em cuidados paliativos realizam no controle para um término de vida com dignidade, durante o fim da vida que se aproxima. O presente estudo busca analisar o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”, em pacientes sob cuidados paliativos. Trata-se de um estudo transversal e de natureza quantitativa, desenvolvido em três etapas. Na primeira etapa foi realizada a construção das definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado, por meio de uma busca na literatura. Em seguida, enfermeiros atuantes em cuidados paliativos verificaram a adequação das definições construídas. Já na terceira etapa, foi realizada a avaliação das graduações dos indicadores do resultado nos pacientes sob cuidados paliativos, vinculados a um hospital universitário do Brasil. A amostra foi composta por 52 pacientes sob cuidados paliativos. A coleta de dados ocorreu entre novembro 2022 e fevereiro de 2023, por meio de entrevistas com a aplicação de um instrumento contendo as 25 definições dos indicadores do resultado. A análise dos dados se deu por meio de estatística descritiva e inferencial, adotando um p-valor de 0,05. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer 5.650.093. A maioria da amostra foi do sexo feminino (61,5%), raça branca (46,2%), de situação conjugal com companheiro (53,8%), praticante de alguma religião (94,2%), idade média de 60,65 anos ($\pm 17,98$), sabendo ler/escrever (80,8%), tendo como diagnóstico de base o câncer (46,2%) e uma mediana de três meses no tempo em cuidados paliativos. Houve uma relação estatística significativa entre o diagnóstico de base e os indicadores “mantém o senso de controle sobre o tempo restante” ($p=0,034$); “controla bens pessoais” ($p=0,023$); e “expressa preparo para a morte” ($p=0,032$). Observou-se outras relações significantes entre a religião e o indicador “expressa esperança” ($p=0,025$); entre a ocupação e os indicadores “mantém desejo atual” ($p=0,042$) e “mantém independência física” ($p=0,005$); e entre saber ler/escrever e os indicadores “coloca os negócios em dia” ($p=0,038$), “expressa esperança” ($p=0,001$),

“resolve problemas importantes” ($p=0,004$), “reconcilia relacionamentos” ($p=0,004$), “completa objetivos significantes” ($p=0,003$), “mantém independência física” ($p=0,009$), “controla ingestão de alimento e bebidas” ($p=0,000$) e “controla bens pessoais” ($p=0,016$). Foi encontrada uma correlação estatística entre a idade e o indicador “completa objetivos significantes” ($p=0,021$; $r_s = -0,319$), e entre o tempo em cuidados paliativos e o indicador “mantém independência física” ($p=0,033$; $r_s = 0,296$). A análise do resultado “término de vida com dignidade-1307” permitiu identificar relações dos dados sociodemográficos e clínicos com as ações pessoais para manter o controle no fim da vida. Logo, é fundamental que o enfermeiro implemente atividades de educação em saúde em busca da promoção da qualidade de vida, com vistas às particularidades de cada paciente em cuidados paliativos.

Palavras-chaves: enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida; processo de enfermagem; autocuidado; educação em saúde; avaliação em enfermagem.

ABSTRACT

Palliative care aims to promote quality of life in patients facing a life-threatening illness through the prevention and relief of suffering. One of the expected results, likely for this population, is the “end of life with dignity”, found in the Nursing Outcomes Classification classification system. This result can be used by nurses to assess the personal actions that patients in palliative care perform in control during the approaching end of life. The present study seeks to analyze the nursing outcome “end of life with dignity-1307” in patients under palliative care. This is a cross-sectional and quantitative study, developed in three stages. In the first stage, the conceptual and operational definitions of the outcome indicators were constructed through a search in the literature. And then, nurses working in palliative care verified the adequacy of the constructed definitions. In the third stage, the evaluation of the graduations of the outcome indicators in patients under palliative care linked to a university hospital in Brazil was carried out. The sample consisted of 52 patients under palliative care. Data collection took place between November 2022 and February 2023, through interviews with the application of an instrument containing the 25 definitions of the outcome indicators. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics, adopting a p value of 0.05. The research was approved by the Research Ethics Committee under Opinion 5,650,093. The majority of the sample was female (61.5%), Caucasian (46.2%), marital status with a partner (53.8%), practitioner of some religion (94.2%), mean age of 60.65 (± 17.98) years old, knowing how to read/write (80.8%), having cancer as the baseline diagnosis (46.2%) and a median of three months in palliative care. There was a statistically significant relationship between the baseline diagnosis and the indicators that maintain a sense of control over the remaining time ($p=0.034$), control personal assets ($p=0.023$) and express preparedness for death ($p=0.032$). Other significant relationships were found between religion and the indicator expresses hope ($p=0.025$), occupation and the indicators maintain current desire ($p=0.042$) and maintain physical independence ($p=0.005$); and knows how to read/write and the indicators catch up on business ($p=0.038$), express hope ($p=0.001$), solve important problems ($p=0.004$), reconcile relationships ($p=0.004$), complete significant objectives ($p=0.003$), maintains physical independence ($p=0.009$), controls food and beverage intake ($p=0.000$) and controls personal belongings ($p=0.016$). And a statistical correlation was found

between age and the indicator completes significant objectives ($p=0.021$; $r_s= -0.319$), and between time in palliative care and the indicator maintains physical independence ($p=0.033$; $r_s= 0.296$). The analysis of the result “end of life with dignity-1307” made it possible to identify relationships between sociodemographic and clinical data with personal actions to maintain control at the end of life. Therefore, it is essential that nurses implement health education activities in order to promote quality of life, with a view to the particularities of each patient in palliative care.

Keywords: hospice and palliative care Nursing; nursing process; self care; health education; nursing assessment.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Equivalência semântica dos indicadores do Resultado de Enfermagem “Término de Vida com Dignidade-1307” com as ações de autocuidado realizadas por adultos em cuidados paliativos encontradas no levantamento da RI. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023.....43
- Quadro 2** – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” para pacientes sob cuidados paliativos. Recife/ Pernambuco, Brasil, 2023.....46
- Quadro 3** – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos após a avaliação dos juízes. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023.....57

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Características dos pacientes sob cuidados paliativos segundo dados sociodemográficos, econômicos e clínicos. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023.64
- Tabela 2** – Caracterização dos pacientes sob cuidados paliativos quanto à demonstração dos indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023.66
- Tabela 3** – Análise da relação entre as variáveis qualitativas de pacientes em CPs e os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023.68
- Tabela 4** – Análise de correlação entre as variáveis quantitativas de pacientes em CPs e os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023.70

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANA	American Nurses Association
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPs	Cuidados Paliativos
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESEF	Escola Superior de Educação Física
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FENSG	Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças
FESP	Fundação de Ensino Superior de Pernambuco
FOP	Faculdade de Odontologia de Pernambuco
HC IV	Hospital do Câncer Unidade IV
HUOC	Hospital Universitário Oswaldo Cruz
ICB	Instituto de Ciências Biológicas
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
NANDA-I	Classificação de diagnósticos da NANDA Internacional
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Processo de Enfermagem
RE	Resultado de Enfermagem

RI	Revisão Integrativa
SES/PE	Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
SLP	Sistemas de Linguagens Padronizados
SPSS	<i>Statistical Paackage for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGN	Técnica de Grupo Nominal
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPE	Universidade de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	23
2.1	GERAL	23
2.2	ESPECÍFICOS	23
3	REVISÃO DA LITERATURA	24
3.1	PERCURSO HISTÓRICO E FILOSOFIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	24
3.2	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DIANTE DO TÉRMINO DA VIDA	27
3.3	NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC) NO CONTEXTO DOS PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS	30
4	MÉTODO	34
4.1	TIPO DE ESTUDO	34
4.2	ETAPAS DO ESTUDO	34
4.2.1	Etapa 1 – Construção das definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”	34
4.2.2	Etapa 2 – Verificação da adequação das definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”	36
4.2.2.1	População, amostra e amostragem.....	36
4.2.2.2	Procedimentos de coleta de dados	37
4.2.2.3	Análise dos dados	37
4.2.3	Etapa 3 – Avaliação do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos	38
4.2.3.1	Local de estudo	38
4.2.3.2	População, amostra e amostragem.....	39
4.2.3.3	Procedimentos de coleta de dados	40
4.2.3.4	Análise dos dados	41
4.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
5	RESULTADOS	43

5.1	DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “TÉRMINO DE VIDA COM DIGNIDADE-1307”	43
5.2	IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “TÉRMINO DE VIDA COM DIGNIDADE-1307”	63
6	DISCUSSÃO	71
6.1	CONSTRUÇÃO E ADEQUAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “TÉRMINO DE VIDA COM DIGNIDADE-1307”	71
6.2	IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DAS GRADUAÇÕES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “TÉRMINO DE VIDA COM DIGNIDADE-1307”	74
7	CONCLUSÃO	82
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE A – CONVITE AOS JUÍZES	93
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DOS JUÍZES	95
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – JUÍZES	98
	APÊNDICE D – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – VOLUNTÁRIOS	102
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VOLUNTÁRIO	106
	ANEXO A – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	110
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPE	111
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UPE/HUOC/PROCAPE	115

1 INTRODUÇÃO

Pessoas que enfrentam desafios associados a doenças que ameaçam a vida devem ser conduzidas com a meta de que, enquanto há vida, existe a necessidade de um cuidado multidimensional, afastando a compreensão de se não ter mais nada a fazer. Tal cuidado multidimensional representa a essência da assistência em cuidados paliativos (CPs) (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

No mundo, em torno de 40 milhões de pessoas necessitam de CPs a cada ano e apenas 14% desses pacientes os recebem. Ademais, em 2020, cerca de 56,8 milhões de adultos e crianças experimentaram sofrimento desnecessário que podia ter sido enfrentado e tratado com os cuidados paliativos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022; WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2020).

Neste sentido, os CPs visam promover a qualidade de vida dos pacientes e dos familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a continuidade da vida, incluindo atender as necessidades práticas e aconselhamento de luto. Têm como propósito a prevenção e o alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação dos sintomas de forma adequada, uso de recursos terapêuticos para a dor e outros problemas de natureza física, psicológica, social e/ou espiritual (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021; RADBRUCH et al., 2020; SOUZA et al., 2022).

Os cuidados paliativos são um processo contínuo e sua dinâmica difere para cada paciente. Permeiam situações diferentes nos pacientes, que podem ter o início atrelado ao auxílio no manejo dos sintomas de difícil controle e melhorar as condições clínicas do paciente; cuidar dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais, na medida em que a doença avança; e, na fase terminal, garantir qualidade de vida, conforto e dignidade (INCA, 2022).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os CPs apresentam princípios gerais que se baseiam em: proporcionar alívio da dor e outros sintomas estressantes; reafirmar a vida e a morte como processos naturais; integrar as dimensões psicológicas, sociais e espirituais aos aspectos clínicos de cuidado do paciente; não acelerar nem adiar a morte com sofrimento (distanásia); evitar tratamentos fúteis; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente em seu próprio ambiente; oferecer um sistema de suporte para

ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível durante seu processo de finitude; promover e realizar uma abordagem interdisciplinar para atender as necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e de seus familiares, incluindo aconselhamento e suporte ao processo de luto; e melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente no curso da doença (CARVALHO et al., 2018; D’ALESSANDRO, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Pacientes em CPs e que apresentam uma boa qualidade de vida a partir desses cuidados humanizados, evoluem com uma boa qualidade de morte (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021). “Boa morte”, também conhecida por “morte digna”, considera o morrer como um processo natural que deve ser assegurado pelos profissionais de saúde a partir do alívio da dor, do sofrimento e da redução dos sintomas físicos e/ou emocionais; ter conforto, dignidade e respeito resguardados; estar em paz consigo e com as outras pessoas, além de estar próximo dos familiares e pessoas importantes (ISOLANI, 2020; RULAND; MOORE, 1998).

A origem da “boa morte” vem do grego “*kalos thanatos*”, que significa morte ideal, perfeita ou exemplar. A kalotanásia é entendida como final de vida com dignidade e sentido até o fim, fazendo parte do moderno movimento *hospice*, como alicerce de um modelo de assistência capaz de acolher, amparar, proteger e dar sentido ao processo de morrer (FLORIANI, 2021).

Dessa forma, uma boa qualidade de morte é tão importante quanto uma boa qualidade de vida, sendo os cuidados paliativos a ferramenta essencial para estruturar e dar suporte à kalotanásia.

Com a intenção de estimar a qualidade de morte em países do mundo, a revista inglesa *The economist* realiza bianualmente a avaliação da qualidade de morte em pacientes em final de vida (THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015), onde são considerados indicadores quantitativos (expectativa de vida e produto interno bruto gasto em saúde) e qualitativos (avaliação individual de cada país, conhecimento do público sobre a oferta de serviços, tratamentos disponíveis para pacientes em “*end-of-life*”, acesso a remédios e cuidados paliativos). Em 2013, dentre 40 países avaliados, o Brasil ocupou a 38^a posição. Em 2015, foram avaliados 80 países e o Brasil ocupou a 42^a posição, ficando abaixo de países economicamente mais pobres e com recursos tecnológicos e assistenciais mais deficitários que o Brasil, como, por exemplo, Cuba. Esse dado mostra que, apesar de haver algum avanço em termos de aspectos da assistência ao processo de

morrer, e considerando a dimensão continental do Brasil, ainda é necessária a evolução de aspectos assistenciais nos CPs. Tal fato reforça a urgência de estudos nessa temática, para elucidar o fenômeno e promover intervenções, pelos profissionais de saúde, direcionadas aos problemas que circundam os desafios para a condução da “boa morte”.

Como já mencionado, os CPs consistem na assistência promovida por uma equipe interdisciplinar e, como integrante dessa equipe de saúde, tem-se os profissionais de enfermagem. A enfermagem, como profissão, tem um papel indispensável nos CPs e na promoção da “boa morte”, tendo em vista que esses profissionais constituem uma ênfase ao cuidado, proteção, acolhimento e amparo, inerentes às ações de cuidados cotidianos da enfermagem, pautados nos princípios da profissão e nos princípios e pilares dos CPs (SILVA; SILVA, 2019).

Assim, enfermeiros que atuam dentro das equipes interdisciplinares junto a pacientes em CPs devem oferecer uma abordagem capaz de reduzir o sofrimento, promover conforto e ofertar dignidade ao paciente e sua família, além de conduzir a um enfrentamento do processo de doença, morte e morrer mais tranquilo (MONHO et al., 2021). Ademais, deve-se dominar o manejo da dor e outros sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais desconfortáveis (PALUMBO et al., 2022).

Fato é que a consulta de enfermagem se torna uma estratégia tecnológica de cuidado importante, quando é resolutiva e contínua. Ela determina a assistência de enfermagem aos pacientes que possuem peculiaridades e abrangência específica do cuidado paliativo. Ainda, apresenta uma abordagem que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento individualizados, além da prevenção de situações evitáveis (FIRMINO; TROTTE; SILVA, 2022; INCA, 2022).

Para tanto, é fundamental que o profissional de enfermagem utilize os sistemas de linguagens padronizados (SLPs), a fim de implementar seu método de trabalho – o processo de enfermagem (PE) – e, assim, apontar, estabelecer e classificar os elementos da prática assistencial, denominados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (ALMEIDA et al., 2020; PICOLLO; FACHINI, 2018).

Os SLPs dão subsídios para a inferência de um problema real/potencial, estabelecimento de metas e implementação de intervenções, através de uma linguagem única por enfermeiro. Em adição, permitem um cuidado de qualidade,

com enfoque no alívio do sofrimento, no conforto e na dignidade humana, baseado em conhecimento validado cientificamente (FARIA et al., 2020).

Dentre os SLPs para aplicação do PE, tem-se a classificação de resultados *Nursing Outcomes Classification* (NOC), que dispõe de resultados de enfermagem, apresentados como estados, comportamentos e/ou percepções do indivíduo, da família ou da comunidade diante das intervenções de enfermagem implementadas anteriormente (resposta a uma intervenção) e avaliados por meio da medição dos indicadores específicos (MOORHEAD et al., 2020).

A taxonomia da NOC, em sua sexta edição, é composta por sete domínios, 31 classes e 490 resultados de enfermagem. Cada resultado de enfermagem (RE) é acompanhado por sua definição, seus indicadores e uma escala de mensuração (MOORHEAD et al., 2020).

O RE tem sido um método efetivo para se fornecer evidências para alinhar o conhecimento em enfermagem, por meio da mensuração real do impacto da profissão no cuidado ao paciente e sua família (MOORHEAD et al., 2020). Sua aplicação pode ser utilizada tanto para uma análise crítica pontual como para a análise das mudanças após a implementação de uma intervenção de enfermagem. Ou seja, aplicado nas fases de planejamento e avaliação do processo de enfermagem.

Dentre os resultados de enfermagem da NOC, destaca-se o “término de vida com dignidade-1307”, que é conceituado como ações pessoais para manter o controle durante o fim da vida que se aproxima. Pertence ao domínio “Saúde Psicossocial” (III), à classe “Adaptação Psicossocial” e tem 25 indicadores: “Coloca os negócios em dia”; “Expressa esperança”; “Participa em decisões relacionadas ao cuidado”; “Participa em decisões sobre hospitalização”; “Participa em decisões sobre ressuscitação”; “Controla decisões sobre doação de órgãos”; “Participa do planejamento funeral”; “Mantém desejo atual”; “Mantém diretivas antecipadas”; “Resolve problemas importantes”; “Compartilha sentimentos sobre morrer”; “Reconcilia relacionamentos”; “Completa objetivos significantes”; “Mantém senso de controle sobre o tempo restante”; “Troca afeições com outros”; “Afasta-se gradualmente dos entes queridos”; “Relembra memórias da vida”; “Revê realizações da vida”; “Discute experiências espirituais”; “Discute conceitos espirituais”; “Mantém independência física”; “Controla escolhas de tratamento”; “Controla ingestão de

alimento e bebidas”; “Controla bens pessoais”; e “Expressa preparo para a morte” (MOORHEAD et al., 2020).

Tal resultado de enfermagem, quando estabelecido em pacientes sob cuidados paliativos, permite ao enfermeiro uma visão crítica do momento de término de vida, por meio da mensuração e avaliação dos diversos momentos que permeiam os CPs, como na fase terminal. Assim, o enfermeiro dispõe de evidências para implementar uma assistência qualificada, contemplando a integralidade multidimensional e os princípios dos CPs.

Uma das formas de implementar uma assistência qualificada, que proporcione qualidade de vida, conforto e dignidade aos pacientes em CPs, é o estabelecimento das atividades da intervenção de enfermagem “educação em saúde”.

A educação em saúde é uma intervenção de enfermagem presente na Taxonomia do SLP, da *Nursing Intervencion Classificacion*, sob o código 5510 e apresenta como definição o desenvolvimento e disponibilização de instruções e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamento que promova a saúde de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades (BUTCHER et al., 2020).

Por meio das atividades de educação em saúde, que proporcionem um diálogo entre profissionais, pacientes e familiares, é possível compreender as vivências do paciente/cuidador, estabelecer vínculos e facilitar a promoção da saúde e bem-estar, atendendo as necessidades básicas de saúde física, emocional, social e espiritual (ARNEMANN et al., 2018; FIRMINO; TROTTE; SILVA, 2022; NASCIMENTO et al., 2021; PICOLLO; FACHINI, 2018).

A educação em saúde no contexto de CPs consiste em uma estratégia que pode ser utilizada para o empoderamento dos pacientes, por meio da promoção da autonomia a quem está desejando maior funcionalidade, conforto e dignidade.

Logo, se faz necessário que o enfermeiro se reconheça como articulador e educador do cuidado, por meio de ações educativas não apenas para informar o paciente e sua família sobre a progressão de uma doença crônica e incurável, mas também para desenvolver habilidades que possibilitem a mudança de comportamento, a adesão a novas atitudes e a possibilidade de um novo olhar para a história de vida (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021; CORDEIRO et al., 2021; FIRMINO; TROTTE; SILVA, 2022; SOUZA; JARAMILLO; BORGES, 2021).

Ademais, para alcançar os resultados desejados no planejamento de enfermagem, a assistência deve ser focada em traçar intervenções que sejam de possível realização e aceitação, de acordo com a realidade de cada paciente.

Nesse contexto, é primordial que o enfermeiro possua artifícios que possam mensurar as ações pessoais que os pacientes em cuidados paliativos realizam e uma das formas é por meio da aplicação dos indicadores contemplados no resultado “término de vida com dignidade-1307”, que, nesta pesquisa, serão avaliados num momento pontual.

Outrossim, surge como questão norteadora deste estudo: como se apresentam os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos.

2.2 ESPECÍFICOS

- Construir as definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos;
- Verificar a adequação das definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos com juízes;
- Identificar a gradação dos indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos;
- Verificar a relação dos dados sociodemográficos, econômicos e clínicos com os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta seção, serão abordadas as seguintes temáticas que fundamentaram o objeto de estudo desta pesquisa: percurso histórico e filosofia dos cuidados paliativos; assistência de enfermagem e educação em saúde diante do término da vida; *Nursing Outcomes Classification* (NOC) no contexto dos pacientes sob cuidados paliativos.

3.1 PERCURSO HISTÓRICO E FILOSOFIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

O cuidar voltado a pessoas com doenças que ameaçam a continuidade da vida, e que podem resultar em um morrer lento, modificou-se com o passar das décadas, tornando-se uma prática que visa promover qualidade de vida ao paciente e sua família, desde o diagnóstico da doença até o processo de morrer e morte (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

Os princípios dos cuidados paliativos sempre estiveram presentes na nossa história, sendo acompanhados por enfermidades e pelo sofrimento físico, mental, social, emocional e espiritual. A origem etimológica da palavra “paliativo” advém do latim *pallium*, do verbo *palliare*, que significa manto ou capa (proteção) (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021), podendo também assumir outros significados, tais como: tornar menos duro, remediar e aliviar (SILVESTRE et al., 2021).

Os primeiros relatos de indivíduos que buscaram aliviar o sofrimento físico e/ou espiritual de outras pessoas foram sobre os *xamãs*, também conhecidos como líderes religiosos com poder de cura, pertencentes às civilizações egípcia, chinesa e hindu. A típica relação entre o cuidado ao doente e a religiosidade era vista nos templos religiosos na Grécia Antiga, sendo esses os primeiros locais para se cuidar dos enfermos, nos quais o tratamento não era separado da dimensão espiritual (ALVES et al., 2019).

Já na Idade Média, foram encontrados relatos de casas criadas para acolher os peregrinos e viajantes acometidos por enfermidades que necessitavam de cuidados (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021). Esses locais eram guardados por cristãos religiosos, dentro de uma visão caridosa, de maneira que a Igreja se destacou, durante anos, como a principal instituição responsável por acolher e

cuidar, atividades que passaram a ser realizadas exclusivamente nos espaços hospitalares após a queda da Bastilha (PALUMBO et al., 2022).

Historicamente, o termo “paliativo” está ligado ao movimento *hospice*, iniciado entre as décadas de 50 e 60, quando esses cuidados eram voltados aos pacientes que enfrentavam o processo do fim da vida (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021). O primeiro relato de pronúncia da palavra *hospice* foi registrado em 1842, originada do latim *hospes*, que significa estranho/anfitrião. Esse termo está associado ao primeiro espaço para atender as pessoas sem possibilidade terapêutica de cura e, posteriormente, foi substituído pela palavra *hospitális*, ganhando significado de bem-vindo ao estranho (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021; MARTINS et al., 2021).

Os *hospices* eram instituições caracterizadas por realizarem cuidados domiciliares que iam desde o diagnóstico da doença até o processo de adoecimento, morte e pós-morte, buscando promover uma boa qualidade de vida e de morte para os pacientes (ALVES et al., 2019).

O movimento *hospice*, também conhecido por cuidados paliativos modernos, foi introduzido pela médica, enfermeira e assistente social Cicely Saunders, em 1967, com a fundação do *St. Christopher's Hospice*, na Inglaterra. Essa instituição prestava assistência integral a pacientes fora da possibilidade de cura, baseando seus cuidados no controle dos sintomas, alívio da dor total e do sofrimento psicológico, dando-se início ao desenvolvimento dos cuidados paliativos (ALVES; OLIVEIRA, 2022; WOOD, 2022).

Para Saunders, o sofrimento visto no paciente com doença em estágio terminal era formado pela dor física, psicológica (emocional), social e espiritual (DOYLE; WOODRUFF, 2013; WOOD, 2022). Desse modo, sua assistência era pautada na visão holística, ofertando humanização durante todo o processo de morrer e morte das pessoas, os quais deveriam transcorrer em um ambiente tranquilo, familiar e/ou com pessoas próximas (PRADO et al., 2018).

Na década de 70, o movimento *hospice* chegou à América, onde foi fundado, entre 1974 e 1975, um *hospice* na cidade de Connecticut (Estados Unidos), por intermédio da psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross, disseminando-se o movimento de cuidado a pacientes fora de possibilidade de cura para outras regiões (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

O conceito de cuidados paliativos expandiu-se pelo mundo, ganhando destaque na França, no Canadá e nos Estados Unidos. Assim, pôde ser percebida a

tendência de crescimento nessa área de cuidado, principalmente nas questões que envolvem a forma de como lidar com a morte no dia a dia, durante todo o processo de finitude (PALUMBO et al., 2022; SOUZA et al., 2022).

No Brasil, a história dos cuidados paliativos é recente, podendo-se considerar a década de 1980 como o seu marco inicial, porém com uma expansão considerável a partir do ano 2000. O primeiro serviço registrado surgiu no estado do Rio Grande do Sul, em 1983, e a partir daí consolidaram-se outros serviços em outras regiões do país. Um dos serviços que merece destaque é o do Instituto Nacional de Câncer (INCA), que inaugurou em 1998 o Hospital do Câncer Unidade IV (HC IV), dedicado exclusivamente aos cuidados paliativos, atendendo de forma humanizada e integral os pacientes com câncer avançado, sem possibilidade de cura (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

Tendo em vista a interligação entre os cuidados paliativos e o movimento *hospice*, surgiu a necessidade de diferenciar os conceitos, de maneira que, em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, pela primeira vez, os cuidados paliativos como sendo os cuidados totais e ativos dirigidos a pacientes fora de possibilidade de cura (ALVES et al., 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990).

Os cuidados paliativos eram voltados, a princípio, para os pacientes com câncer que se encontravam no final de vida, sendo hoje considerado um componente essencial do tratamento do câncer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Em 2002, a definição de CPs foi reformulada, passando a integrar, além da função de aliviar a dor e o desconforto físico, o suporte religioso e psicossocial aos pacientes e a seus familiares, ampliando-se esses cuidados para as doenças renais, degenerativas, neurológicas, cardiopatias e aids (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Em 2004, os cuidados paliativos passaram a ser vistos como parte de uma assistência integral, pertencente ao tratamento de todas as doenças crônicas, inclusive nos programas de atenção à saúde do idoso (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

De acordo com a OMS, os cuidados paliativos buscam promover a qualidade de vida dos pacientes com doenças potencialmente fatais e de seus familiares, recorrendo à prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, da

avaliação adequada e tratamento dos diversos problemas, sejam eles físicos, sociais, psicológicos e/ou espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Essas concepções contribuíram para a disseminação do campo dos cuidados paliativos, por se tratar de uma assistência caracterizada por um conjunto de intervenções baseadas em conhecimentos específicos para controlar a dor e os sintomas desagradáveis que acometem os pacientes, juntamente com uma assistência social e psicológica (ALVES; FRANÇA; MELO, 2018).

Assim sendo, os cuidados paliativos vêm ganhando espaço nos campos assistenciais, diferenciando-se, fundamentalmente, por assistir o indivíduo de modo integral diante do seu processo de morrer e morte, a partir de uma filosofia humanística, capaz de aliviar a dor e o sofrimento, buscando também a dignidade da morte (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

Em meio aos avanços e discussão mundial, nos dias atuais, os cuidados paliativos são entendidos como um cuidado, uma abordagem, diferenciado, capaz de proporcionar uma melhora da qualidade de vida para os pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, diante de problemas inerentes a uma doença potencialmente mortal (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021; SOUZA et al., 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

E essa melhora se faz pela articulação dos profissionais de saúde – como os enfermeiros – com os pacientes e familiares, por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento correto da dor e outros problemas, sejam da esfera física, psicossocial ou espiritual.

3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DIANTE DO TÉRMINO DA VIDA

Embora a morte seja o fim do ciclo de vida de todas as pessoas, a forma como o ser humano encara a finitude varia de indivíduo para indivíduo. E os momentos vividos que antecedem a morte são da mais extrema importância, não só para os pacientes como para sua família (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

Nesse contexto, é imprescindível que os profissionais da saúde que prestam os cuidados paliativos utilizem uma abordagem interdisciplinar humanística, de modo a promover conforto, cuidado integral e dignidade para o paciente e sua

família durante todo o processo de morrer e morte (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021; SOUZA; JARAMILLO; BORGES, 2021).

Os profissionais da Enfermagem desempenham um papel fundamental nos cuidados paliativos, tornando-se objeto de estudo em diversos países, ao se estabelecerem suas competências nesse cenário de cuidar (ALAPONT et al., 2022; FIRMINO et al., 2018).

Diante dos diversos ambientes de saúde, os enfermeiros precisam de um conjunto de competências para prestar cuidados paliativos de alta qualidade. Dentre elas, podemos citar (FIRMINO; TROTTE; SILVA, 2022; HÖKKÄ et al., 2020):

- a) competências relacionadas ao papel profissional da(o) enfermeira(o) e liderança;
- b) competências psicossociais e espirituais;
- c) competências para colaborar com o paciente, família e equipe;
- d) competências ético-legais;
- e) competências na comunicação e questões culturais;
- f) competências clínicas;
- g) competências relacionadas ao papel de educador;
- h) competências para entender os preceitos fundamentais da prática baseada em evidência;
- i) competências para entender os preceitos fundamentais da pesquisa.

Desse modo, a assistência de enfermagem, dentro do processo de morrer e morte, utiliza o conhecimento científico para planejar um atendimento adequado, com o objetivo de promover saúde e qualidade de vida, tendo como padrões de qualidade o uso de conceitos teóricos e princípios paliativistas para guiar sua prática (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

A assistência de enfermagem aos pacientes em CPs adota uma visão holística ao contemplar outras dimensões no seu planejamento de cuidados, como a física, social, emocional e espiritual. Esse modelo holístico de saúde em enfermagem tenta criar condições para se promover qualidade de vida e boa morte, contemplando os indivíduos como os principais atores da sua história de vida e do seu processo de morrer e morte (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021; POTTER; PERRY, 2018).

Assim, a assistência de enfermagem, embasada na integralidade e na autonomia do indivíduo em finitude, tem por propósito minimizar as limitações,

estimular o autocuidado, a autodeterminação e a independência, a partir de um olhar biopsicossocial (COSTA et al., 2020).

Por ser um dos profissionais da equipe que está mais próximo do paciente, o enfermeiro, além das atividades gerenciais do cuidado e gestão de pessoas, realiza orientações e esclarecimentos para os pacientes e familiares, por meio da educação em saúde, sendo um elo que une todos os membros da equipe multidisciplinar e o paciente (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

As ações de educação em saúde têm como objetivo orientar o paciente e sua família para o autocuidado, monitorar a ocorrência de problemas, realizar medidas de promoção para o conforto e detectar precocemente possíveis complicações (TARCIA; REIS, 2018).

A educação implementada pelo enfermeiro, diante do término de vida do indivíduo, envolve três vertentes: a educação de si mesmo, nesse espaço; a educação permanente de outros profissionais da equipe multidisciplinar; e a educação em saúde ao paciente, família e comunidade. Desse modo, como pré-requisito para a prática do ensino, os enfermeiros devem constantemente atualizar o seu conhecimento, habilidades e atitudes, especialmente na área de cuidados paliativos, que se encontra em constantes mudanças e desafios na saúde (COSTA et al., 2020; LIMA; SILVA; CHAGAS, 2022; TARCIA; REIS, 2018).

Durante o processo de finitude do paciente sob cuidados paliativos, podem emergir dúvidas, como questões relacionadas ao processo de fim da vida, o manuseio e controle de sintomas desagradáveis que decorrem de doenças progressivas e incuráveis, bem como o surgimento de novos problemas biopsicossociais. Cabe ao enfermeiro utilizar suas habilidades de educador como um dos mecanismos de cuidado continuado, como estratégia para amenizar as dúvidas, medos e dificuldades dos pacientes e familiares, além de capacitá-los para um melhor enfrentamento da nova condição de cuidados à saúde e proporcionar conforto e melhor qualidade de vida e morte (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

Em linhas gerais, as competências do enfermeiro, diante do término de vida, incluem: promover a autonomia dos indivíduos na participação em seu processo de morrer e morte; fomentar uma relação dialógica, favorecendo a escuta e a valorização das experiências de vida; a educação de pacientes e familiares; detecção precoce de complicações, através dos diagnósticos de enfermagem; implantação de intervenções que busquem um melhor conforto multidimensional;

promover mudanças de comportamento e autocuidado; além de fornecer suporte aos pacientes e seus familiares no planejamento, implementação e avaliação do cuidado, por meio do plano terapêutico singular (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021; COSTA et al., 2020; VIANA et al., 2018).

Assim, é salutar que, para exercer tais competências, o enfermeiro utilize sistemas de linguagem padronizadas, como forma de basear sua prática em evidências científicas.

3.3 NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC) NO CONTEXTO DOS PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS

O processo de enfermagem (PE) é uma ferramenta de trabalho do profissional enfermeiro para a tomada de decisões clínicas, sendo constituído de cinco etapas interdependentes e inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

O PE presume que a assistência da equipe de enfermagem seja pautada na avaliação do paciente, a qual fornecerá informações para a identificação dos diagnósticos de enfermagem (DEs), bem como para a seleção das intervenções de enfermagem, cujos resultados na saúde dos pacientes e familiares deverão ser avaliados rotineiramente (POLIT; BECK, 2019).

A inserção do PE na profissão da enfermagem ocorreu nos anos 1950 e, no Brasil, sua implantação só começou na década de 70, quando sua aplicação já se encontrava mais consolidada nos Estados Unidos e no Reino Unido (OLIVEIRA et al., 2019).

Os avanços científicos e o contexto histórico-social da enfermagem influenciaram claramente a ênfase dada para enxergar o PE como uma estrutura para o raciocínio clínico (FARIA et al., 2020).

Desse modo, a enfermagem, ao longo do tempo, vem procurando fundamentar sua prática como ciência estruturada e tecnológica, por meio do uso de estratégias que visem a sua consolidação. Dentre elas, existe a necessidade de estabelecer uma linguagem comum, utilizada universalmente pelos profissionais e adaptada para as mais diversas culturas e contextos sociais, ou seja, um sistema de

classificação capaz de oferecer bases para organizar os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (POLIT; BECK, 2019).

Dentre as 12 terminologias padronizadas de enfermagem, reconhecidas pela American Nurses Association (ANA) e capazes de oferecer uma linguagem comum para os fenômenos da enfermagem, podemos citar: a classificação de diagnósticos da NANDA Internacional (NANDA-I), a *Nursing Intervention Classification* (NIC), *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que são as mais utilizadas no Brasil (BUTCHER et al., 2020; ENGLEBRIGHT; HARDIKER; KIM, 2021; HERDMAN; KAMITSURU, 2021; MOORHEAD et al., 2020).

A NOC, classificação focal neste estudo, foi desenvolvida em 1991 pela equipe da *College of Nursing*, da Universidade de Iowa, nos Estados Unidos, tendo como principal objetivo a conceituação, rotulação, definição e classificação dos resultados de enfermagem (REs).

Ressalta-se que a utilização da taxonomia NOC, e suas escalas de indicadores, é capaz de viabilizar a determinação de comportamentos e percepções do indivíduo, avaliando o grau de comprometimento de cada indicador, permitindo construir um plano de cuidados de acordo com cada característica apresentada (OTHMAN et al., 2020).

A versão da NOC utilizada neste estudo foi publicada em 2020, sua estrutura é constituída de domínios; classes; títulos de resultados e suas definições; indicadores de resultado; e escalas de medida (MOORHEAD et al., 2020).

De acordo com essa taxonomia, os REs podem ser vistos como “os estados, comportamentos ou percepção de um indivíduo, família ou comunidade, medidos ao longo de um contínuo em resposta a uma ou mais intervenções de enfermagem” (MOORHEAD et al., 2020, p. 58).

Como são representados por respostas variáveis, pode-se avaliar o progresso (melhora, estagnação ou piora) de forma contínua, quando necessário. Para todos os REs, há uma definição e uma lista de indicadores que representam esses comportamentos, estados e percepções mais concretos dos indivíduos, família e/ou comunidade, que servem de auxílio para medir cada resultado. Ressalta-se que cada indicador dos REs é avaliado por meio de uma escala tipo Likert de cinco pontos (MOORHEAD et al., 2020).

Uma das formas de organização dos resultados da NOC é por área de especialidades em enfermagem. Uma dessas especialidades é a de “Cuidados em Casa de Repouso e Paliativos”, que contempla 44 resultados, a saber: “aceitação: estado de saúde”; “adaptação à mudança”; “adaptação psicossocial: mudança de vida”; “ambiente domiciliar seguro”; “apoio da família durante o tratamento”; “apoio social”; “autoestima”; “autopercepção”; “bem-estar familiar”; “bem-estar pessoal”; “competência da comunidade”; “comportamento de prevenção de quedas”; “comunicação: recepção”; “conhecimento: controle da doença crônica”; “conhecimento: medicamento”; “conhecimento: segurança pessoal”; “controle dos sintomas crenças de saúde”; “desenvolvimento: adulto da terceira idade”; “dor: efeitos nocivos”; “dor: resposta psicológica adversa”; “enfrentamento”; “enfretamento familiar”; “estado de autocuidado”; “estado de conforto”; “estado de saúde da comunidade”; “estado de saúde da família”; “fadiga: efeitos deletérios”; “gravidade do sofrimento”; “gravidade dos sintomas”; “integridade familiar”; “morte confortável”; “nível de delírio”; “nível de dor”; “nível de fadiga”; “normalização da família”; “ocorrência de quedas”; “participação familiar no cuidado profissional”; “participação nas decisões sobre cuidados de saúde”; “qualidade de vida”; “resolução do pesar”; “resposta ao medicamento”; “saúde espiritual”; “saúde oral”; e “término de vida com dignidade” (MOORHEAD et al., 2020).

O RE “término de vida com dignidade” (1307) é definido pela NOC como as “ações pessoais para manter o controle quando estiver se aproximando do final de vida”. Pertence ao domínio III, “Saúde Psicossocial” e à classe “Adaptação Psicossocial”, tendo como indicadores: “coloca os negócios em dia”; “expressa esperança”; “participa em decisões relacionadas ao cuidado”; “participa em decisões sobre hospitalização”; “participa em decisões sobre ressuscitação”; “controla decisões sobre doação de órgãos”; “participa do planejamento do funeral”; “mantém desejo atual”; “mantém diretivas antecipadas”; “resolve problemas importantes”; “compartilha sentimentos sobre morrer”; “reconcilia relacionamentos”; “completa objetivos significantes”; “mantém senso de controle sobre o tempo restante”; “troca afeições com outros”; “afasta-se gradualmente dos entes queridos”; “relembra memórias da vida”; “revê realizações da vida”; “discute experiências espirituais”; “discute conceitos espirituais”; “mantém independência física”; “controla escolhas de tratamento”; “controla ingestão de alimentos e bebidas”; “controla bens pessoais”; “expressa preparo para a morte”. Ressalta-se que esses 25 indicadores são

avaliados pela escala que varia entre “nunca demonstrado” e “consistentemente demonstrado” (MOORHEAD et al., 2020).

Oliveira e colaboradores (2017) discutiram tal resultado na abordagem do modo de autoconceito da teoria de Callista Roy. Já outros estudos do tipo metodológico indicaram a necessidade de melhorar o processo de comunicação, favorecendo a tomada de decisões compartilhadas, potencializando boas práticas de enfermagem para uma morte tranquila, pacífica e digna, vinculados ao RE “término de vida com dignidade” (1307) (FERRAZ; OLIVEIRA, 2022; TRESCHER et al., 2020).

4 MÉTODO

Nesta seção serão abordados os materiais e o método empregado para o desenvolvimento do presente estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo transversal e de natureza quantitativa. Nesse tipo de estudo ocorre uma observação de causa e efeito de fenômenos, no qual a coleta de dados é realizada em um mesmo momento do tempo, produzindo indicadores da situação de saúde (POLIT; BECK, 2019; ROUQUAYROL; GURGEL, 2021).

4.2 ETAPAS DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em três etapas. Na primeira etapa, foi realizada a construção das definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”; na segunda etapa, verificou-se a adequação das definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”; e, na terceira etapa, houve a avaliação das graduações do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos.

4.2.1 Etapa 1 – Construção das definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”

Inicialmente, foram construídas as definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” para pacientes sob cuidados paliativos, por meio de uma busca na literatura nas bases de dados, via revisão integrativa (RI) e livros texto.

A RI foi escolhida por ser um método capaz de permitir uma análise de estudos relevantes e significativos para melhoria da prática clínica, tendo sido adotadas as seguintes fases: identificação do problema; busca na literatura;

avaliação dos dados; análise dos dados; apresentação/síntese do conhecimento (WHITTEMORE; KNAFI, 2005).

A fim de viabilizar as buscas de dados que auxiliassem na construção das definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”, foi construída a questão norteadora: quais ações de autocuidado são utilizadas por adultos em cuidados paliativos ao se aproximarem do final de vida?

A coleta de dados foi realizada via Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), nas bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), SCOPUS (Elsevier), *Web of Science* e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Os artigos foram selecionados a partir da combinação dos seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS)/*Medical Subject Headings* (MeSH), da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): *palliative care, hospice care, attitude to heath, terminal care, death, self-control e self care*, sendo ligados pelos operadores booleanos “OR” e “AND” e comando de busca Title/Abstract. Houve quatro cruzamentos em cada base de dados como estratégia de busca.

Para a seleção dos artigos, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra e gratuitos nas bases de dados selecionadas, publicados nos idiomas inglês, espanhol ou português, que pudessem responder à pergunta norteadora do estudo e estivessem no recorte temporal entre 2017 e 2021. Foram excluídos: resumos, teses, dissertações, estudos de revisões, editoriais e cartas ao leitor.

As ações de autocuidado, utilizadas por adultos em cuidados paliativos e identificadas na RI, foram categorizadas por equivalência semântica com os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” e assim construídas as definições conceituais e operacionais.

Ressalta-se que, caso algum indicador do resultado não apresentasse equivalência semântica com as ações encontradas na RI, sua definição conceitual e operacional seria definida por meio da busca em livros textos.

4.2.2 Etapa 2 – Verificação da adequação das definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”

As definições conceituais e operacionais dos 25 indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”, construídas na primeira etapa, foram avaliadas por juízes.

4.2.1.1 População, amostra e amostragem

Os juízes se configuraram como enfermeiros atuantes em cuidados paliativos e foram selecionados através de amostragem não probabilística por bola de neve, na qual os participantes iniciais indicam novos participantes, que realizam novas indicações até que a amostra seja alcançada (VIEIRA, 2016). Essa captação ocorreu, primeiramente, por contato com o coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos em Saúde, do Instituto de Ciências Biológicas (ICB) da Universidade de Pernambuco (UPE).

A verificação das definições dos indicadores pelos juízes foi realizada com a técnica de grupo nominal (TGN), uma vez que essa técnica permite que o grupo alcance um consenso por meio de um acordo geral ou convergência de opinião acerca de um tópico específico (MCMILLAN; KING; TULLY, 2016).

O TGN representa uma interação grupal, face a face, altamente estruturada, que possibilita ampla discussão sobre uma temática, oferecendo a oportunidade de todos os integrantes terem suas opiniões consideradas (MCMILLAN; KING; TULLY, 2016).

Para a TGN, sugere-se que sejam utilizados, no máximo, sete participantes (MCMILLAN; KING; TULLY, 2016). Assim sendo, o grupo foi composto por cinco juízes e a reunião foi realizada em ambiente virtual (plataforma *Google Meet*), com um consenso da escolha do dia/horário.

Ressalta-se que os enfermeiros apresentaram todos os critérios de elegibilidade para participarem da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: ser profissional graduado em enfermagem; e prestar assistência a pacientes sob cuidados paliativos. Como critério de exclusão, enfermeiro com atuação inferior a um ano na assistência a pacientes sob cuidados paliativos.

4.2.1.2 Procedimentos de coleta de dados

Os juízes receberam, via *e-mail* e *WhatsApp*, uma carta-convite para a participação na pesquisa, com a descrição do objetivo do estudo, forma de condução e informações acerca da origem do material a ser avaliado (APÊNDICE A).

Após a confirmação dos participantes, foi agendado e fornecido um *link* do encontro remoto, bem como os seguintes documentos: questionário para caracterização sociodemográfico e profissional (APÊNDICE B); o instrumento de coleta de dados com as definições dos indicadores (APÊNDICE B); e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

As definições conceituais e operacionais foram avaliadas com base nos critérios determinados por Pasquali (2010). Para este estudo, foram avaliados os critérios de clareza e compreensão, numa escala de quatro pontos para cada item: (1 - não está claro/não está compreensível; 2 - pouco claro, necessita de grandes revisões/pouco compreensível, necessita de grandes revisões; 3 - bastante claro, mas necessita de pequenas revisões/bastante compreensível, mas necessita de pequenas revisões; e 4 - muito claro/muito compreensível). Ressalta-se que, no instrumento, constava um espaço para comentários e sugestões.

4.2.1.3 Análise dos dados

Para avaliação das definições conceituais e operacionais, foram seguidos os quatro passos recomendados para a TGN: geração silenciosa; *Round Robin*; esclarecimento; e votação. No primeiro passo, os participantes registraram suas ideias individualmente, em resposta a um questionamento (MCMILLAN; KING; TULLY, 2016). Nesta pesquisa, a geração silenciosa foi representada pelas respostas de cada um dos juízes, de forma individual, ao instrumento de coleta de dados.

Em seguida, cada integrante deve expor suas ideias ao grupo, de forma que os outros participantes possam pensar em novas ideias, mas devendo colocá-las apenas quando chegar a sua vez de compartilhá-las com o grupo. É recomendado

que não ocorram discussões nessa fase e que as ideias sejam somente listadas pelos participantes e registradas (MCMILLAN; KING; TULLY, 2016).

Na fase de esclarecimento, todas as ideias apresentadas devem ser discutidas e agrupadas, quando forem semelhantes, caso o grupo concorde. Ressalta-se que a discussão das ideias tem o objetivo de garantir a compreensão dos participantes e permitir que eles possam decidir, de maneira informada, quando votarem ao final da discussão. Nesse momento, novas ideias podem surgir e outras podem ser retiradas ou modificadas (MCMILLAN; KING; TULLY, 2016).

E no último passo acontece a votação das ideias e a conclusão do grupo acerca dos temas (MCMILLAN; KING; TULLY, 2016).

Assim, as fases *Round Robin*, esclarecimento e votação foram conduzidas em uma única reunião remota via plataforma *Google Meet*, com intermediação do pesquisador principal. A reunião aconteceu no mês de outubro de 2020, com duração de duas horas, e não foi gravada por questões éticas.

4.2.3 Etapa 3 – Avaliação do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos

A avaliação do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos foi realizada na terceira etapa do presente estudo. Para tanto, o instrumento de coleta de dados, produzido nas etapas anteriores, foi aplicado, pelo pesquisador principal, nos pacientes sob cuidados paliativos.

4.2.3.1 Local de estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), que pertence à rede estadual da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), localizado na capital do estado de Pernambuco.

O HUOC foi fundado em 1884, inicialmente destinado ao atendimento das doenças infectocontagiosas. Em 1925, passou a atender casos clínicos e cirúrgicos de tuberculose, cirurgia geral e torácica, passando também, naquele mesmo ano, a integrar a estrutura organizacional da Fundação de Ensino Superior de Pernambuco (FESP). Em 1991, quando a FESP se tornou a Universidade de Pernambuco (UPE),

o hospital passa a ser campo de formação e desenvolvimento do conhecimento, estágio e pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG), do Instituto de Ciências Biológicas (ICB), da Escola Superior de Educação Física (ESEF) e da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP), bem como de outras instituições de ensino superior e técnico da região (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2018).

O HUOC atende exclusivamente a clientela do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo mais de 400 leitos habilitados à população. Nele, são oferecidos os serviços de oncologia adulta e pediátrica, doenças infectoparasitárias, UTI, transplantes, geriatria e cuidados paliativos. Desenvolvem-se, ainda, programas de assistência ambulatorial, com equipes multidisciplinares, para pacientes portadores de enfermidades crônicas (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2018).

Em 2012, o HUOC iniciou o atendimento em cuidados paliativos, realizando visitas domiciliares, e hoje conta com a incorporação de especialistas em dor e um serviço de ambulatório para esse tipo de atendimento. Além disso, o hospital representa campo de prática da disciplina eletiva de cuidado paliativo da FCM, recebendo anualmente os residentes de geriatria e medicina de família e comunidade (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2022).

O serviço continua focado no atendimento domiciliar, com realização de interconsultas, contando com uma equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, bem como com um Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos, servindo de apoio para as demandas do serviço (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2022).

4.2.3.2 População, amostra e amostragem

A população foi composta por 60 pacientes cadastrados em cuidados paliativos, assistidos no HUOC. A amostra foi calculada com base na fórmula de populações finitas:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}, \quad (1)$$

sendo adotada uma significância de 95%; margem de erro de 5%; prevalência de ações pessoais para manter o controle durante o fim da vida com um valor conservador de 50; e população (N) de 60 pacientes sob cuidados paliativos no local do estudo, resultando em 52 pacientes para a amostra.

Para o recrutamento dos sujeitos da amostra, utilizou-se a amostragem não probabilística (KALINHE; FIGUEIREDO, 2019), por conveniência ou intencional, com a aplicação dos critérios de elegibilidade. Para tanto, foram convidados a participar do estudo aqueles que se enquadrassem nos seguintes critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 18 anos; e estar sendo assistido pelo serviço referenciado do estudo, em qualquer fase dos cuidados paliativos.

Os critérios de exclusão foram: pacientes com dificuldade de comunicação verbal que impossibilitasse a coleta de dados; e pacientes desorientados em relação ao tempo, espaço e autopsiquicamente, avaliados a partir das respostas referentes à sua identificação (nome, data de nascimento e idade) e pelo item 1 do miniexame do estado mental, referente a orientação temporal e espacial (ANEXO A) (BASTOS et al., 2023).

4.2.3.3 Procedimentos de coleta de dados

A identificação das graduações do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” ocorreu por meio de entrevista, com a aplicação de um instrumento (APÊNDICE D) com duas partes, a saber: a primeira referente a dados sociodemográficos, econômicos e clínicos; e a segunda com as definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem. Antes da aplicação, foi entregue e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (APÊNDICE E).

Os dados foram coletados exclusivamente pelo pesquisador responsável, ocorrendo por meio de entrevista individual, nas enfermarias, à beira do leito do paciente (6 pacientes), nos consultórios da equipe multidisciplinar do Ambulatório de Cuidados paliativos do referido hospital (44 pacientes) e nas visitas domiciliares realizadas pela equipe do ambulatório (2 pacientes), com duração máxima de 25 minutos.

Nas entrevistas, as perguntas foram iniciadas a partir das variáveis sociodemográficas e econômicas, seguidas das relacionadas com os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”.

Ressalta-se que foi realizado um teste piloto com 10% da amostra (cinco pacientes) para avaliar a adequação do instrumento, não tendo sido identificada nenhuma necessidade de alteração e, assim, a coleta para o teste piloto já foi considerada para o estudo.

4.2.3.4 Análise dos dados

Para a identificação dos indicadores do resultado de enfermagem, construiu-se um banco de dados no software Excel, que posteriormente foi analisado através do software *Statistical Paackage for the Social Sciencas* (SPSS), versão 20.0, por meio de estatística descritiva (frequência absoluta, percentual, médias, mediana, desvio padrão e percentis de cada variável), bem como foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a distribuição dos dados quantitativos quanto à sua normalidade.

A verificação das relações entre os aspectos sociodemográficos, econômicos, clínicos e os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”, foi realizada pelos testes de correlação linear de Spearman, testes não paramétricos de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis. Quanto à classificação da força entre as variáveis, na aplicação do teste de correlação de Spearman, adotaram-se os valores: 0.00 - 0.19 (ausente ou muito fraca); 0.20 - 0.39 (fraca); 0.40 - 0.59 (moderada); 0.60 - 0.79 (forte); e 0.80 - 1.00 (muito forte) (SWINSCOW, 1997). Já, em relação ao tamanho do efeito, para os testes não paramétricos, adotaram-se os valores: 0,00 – 0,10 (nulo); 0,11 – 0,29 (fraco); 0,30 – 0,49 (moderado); e 0,50 (forte) (COHEN, 1988). Para significância estatística, foi adotado um nível de 5%.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos preceitos éticos, o projeto seguiu as exigências das Diretrizes e Normas Regulamentadoras das Pesquisas com Seres Humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013); e as

orientações de Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, em relação a procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual (BRASIL, 2021).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob o parecer nº 5.650.093 e CAAE nº 60499522.7.0000.5208; e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco (CEP/HUOC/PROCAPE), sob o parecer nº 5.736.855 e CAAE nº 60499522.7.3001.5192.

5 RESULTADOS

5.1 DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “TÉRMINO DE VIDA COM DIGNIDADE-1307”

A construção das definições conceituais e operacionais dos indicadores foi realizada por meio da coleta de estudos, entre os meses de agosto e setembro de 2022, pela revisão integrativa (RI) e busca de livros-textos. Na busca inicial da RI, foram identificados 32.229 artigos em todas as bases de dados eletrônicas pesquisadas. Após a seleção, por meio da leitura do título e resumo, restaram 60 artigos. Os artigos selecionados foram impressos para uma leitura na íntegra, sendo excluídos aqueles que não responderam a pergunta norteadora e que não abordavam a temática de modo a alcançar o objeto do estudo. No final, totalizaram, como amostra, 15 artigos de todas as bases de dados (GOMES et al., 2023).

Primeiramente, identificaram-se, na RI, as ações de autocuidado realizadas por adultos em cuidados paliativos. Em seguida, realizou-se equivalência semântica com os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” (Quadro 1), permitindo a construção das definições conceituais e operacionais (Quadro 2). Ressalta-se que, para quatro indicadores da NOC, não se encontrou equivalência nos estudos da RI. Logo, para esses casos, as definições conceituais e operacionais foram elaboradas com base em livros científicos, manuais e dissertações.

Quadro 1 – Equivalência semântica dos indicadores do Resultado de Enfermagem “Término de Vida com Dignidade-1307” com as ações de autocuidado realizadas por adultos em cuidados paliativos encontradas no levantamento da RI. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023. (continua)

Autoria	Indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”	Ações de autocuidado realizadas por adultos em cuidados paliativos
WANG et al., 2021.	<ul style="list-style-type: none"> - Participa em decisões sobre hospitalização; - Participa em decisões sobre ressuscitação; - Escreve as diretivas antecipadas de vontade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interesse em construir sua diretiva antecipada de vontade; - Desejo de discutir os arranjos de fim de vida com a equipe médica; - Conhecimento e preferências das decisões avançadas; - Decisão de não suporte de vida no estado vegetativo persistente.

Quadro 1 – Equivalência semântica dos indicadores do Resultado de Enfermagem “Término de Vida com Dignidade-1307” com as ações de autocuidado realizadas por adultos em cuidados paliativos

encontradas no levantamento da RI. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023.

(continuação)

Autoria	Indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”	Ações de autocuidado realizadas por adultos em cuidados paliativos
SCHERER et al., 2021.	<ul style="list-style-type: none"> - Discute experiências espirituais; - Discute conceitos espirituais; - Participa em decisões relacionadas ao cuidado; - Participa em decisões sobre ressuscitação; - Participa em decisões sobre hospitalização; - Mantém desejo atual; - Participa do planejamento do funeral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autorrelato de crenças religiosas e/ou espirituais; - Autorrelato de planejamento antecipado de cuidados; - Preferências de ressuscitação; - Preferência de tomada de decisão; - Expressão referente a valores relativos ao prolongamento da vida; - Escolha pelo local preferido da morte; - Preferência de tomada de decisão; - Discutir sobre cuidados paliativos e expectativas prognósticas.
SANDERSON et al., 2019.	<ul style="list-style-type: none"> - Compartilha sentimentos sobre morrer; - Expressa preparo para a morte; - Participa em decisões relacionadas ao cuidado; - Participa do planejamento do funeral; - Mantém desejo atual; - Escreve as diretivas antecipadas de vontade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aceitação da morte como um processo natural, normal e compartilhado; - Desejo de escolha e controle em relação à morte; - Interesse em construir sua diretiva antecipada de vontade.
BUŽGOVÁ; ZAPLETALOVÁ, 2021.	<ul style="list-style-type: none"> - Participa em decisões relacionadas ao cuidado; - Participa em decisões sobre hospitalização; - Participa em decisões sobre ressuscitação; - Mantém desejo atual; - Compartilha sentimentos sobre morrer; - Participa do planejamento do funeral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir sobre o tema do morrer e morte; - Desejo de ser mantido vivo a todo custo; - Preferência pela decisão da equipe de saúde; - Preferência pelo tratamento; - Desejo de morrer sozinho sem quaisquer outros ao lado.
KOBAYASHI et al., 2021.	<ul style="list-style-type: none"> - Participa em decisões relacionadas ao cuidado; - Controla escolhas de tratamento; - Participa em decisões sobre ressuscitação; - Participa em decisões sobre hospitalização. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autodeterminação de interromper o tratamento.
KIM et al., 2020.	<ul style="list-style-type: none"> - Escreve as diretivas antecipadas de vontade; - Compartilha sentimentos sobre morrer; - Participa em decisões relacionadas ao cuidado; - Participa em decisões sobre ressuscitação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interesse em construir sua diretiva antecipada de vontade; - Valorização da morte confortável; - Preferências pelos cuidados paliativos; - Preferências de ressuscitação.
VALIKHANI; SARAFRAZ; MOGHIM, 2018.	<ul style="list-style-type: none"> - Troca afeições com outros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autocontrole no apego ambivalente.

Quadro 1 – Equivalência semântica dos indicadores do Resultado de Enfermagem “Término de Vida com Dignidade-1307” com as ações de autocuidado realizadas por adultos em cuidados paliativos encontradas no levantamento da RI. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023. (conclusão)

Autoria	Indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”	Ações de autocuidado realizadas por adultos em cuidados paliativos
BACZEWSKA et al., 2020.	- Expressa esperança.	- Autorrelato do nível de esperança de recuperação.
PRADO et al., 2019.	- Expressa preparo para a morte; - Compartilha sentimentos sobre morrer; - Mantém senso de controle sobre o tempo restante; - Afasta-se gradualmente dos entes queridos.	- Aceitação da morte; - Viver melhor agora; - Estar mais perto de quem lhes faz bem; - Preocupação com o bem-estar de seus familiares após sua partida.
SILVA et al., 2020.	- Participa em decisões relacionadas ao cuidado; - Controla escolhas de tratamento. - Mantém senso de controle sobre o tempo restante.	- Anseio por mais informações sobre o tratamento e prognóstico; - Preferência pela verdade.
ZILLI et al., 2021.	- Revê realizações da vida.	- Autorreconhecimento; - Mudanças no modo de viver e na percepção de si mesmo diante de uma doença que ameaça a vida.
TOMASZEWSKI et al., 2017.	- Mantém independência física; - Revê realizações da vida; - Expressa preparo para a morte.	- Falar sobre suas limitações decorrentes os sintomas da doença; - Pensar sobre os sonhos interrompidos e sentimento de tristeza; - Afastamento das atividades de lazer e senso de inutilidade; - Não ter medo da morte.
SCOTTINI; DE SIQUEIRA; MORITZ, 2018.	- Escreve as diretivas antecipadas de vontade.	- Interesse em construir sua diretiva antecipada de vontade.
PRADO et al., 2019.	- Compartilha sentimentos sobre morrer; - Mantém senso de controle sobre o tempo restante; - Expressa preparo para a morte; - Expressa esperança; - Discute experiências espirituais; - Relembra memórias da vida; - Revê realizações da vida; - Coloca os negócios em dia; - Resolve problemas importantes.	- Enfrentamento do processo de morrer e morte; - Busca pela compreensão da doença avançada; - Projeção de finitude da vida; - Recriar seu mundo; - Negociar a cura por meio de promessas religiosas; - Compreender conscientemente os limites impostos por sua doença; - Tranquilidade para falar e expressar as questões relacionadas à morte; - Revelar seus arrependimentos; - Demonstração de deixar um legado; - Defesa do pensamento de que a fé lhe dará uma cura ou a possibilidade de pelo menos uma doença estabilizada.
LIMA; MACHADO, 2018.	- Discute experiências espirituais; - Discute conceitos espirituais; - Expressa preparo para a morte; - Relembra memórias da vida.	- Apego a questões religiosas; - Espera pelo momento da morte; - Enxergar a morte como alívio do sofrimento; - Revisar a história de vida.

Fonte: O autor, 2023.

O quadro 2 apresenta uma proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” com as definições conceituais e operacionais dos 25 indicadores e a escala likert de cinco pontos para a sua mensuração: 1 (“nunca demonstrado”) até 5 (“consistentemente demonstrado”) (MOORHEAD et al., 2020). O refinamento desse conteúdo foi realizado com base na experiência do pesquisador e da orientadora.

Quadro 2 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” para pacientes sob cuidados paliativos. Recife/ Pernambuco, Brasil, 2023. (continua)

RESULTADO DE ENFERMAGEM – Término de Vida com Dignidade - 1307	
Definição: Ações pessoais para manter o controle quando estiver se aproximando do final da vida.	
Indicador (130701) Coloca os negócios em dia	
Definição conceitual Proposta: Questões financeiras estão sem pendências.	Questão para o paciente Proposta: Está em dia em relação a suas questões financeiras?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
	1. Nunca estou em dia em relação às questões financeiras. 2. Raramente estou em dia em relação às questões financeiras. 3. Algumas vezes estou em dia em relação às questões financeiras. 4. Frequentemente estou em dia em relação às questões financeiras. 5. Sempre estou em dia em relação às questões financeiras.
Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito sobre questões financeiras sem pendências.	
Indicador (130702) Expressa esperança	
Definição conceitual Proposta: Verbaliza sentimento de quem vê como possível a realização daquilo que deseja; confiança em coisa boa.	Questão para o paciente Proposta: Você vê como possível a realização daquilo que deseja?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
	1. Nunca acredito que seja possível a realização do que desejo. 2. Raramente acredito que seja possível a realização do que desejo. 3. Algumas vezes acredito que seja possível a realização do que desejo. 4. Frequentemente acredito que seja possível a realização do que desejo. 5. Sempre acredito que seja possível a realização do que desejo.
Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito do sentimento de realização dos seus desejos.	
Indicador (130703) Participa em decisões relacionadas ao cuidado	
Definição conceitual Proposta: Paciente participa em decisões relacionadas ao cuidado do seu tratamento junto com a equipe multidisciplinar.	Questão para o paciente Proposta: Você participa em decisões relacionadas ao cuidado?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
	1. Nunca participo em decisões relacionadas ao cuidado. 2. Raramente participo em decisões relacionadas ao cuidado. 3. Algumas vezes participo em decisões relacionadas ao cuidado. 4. Frequentemente participo em decisões relacionadas ao cuidado. 5. Sempre participo em decisões relacionadas ao cuidado.
Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito da participação efetiva no tratamento e tomada de decisão sobre os cuidados à sua saúde.	

Quadro 2 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” para pacientes sob cuidados paliativos. Recife/ Pernambuco, Brasil, 2023. (continuação)

Indicador (130704) Participa em decisões sobre hospitalização	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente participa em decisões relativas à hospitalização junto com a equipe multidisciplinar.</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você participa em decisões relacionadas à eventual hospitalização?</p> <p>Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p> <p>1. Nunca participo em decisões relacionadas à eventual hospitalização. 2. Raramente participo em decisões relacionadas à eventual hospitalização. 3. Algumas vezes participo em decisões relacionadas à eventual hospitalização. 4. Frequentemente participo em decisões relacionadas à eventual hospitalização. 5. Sempre participo em decisões relacionadas à eventual hospitalização.</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito da participação no processo de hospitalização e tomada de decisão.</p>	
Indicador (130705) Participa em decisões sobre ressuscitação	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente participa em decisões sobre eventual procedimento de ressuscitação com a equipe multidisciplinar.</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você participa em decisões sobre eventual procedimento de ressuscitação com a equipe multidisciplinar?</p> <p>Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p> <p>1. Nunca participo em decisões sobre eventual procedimento de ressuscitação. 2. Raramente participo em decisões sobre eventual procedimento de ressuscitação. 3. Algumas vezes participo em decisões sobre eventual procedimento de ressuscitação. 4. Frequentemente participo em decisões sobre eventual procedimento de ressuscitação. 5. Sempre participo em decisões sobre eventual procedimento de ressuscitação.</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito de conhecimento e interesse sobre processo de ressuscitação.</p>	
Indicador (130706) Controla decisões sobre doação de órgãos	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente toma decisões sobre doação de órgãos.</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você toma decisões sobre doação de órgãos?</p> <p>Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p> <p>1. Nunca tomo decisões sobre doação de órgãos. 2. Raramente tomo decisões sobre doação de órgãos. 3. Algumas vezes tomo decisões sobre doação de órgãos. 4. Frequentemente tomo decisões sobre doação de órgãos. 5. Sempre tomo decisões sobre doação de órgãos.</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito de conhecimento e interesse sobre tomada de decisão diante do processo de doação de órgãos.</p>	

Quadro 2 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” para pacientes sob cuidados paliativos. Recife/ Pernambuco, Brasil, 2023. (continuação)

Indicador (130707) Participa do planejamento funeral	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente participa do planejamento do seu funeral.</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você participa do planejamento do seu funeral?</p>
	<p>Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>
	<p>1. Nunca participo do planejamento do meu funeral. 2. Raramente participo do planejamento do meu funeral. 3. Algumas vezes participo do planejamento do meu funeral. 4. Frequentemente participo do planejamento do meu funeral. 5. Sempre participo do planejamento do meu funeral.</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito do desejo de participar do planejamento detalhado para o cenário de sua própria morte futura.</p>	
Indicador (130708) Mantém desejo atual	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente mantém seu desejo atual de possuir ou alcançar algo.</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você mantém seu desejo atual de possuir ou alcançar algo?</p>
	<p>Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>
	<p>1. Nunca mantenho o desejo atual de possuir ou alcançar algo. 2. Raramente mantenho o desejo atual de possuir ou alcançar algo. 3. Algumas vezes mantenho o desejo atual de possuir ou alcançar algo. 4. Frequentemente mantenho o desejo atual de possuir ou alcançar algo. 5. Sempre mantenho o desejo atual de possuir ou alcançar algo.</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito do paciente de suas preferências e desejos atuais.</p>	
Indicador (130709) Mantém diretivas antecipadas	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente manifesta vontade de forma antecipada, em relação aos cuidados e tratamentos para momentos em que a pessoa esteja incapacitada de se manifestar.</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você verbaliza vontade de forma antecipada, em relação aos cuidados e tratamentos para quando não conseguir se manifestar?</p>
	<p>Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>
	<p>1. Nunca verbalizo vontade de forma antecipada, em relação aos cuidados e tratamentos para quando eu não conseguir me manifestar. 2. Raramente verbalizo vontade de forma antecipada, em relação aos cuidados e tratamentos para quando eu não conseguir me manifestar. 3. Algumas vezes verbalizo vontade de forma antecipada, em relação aos cuidados e tratamentos para quando eu não conseguir me manifestar. 4. Frequentemente verbalizo vontade de forma antecipada, em relação aos cuidados e tratamentos para quando eu não conseguir me manifestar. 5. Sempre verbalizo vontade de forma antecipada, em relação aos cuidados e tratamentos para quando eu não conseguir me manifestar.</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito dos desejos/vontades, preferências de tratamento e objetivos compartilhados de cuidado.</p>	

Quadro 2 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-

1307” para pacientes sob cuidados paliativos. Recife/ Pernambuco, Brasil, 2023. (continuação)

Indicador (130710) Resolve problemas importantes	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente verbaliza resolver sobre problemas importantes.</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você resolve seus problemas que julga mais importantes?</p> <p>Magnitude da Definição Operacional <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>1. Nunca consigo resolver meus problemas que julgo mais importantes. 2. Raramente consigo resolver meus problemas que julgo mais importantes. 3. Algumas vezes consigo resolver meus problemas que julgo mais importantes. 4. Frequentemente consigo resolver meus problemas que julgo mais importantes. 5. Sempre consigo resolver meus problemas que julgo mais importantes.</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito sobre deixar as coisas em ordem, bem como resolução de problemas na sua história de vida.</p>	
Indicador (130711) Compartilha sentimentos sobre morrer	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente verbaliza sentimentos sobre morrer (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação).</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você verbaliza sentimentos sobre morrer, tais como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação?</p> <p>Magnitude da Definição Operacional <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>1. Nunca verbalizo sentimentos sobre morrer. 2. Raramente verbalizo sentimentos sobre morrer. 3. Algumas vezes verbalizo sentimentos sobre morrer. 4. Frequentemente verbalizo sentimentos sobre morrer. 5. Sempre verbalizo sentimentos sobre morrer.</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito dos sentimentos sobre morte e morrer e reações/atitudes desencadeadas pela aproximação do processo de finitude (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação).</p>	
Indicador (130712) Reconcilia relacionamentos	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente busca se reconciliar com seus relacionamentos afetivos.</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você busca se reconciliar com seus relacionamentos afetivos?</p> <p>Magnitude da Definição Operacional <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5</p> <p>1. Nunca busco me reconciliar com meus relacionamentos afetivos. 2. Raramente busco me reconciliar com meus relacionamentos afetivos. 3. Algumas vezes busco me reconciliar com meus relacionamentos afetivos. 4. Frequentemente busco me reconciliar com meus relacionamentos afetivos. 5. Sempre busco me reconciliar com meus relacionamentos afetivos.</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito do desejo de reconciliar pendências de seus relacionamentos, deixando de lado os ressentimentos e reconhecendo os erros cometidos.</p>	

Quadro 2 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” para pacientes sob cuidados paliativos. Recife/ Pernambuco, Brasil, 2023. (continuação)

Indicador (130713) Completa objetivos significantes	
Definição conceitual Proposta: Paciente busca completar seus objetivos significantes.	Questão para o paciente Proposta: Você alcança seus objetivos que são significativos na sua vida?
	Magnitude da Definição Operacional <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito do alcance efetivo de seus objetivos que são significativos na sua vida.	1. Nunca alcanço meus objetivos que são significativos na minha vida. 2. Raramente alcanço meus objetivos que são significativos na minha vida. 3. Algumas vezes alcanço meus objetivos que são significativos na minha vida. 4. Frequentemente alcanço meus objetivos que são significativos na minha vida. 5. Sempre alcanço meus objetivos que são significativos na minha vida.
Indicador (130714) Mantém senso de controle sobre o tempo restante	
Definição conceitual Proposta: Paciente verbaliza que mantém senso de controle sobre o tempo restante de vida.	Questão para o paciente Proposta: Você mantém senso de controle sobre o tempo restante de vida?
	Magnitude da Definição Operacional <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito do conhecimento sobre seu diagnóstico e prognóstico de vida.	1. Nunca mantenho senso de controle sobre o tempo restante de vida. 2. Raramente mantenho senso de controle sobre o tempo restante de vida. 3. Algumas vezes mantenho senso de controle sobre o tempo restante de vida. 4. Frequentemente mantenho senso de controle sobre o tempo restante de vida. 5. Sempre mantenho senso de controle sobre o tempo restante de vida.
Indicador (130715) Troca afeições com outros	
Definição conceitual Proposta: Paciente verbaliza trocar afeições (atitudes e sentimentos de amor, carinho e respeito) com as pessoas mais importantes da sua vida.	Questão para o paciente Proposta: Você troca afeições (atitudes e sentimentos de amor, carinho e respeito) com as pessoas mais importantes da sua vida?
	Magnitude da Definição Operacional <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito de atitudes e sentimentos de amor e carinho (beijo, abraço) para com as pessoas mais importantes da sua vida.	1. Nunca troco afeições (atitudes e sentimentos de amor, carinho e respeito) com as pessoas mais importantes da minha vida. 2. Raramente troco afeições (atitudes e sentimentos de amor, carinho e respeito) com as pessoas mais importantes da minha vida. 3. Algumas vezes troco afeições (atitudes e sentimentos de amor, carinho e respeito) com as pessoas mais importantes da minha vida. 4. Frequentemente troco afeições (atitudes e sentimentos de amor, carinho e respeito) com as pessoas mais importantes da minha vida. 5. Sempre troco afeições (atitudes e sentimentos de amor, carinho e respeito) com as pessoas mais importantes da minha vida.

Quadro 2 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” para pacientes sob cuidados paliativos. Recife/ Pernambuco, Brasil, 2023. (continuação)

Indicador (130716) Afasta-se gradualmente dos entes queridos	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente verbaliza se afastar de forma gradual dos seus entes queridos (pais, irmãos, filhos, companheiro, amigos).</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você afasta-se de forma gradual dos seus entes queridos (pais, irmãos, filhos, companheiro, amigos).</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito da ocorrência de afastamento por parte do paciente, devido à ideia de ser um causador de sofrimento para seus entes queridos diante da iminência da sua morte.</p>	<p>Magnitude da Definição Operacional <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>
	<p>1. Nunca me afasto de forma gradual dos meus entes queridos (pais, irmãos, filhos, companheiro, amigos). 2. Raramente me afasto de forma gradual dos meus entes queridos (pais, irmãos, filhos, companheiro, amigos). 3. Algumas vezes me afasto de forma gradual dos meus entes queridos (pais, irmãos, filhos, companheiro, amigos). 4. Frequentemente me afasto de forma gradual dos meus entes queridos (pais, irmãos, filhos, companheiro, amigos). 5. Sempre me afasto de forma gradual dos meus entes queridos (pais, irmãos, filhos, companheiro, amigos).</p>
Indicador (130717) Relembra memórias da vida	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente descreve sua história de vida, rememorando suas principais vivências e lembranças de momentos compartilhados pessoais e familiares.</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você relembra sua história de vida, rememorando suas principais vivências e lembranças de momentos compartilhados pessoais e familiares?</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito de revisão da história de vida, organização de memórias, revivendo circunstâncias pessoais e familiares e os principais momentos da sua vida.</p>	<p>Magnitude da Definição Operacional <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>
	<p>1. Nunca relembro minha história de vida, rememorando minhas principais vivências e lembranças de momentos compartilhados pessoais e familiares. 2. Raramente relembro minha história de vida, rememorando minhas principais vivências e lembranças de momentos compartilhados pessoais e familiares. 3. Algumas vezes relembro minha história de vida, rememorando minhas principais vivências e lembranças de momentos compartilhados pessoais e familiares. 4. Frequentemente relembro minha história de vida, rememorando minhas principais vivências e lembranças de momentos compartilhados pessoais e familiares. 5. Sempre relembro minha história de vida, rememorando minhas principais vivências e lembranças de momentos compartilhados pessoais e familiares.</p>

Quadro 2 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” para pacientes sob cuidados paliativos. Recife/ Pernambuco, Brasil, 2023. (continuação)

Indicador (130718) Revê realizações da vida	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente verbaliza satisfação pelo cumprimento das suas metas de vida.</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você se sente satisfeito pelo cumprimento das suas metas de vida?</p>
	<p>Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>
	<p>1. Nunca me sinto satisfeito pelo cumprimento das minhas metas de vida. 2. Raramente me sinto satisfeito pelo cumprimento das minhas metas de vida. 3. Algumas vezes me sinto satisfeito pelo cumprimento das minhas metas de vida. 4. Frequentemente me sinto satisfeito pelo cumprimento das minhas metas de vida. 5. Sempre me sinto satisfeito pelo cumprimento das minhas metas de vida.</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito de satisfação pelo cumprimento das metas planejadas em sua vida.</p>	
Indicador (130719) Discute experiências espirituais	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente verbaliza discutir sobre experiências espirituais (experiência subjetiva em que um indivíduo tem um encontro com uma entidade divina/contato com uma realidade transcendental).</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você discute sobre experiências espirituais (experiência subjetiva em que um indivíduo tem um encontro com uma entidade divina/contato com uma realidade transcendental)?</p>
	<p>Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5</p>
	<p>1. Nunca discuto sobre experiências espirituais (experiência subjetiva em que um indivíduo tem um encontro com uma entidade divina/contato com uma realidade transcendental). 2. Raramente discuto sobre experiências espirituais (experiência subjetiva em que um indivíduo tem um encontro com uma entidade divina/contato com uma realidade transcendental). 3. Algumas vezes discuto sobre experiências espirituais (experiência subjetiva em que um indivíduo tem um encontro com uma entidade divina/contato com uma realidade transcendental). 4. Frequentemente discuto sobre experiências espirituais (experiência subjetiva em que um indivíduo tem um encontro com uma entidade divina/contato com uma realidade transcendental). 5. Sempre discuto sobre experiências espirituais (experiência subjetiva em que um indivíduo tem um encontro com uma entidade divina/contato com uma realidade transcendental).</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito de vivências/experiências espirituais, reencontrando-se e vivendo a paz interior.</p>	

Quadro 2 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” para pacientes sob cuidados paliativos. Recife/ Pernambuco, Brasil, 2023. (continuação)

Indicador (130720) Discute conceitos espirituais	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente verbaliza discutir sobre conceitos espirituais (propósito e sentido que a pessoa encontra para a sua vida).</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você discute sobre conceitos espirituais (propósito e sentido que a pessoa encontra para a sua vida)?</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito da sua visão de espiritualidade como um modo de ser e/ou sentir a consciência da dimensão transcendental, envolvendo questões relacionadas ao significado e propósito de vida.</p>	<p>Magnitude da Definição Operacional <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca discuto sobre meus conceitos espirituais (propósito e sentido que a pessoa encontra para a sua vida). 2. Raramente discuto sobre meus conceitos espirituais (propósito e sentido que a pessoa encontra para a sua vida). 3. Algumas vezes discuto sobre meus conceitos espirituais (propósito e sentido que a pessoa encontra para a sua vida). 4. Frequentemente discuto sobre meus conceitos espirituais (propósito e sentido que a pessoa encontra para a sua vida). 5. Sempre discuto sobre meus conceitos espirituais (propósito e sentido que a pessoa encontra para a sua vida).
Indicador (130721) Mantém independência física	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente demonstra independência física, mesmo diante da progressão da doença, para executar as atividades de vida diárias.</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você tem independência física, mesmo diante da progressão da doença?</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito de alguma limitação e/ou deterioração física decorrente da progressão da doença, medo da incapacidade e sentimento de tristeza devido à perda da independência.</p>	<p>Magnitude da Definição Operacional <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca consigo manter minha independência física, mesmo diante da progressão da doença, para realizar minhas atividades de vida diárias. 2. Raramente consigo manter minha independência física, mesmo diante da progressão da doença, para realizar minhas atividades de vida diárias. 3. Algumas vezes consigo manter minha independência física, mesmo diante da progressão da doença, para realizar minhas atividades de vida diárias. 4. Frequentemente consigo manter minha independência física, mesmo diante da progressão da doença, para realizar minhas atividades de vida diárias. 5. Sempre consigo manter minha independência física, mesmo diante da progressão da doença, para realizar minhas atividades de vida diárias.

Quadro 2 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” para pacientes sob cuidados paliativos. Recife/ Pernambuco, Brasil, 2023. (continuação)

Indicador (130722) Controla escolhas de tratamento	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente verbaliza controle nas escolhas do seu tratamento junto à equipe multidisciplinar.</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você tem controle nas escolhas do seu tratamento junto à equipe multidisciplinar?</p>
	<p>Magnitude da Definição Operacional <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>1. Nunca tenho controle sobre as escolhas do meu tratamento junto à equipe multidisciplinar. 2. Raramente tenho controle sobre as escolhas do meu tratamento junto à equipe multidisciplinar. 3. Algumas vezes tenho controle sobre as escolhas do meu tratamento junto à equipe multidisciplinar. 4. Frequentemente tenho controle sobre as escolhas do meu tratamento junto à equipe multidisciplinar. 5. Sempre tenho controle sobre as escolhas do meu tratamento junto à equipe multidisciplinar.</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito das necessidades e preferências do paciente diante da transição dos cuidados curativos para os cuidados paliativos (autodecisão).</p>	
Indicador (130723) Controla ingestão de alimento e bebidas	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente controla a sua ingestão de alimentos e bebidas conforme prescrição dietética.</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você tem controle sobre a ingestão de alimentos e bebidas conforme prescrição dietética?</p>
	<p>Magnitude da Definição Operacional <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>1. Nunca tenho controle sobre a minha ingestão de alimentos e bebidas conforme prescrição dietética. 2. Raramente tenho controle sobre a minha ingestão de alimentos e bebidas conforme prescrição dietética. 3. Algumas vezes tenho controle sobre a minha ingestão de alimentos e bebidas conforme prescrição dietética. 4. Frequentemente tenho controle sobre a minha ingestão de alimentos e bebidas conforme prescrição dietética. 5. Sempre tenho controle sobre a minha ingestão de alimentos e bebidas conforme prescrição dietética.</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito de querer controlar a ingestão de alimentos e bebidas.</p>	

Quadro 2 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” para pacientes sob cuidados paliativos. Recife/ Pernambuco, Brasil, 2023. (conclusão)

Indicador (130724) Controla bens pessoais	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente verbaliza ter controle sobre seus bens pessoais (conhecimento de gestão e controle do patrimônio pessoal).</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você tem controle sobre seus bens pessoais (conhecimento de gestão e controle do patrimônio pessoal)?</p> <p>Magnitude da Definição Operacional <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>1. Nunca tenho controle sobre meus bens pessoais (conhecimento de gestão e controle do patrimônio pessoal). 2. Raramente tenho controle sobre meus bens pessoais (conhecimento de gestão e controle do patrimônio pessoal). 3. Algumas vezes tenho controle sobre meus bens pessoais (conhecimento de gestão e controle do patrimônio pessoal). 4. Frequentemente tenho controle sobre meus bens pessoais (conhecimento de gestão e controle do patrimônio pessoal). 5. Sempre tenho controle sobre meus bens pessoais (conhecimento de gestão e controle do patrimônio pessoal).</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito de alguma atitude de controle sobre bens pessoais.</p>	
Indicador (130725) Expressa preparo para a morte	
<p>Definição conceitual Proposta: Paciente expressa preparo para a morte (mantendo sua autonomia durante todo o seu processo de finitude).</p>	<p>Questão para o paciente Proposta: Você se sente preparado para a morte?</p> <p>Magnitude da Definição Operacional <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>1. Nunca me sinto preparado para a morte. 2. Raramente me sinto preparado para a morte. 3. Algumas vezes me sinto preparado para a morte. 4. Frequentemente me sinto preparado para a morte. 5. Sempre me sinto preparado para a morte.</p>
<p>Definição operacional Proposta: Relato verbal ou escrito de preparo para o processo de finitude.</p>	

Fonte: O autor, 2023.

A estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” para pacientes sob cuidados paliativos (Quadro 2) foi encaminhada para avaliação por cinco juízes. Todos os juízes eram do sexo feminino, tinham pós-graduação *lato sensu* (residência) e tempo médio de serviço em cuidados paliativos de 3,40 ($\pm 1,5$) anos. Três trabalhavam no Estado de Pernambuco e a média da idade foi de 30,40 ($\pm 5,6$) anos. Do total de indicadores avaliados pelos juízes, 11 foram considerados válidos com 100,0% de concordância para a pertinência e sem nenhuma sugestão de mudança. No entanto, foi mencionada a necessidade de pequenas revisões – destacadas em azul no quadro 3 – em 14 indicadores, para atingir o consenso de 100% entre os juízes.

Quadro 3 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos após a avaliação dos juízes. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023.

(continua)

RESULTADO DE ENFERMAGEM 1307 – Término de Vida com Dignidade	
Definição: Ações pessoais para manter o controle quando estiver se aproximando do final da vida.	
Indicador (130701) Coloca os negócios em dia	
Definição conceitual: Questões financeiras estão sem pendências	Questão para o paciente: Está em dia em relação a suas questões financeiras?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Definição operacional: Relato verbal ou escrito sobre questões financeiras sem pendências	1. Nunca estou em dia em relação às questões financeiras. 2. Raramente estou em dia em relação às questões financeiras. 3. Algumas vezes estou em dia em relação às questões financeiras. 4. Frequentemente estou em dia em relação às questões financeiras. 5. Sempre estou em dia em relação às questões financeiras.
Indicador (130702) Expressa esperança	
Definição conceitual: Verbaliza sentimento de quem vê como possível a realização das suas vontades; confiança em coisa boa.	Questão para o paciente: Você vê como possível a realização das suas vontades?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Definição operacional: Relato verbal ou escrito do sentimento de realização dos seus desejos.	1. Nunca acredito que seja possível a realização do que desejo. 2. Raramente acredito que seja possível a realização do que desejo. 3. Algumas vezes acredito que seja possível a realização do que desejo. 4. Frequentemente acredito que seja possível a realização do que desejo. 5. Sempre acredito que é possível seja realização do que desejo.
Indicador (130703) Participa em decisões relacionadas ao cuidado	
Definição conceitual: Paciente participa em decisões relacionadas ao seu cuidado junto com a equipe multidisciplinar.	Questão para o paciente: Você participa em decisões relacionadas ao seu cuidado?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Definição operacional: Relato verbal ou escrito da participação efetiva no tratamento e tomada de decisão sobre os cuidados à sua saúde.	1. Nunca participo em decisões relacionadas ao cuidado. 2. Raramente participo em decisões relacionadas ao cuidado. 3. Algumas vezes participo em decisões relacionadas ao cuidado. 4. Frequentemente participo em decisões relacionadas ao cuidado. 5. Sempre participo em decisões relacionadas ao cuidado.
Indicador (130704) Participa em decisões sobre hospitalização	
Definição conceitual: Paciente participa em decisões relativas à hospitalização junto com a equipe multidisciplinar.	Questão para o paciente: Você participa em decisões relacionadas à eventual hospitalização?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Definição operacional: Relato verbal ou escrito da participação no processo de hospitalização e tomada de decisão.	1. Nunca participo em decisões relacionadas à eventual hospitalização. 2. Raramente participo em decisões relacionadas à eventual hospitalização. 3. Algumas vezes participo em decisões relacionadas à eventual hospitalização. 4. Frequentemente participo em decisões relacionadas à eventual hospitalização. 5. Sempre participo em decisões relacionadas à eventual hospitalização.

Quadro 3 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos após a avaliação dos juízes. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023.
(continuação)

Indicador (130705) Participa em decisões sobre ressuscitação	
Definição conceitual: Paciente participa em decisões sobre eventual procedimento de ressuscitação com a equipe multidisciplinar.	Questão para o paciente: Você participa em decisões sobre eventual procedimento de ressuscitação com a equipe multidisciplinar?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
	1. Nunca participo em decisões sobre eventual procedimento de ressuscitação. 2. Raramente participo em decisões sobre eventual procedimento de ressuscitação. 3. Algumas vezes participo em decisões sobre eventual procedimento de ressuscitação. 4. Frequentemente participo em decisões sobre eventual procedimento de ressuscitação. 5. Sempre participo em decisões sobre eventual procedimento de ressuscitação.
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de conhecimento e interesse sobre processo de ressuscitação.	
Indicador (130706) Controla decisões sobre doação de órgãos	
Definição conceitual: Paciente toma decisões sobre doação de seus órgãos.	Questão para o paciente: Você toma decisões sobre doação de seus órgãos?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
	1. Nunca tomo decisões sobre doação de órgãos. 2. Raramente tomo decisões sobre doação de órgãos. 3. Algumas vezes tomo decisões sobre doação de órgãos. 4. Frequentemente tomo decisões sobre doação de órgãos. 5. Sempre tomo decisões sobre doação de órgãos.
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de conhecimento e interesse sobre tomada de decisão diante do processo de doação de órgãos.	
Indicador (130707) Participa do planejamento funeral	
Definição conceitual: Paciente participa do planejamento do seu funeral.	Questão para o paciente: Você participa do planejamento do seu funeral?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
	1. Nunca participo do planejamento do meu funeral. 2. Raramente participo do planejamento do meu funeral. 3. Algumas vezes participo do planejamento do meu funeral. 4. Frequentemente participo do planejamento do meu funeral. 5. Sempre participo do planejamento do meu funeral.
Definição operacional: Relato verbal ou escrito do desejo de participar do planejamento detalhado para o cenário de sua própria morte futura.	
Indicador (130708) Mantém desejo atual	
Definição conceitual: Paciente mantém seu desejo atual de possuir ou alcançar algo.	Questão para o paciente: Você mantém seu desejo atual de possuir ou alcançar algo?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
	1. Nunca mantenho o desejo atual de possuir ou alcançar algo. 2. Raramente mantenho o desejo atual de possuir ou alcançar algo. 3. Algumas vezes mantenho o desejo atual de possuir ou alcançar algo. 4. Frequentemente mantenho o desejo atual de possuir ou alcançar algo. 5. Sempre mantenho o desejo atual de possuir ou alcançar algo.
Definição operacional: Relato verbal ou escrito do paciente de suas preferências e desejos atuais.	

Quadro 3 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos após a avaliação dos juízes. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023. (continuação)

Indicador (130709) Mantém diretivas antecipadas	
Definição conceitual: Paciente manifesta vontade de forma antecipada, em relação aos cuidados e tratamentos para momentos em que a pessoa esteja incapacitada de se manifestar.	Questão para o paciente: Você verbaliza vontade de forma antecipada, em relação aos cuidados e tratamentos para quando não conseguir se manifestar?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
	1. Nunca verbalizo vontade de forma antecipada, em relação aos cuidados e tratamentos para quando eu não conseguir me manifestar.
	2. Raramente verbalizo vontade de forma antecipada, em relação aos cuidados e tratamentos para quando eu não conseguir me manifestar.
	3. Algumas vezes verbalizo vontade de forma antecipada, em relação aos cuidados e tratamentos para quando eu não conseguir me manifestar.
	4. Frequentemente verbalizo vontade de forma antecipada, em relação aos cuidados e tratamentos para quando eu não conseguir me manifestar.
	5. Sempre verbalizo vontade de forma antecipada, em relação aos cuidados e tratamentos para quando eu não conseguir me manifestar.
Definição operacional: Relato verbal ou escrito dos desejos/vontades, preferências de tratamento e objetivos compartilhados de cuidado.	
Indicador (130710) Resolve problemas importantes	
Definição conceitual: Paciente consegue resolver seus problemas importantes.	Questão para o paciente: Você consegue resolver seus problemas que julga mais importantes?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
	1. Nunca consigo resolver meus problemas que julgo mais importantes.
	2. Raramente consigo resolver meus problemas que julgo mais importantes.
	3. Algumas vezes consigo resolver meus problemas que julgo mais importantes.
	4. Frequentemente consigo resolver meus problemas que julgo mais importantes.
	5. Sempre consigo resolver meus problemas que julgo mais importantes.
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de deixar as coisas em ordem, bem como resolução de problemas na sua história de vida.	
Indicador (130711) Compartilha sentimentos sobre morrer	
Definição conceitual: Paciente verbaliza sentimentos sobre morrer (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação).	Questão para o paciente: Você verbaliza sentimentos sobre morrer, tais como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
	1. Nunca verbalizo sentimentos sobre morrer.
	2. Raramente verbalizo sentimentos sobre morrer.
	3. Algumas vezes verbalizo sentimentos sobre morrer.
	4. Frequentemente verbalizo sentimentos sobre morrer.
	5. Sempre verbalizo sentimentos sobre morrer.
Definição operacional: Relato verbal ou escrito dos sentimentos sobre morte e morrer e reações/atitudes desencadeadas pela aproximação do processo de finitude (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação).	

Quadro 3 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos após a avaliação dos juízes. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023.

(continuação)

Indicador (130712) Reconcilia relacionamentos	
Definição conceitual: Paciente busca se reconciliar com seus relacionamentos afetivos.	Questão para o paciente: Você busca se reconciliar com seus relacionamentos afetivos?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Definição operacional: Relato verbal ou escrito do desejo de reconciliar pendências de seus relacionamentos, deixando de lado os ressentimentos e reconhecendo os erros cometidos.	1. Nunca busco me reconciliar com meus relacionamentos afetivos. 2. Raramente busco me reconciliar com meus relacionamentos afetivos. 3. Algumas vezes busco me reconciliar com meus relacionamentos afetivos. 4. Frequentemente busco me reconciliar com meus relacionamentos afetivos. 5. Sempre busco me reconciliar com meus relacionamentos afetivos.
Indicador (130713) Completa objetivos significantes	
Definição conceitual: Paciente busca alcançar seus objetivos significantes.	Questão para o paciente: Você alcança seus objetivos que são significativas na sua vida?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Definição operacional: Relato verbal ou escrito do alcance efetivo de seus objetivos que são significativos na sua vida.	1. Nunca alcanço meus objetivos que são significativos na minha vida. 2. Raramente alcanço meus objetivos que são significativos na minha vida. 3. Algumas vezes alcanço meus objetivos que são significativos na minha vida. 4. Frequentemente alcanço meus objetivos que são significativos na minha vida. 5. Sempre alcanço meus objetivos que são significativos na minha vida.
Indicador (130714) Mantém senso de controle sobre o tempo restante	
Definição conceitual: Paciente mantém senso de controle sobre o tempo restante de vida.	Questão para o paciente: Você mantém senso de controle sobre o tempo restante de vida?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Definição operacional: Relato verbal ou escrito do conhecimento sobre seu diagnóstico e prognóstico de vida.	1. Nunca mantenho senso de controle sobre o tempo restante de vida. 2. Raramente mantenho senso de controle sobre o tempo restante de vida. 3. Algumas vezes mantenho senso de controle sobre o tempo restante de vida. 4. Frequentemente mantenho senso de controle sobre o tempo restante de vida. 5. Sempre mantenho senso de controle sobre o tempo restante de vida.

Quadro 3 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos após a avaliação dos juízes. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023.

(continuação)

Indicador (130715) Troca afeições com outros	
Definição conceitual: Paciente troca afeições (atitudes e sentimentos de amor, carinho e respeito) com as pessoas mais importantes da sua vida.	Questão para o paciente: Você troca afeições (atitudes e sentimentos de amor, carinho e respeito) com as pessoas mais importantes da sua vida?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de atitudes e sentimentos de amor e carinho (beijo, abraço) para com as pessoas mais importantes da sua vida.	1. Nunca troco afeições (atitudes e sentimentos de amor, carinho e respeito) com as pessoas mais importantes da sua vida. 2. Raramente troco afeições (atitudes e sentimentos de amor, carinho e respeito) com as pessoas mais importantes da sua vida. 3. Algumas vezes troco afeições (atitudes e sentimentos de amor, carinho e respeito) com as pessoas mais importantes da sua vida. 4. Frequentemente troco afeições (atitudes e sentimentos de amor, carinho e respeito) com as pessoas mais importantes da sua vida. 5. Sempre troco afeições (atitudes e sentimentos de amor, carinho e respeito) com as pessoas mais importantes da sua vida.
Indicador (130716) Afasta-se gradualmente dos entes queridos	
Definição conceitual: Paciente se afasta de forma gradual dos seus entes queridos (pais, irmãos, filhos, companheiro, amigos).	Questão para o paciente: Você tem se afastado de forma gradual dos seus entes queridos (pais, irmãos, filhos, companheiro, amigos)?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Definição operacional: Relato verbal ou escrito da ocorrência de afastamento por parte do paciente, devido à ideia de ser um causador de sofrimento para seus entes queridos diante da iminência da sua morte.	1. Nunca me afasto de forma gradual dos seus entes queridos (pais, irmãos, filhos, companheiro, amigos). 2. Raramente me afasto de forma gradual dos seus entes queridos (pais, irmãos, filhos, companheiro, amigos). 3. Algumas vezes me afasto de forma gradual dos seus entes queridos (pais, irmãos, filhos, companheiro, amigos). 4. Frequentemente me afasto de forma gradual dos seus entes queridos (pais, irmãos, filhos, companheiro, amigos). 5. Sempre me afasto de forma gradual dos seus entes queridos (pais, irmãos, filhos, companheiro, amigos).
Indicador (130717) Relembra memórias da vida	
Definição conceitual: Paciente descreve sua história de vida, rememorando suas principais vivências e lembranças de momentos compartilhados pessoais e familiares.	Questão para o paciente: Você relembra sua história de vida, rememorando suas principais vivências e lembranças de momentos compartilhados pessoais e familiares?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de revisão da história de vida, organização de memórias, revivendo circunstâncias pessoais e familiares e os principais momentos da sua vida.	1. Nunca relembro minha história de vida, rememorando minhas principais vivências e lembranças de momentos compartilhados pessoais e familiares. 2. Raramente relembro minha história de vida, rememorando minhas principais vivências e lembranças de momentos compartilhados pessoais e familiares. 3. Algumas vezes relembro minha história de vida, rememorando minhas principais vivências e lembranças de momentos compartilhados pessoais e familiares. 4. Frequentemente relembro minha história de vida, rememorando minhas principais vivências e lembranças de momentos compartilhados pessoais e familiares. 5. Sempre relembro minha história de vida, rememorando minhas principais vivências e lembranças de momentos compartilhados pessoais e familiares.

Quadro 3 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos após a avaliação dos juízes. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023.

(continuação)

Indicador (130718) Revê realizações da vida	
Definição conceitual: Paciente verbaliza satisfação pelo cumprimento das suas metas de vida.	Questão para o paciente: Você se sente satisfeito pelo cumprimento das suas metas de vida?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
	1. Nunca me sinto satisfeito pelo cumprimento das minhas metas de vida. 2. Raramente me sinto satisfeito pelo cumprimento das minhas metas de vida. 3. Algumas vezes me sinto satisfeito pelo cumprimento das minhas metas de vida. 4. Frequentemente me sinto satisfeito pelo cumprimento das minhas metas de vida. 5. Sempre me sinto satisfeito pelo cumprimento das minhas metas de vida.
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de satisfação pelo cumprimento das metas planejadas em sua vida.	
Indicador (130719) Discute experiências espirituais	
Definição conceitual: Paciente discute sobre suas experiências espirituais (experiência subjetiva em que um indivíduo tem um encontro com uma entidade divina/contato com uma realidade transcendental).	Questão para o paciente: Você discute sobre suas experiências espirituais (experiência subjetiva em que um indivíduo tem um encontro com uma entidade divina/contato com uma realidade transcendental)?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
	1. Nunca discuto sobre experiências espirituais (experiência subjetiva em que um indivíduo tem um encontro com uma entidade divina/contato com uma realidade transcendental). 2. Raramente discuto sobre experiências espirituais (experiência subjetiva em que um indivíduo tem um encontro com uma entidade divina/contato com uma realidade transcendental). 3. Algumas vezes discuto sobre experiências espirituais (experiência subjetiva em que um indivíduo tem um encontro com uma entidade divina/contato com uma realidade transcendental). 4. Frequentemente discuto sobre experiências espirituais (experiência subjetiva em que um indivíduo tem um encontro com uma entidade divina/contato com uma realidade transcendental). 5. Sempre discuto sobre experiências espirituais (experiência subjetiva em que um indivíduo tem um encontro com uma entidade divina/contato com uma realidade transcendental).
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de vivências/experiências espirituais, reencontrando-se e vivendo a paz interior.	
Indicador (130720) Discute conceitos espirituais	
Definição conceitual: Paciente discute sobre seus conceitos espirituais (propósito e sentido que a pessoa encontra para a sua vida).	Questão para o paciente: Você discute sobre seus conceitos espirituais (propósito e sentido que a pessoa encontra para a sua vida)?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
	1. Nunca discuto sobre meus conceitos espirituais (propósito e sentido que a pessoa encontra para a sua vida). 2. Raramente discuto sobre meus conceitos espirituais (propósito e sentido que a pessoa encontra para a sua vida). 3. Algumas vezes discuto sobre meus conceitos espirituais (propósito e sentido que a pessoa encontra para a sua vida). 4. Frequentemente discuto sobre meus conceitos espirituais (propósito e sentido que a pessoa encontra para a sua vida). 5. Sempre discuto sobre meus conceitos espirituais (propósito e sentido que a pessoa encontra para a sua vida).
Definição operacional: Relato verbal ou escrito da sua visão de espiritualidade como um modo de ser e/ou sentir a consciência da dimensão transcendental, envolvendo questões relacionadas ao significado e propósito de vida.	

Quadro 3 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”

em pacientes sob cuidados paliativos após a avaliação dos juízes. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023. (continuação)

Indicador (130721) Mantém independência física	
Definição conceitual: Paciente consegue manter sua independência física, mesmo diante da progressão da doença, para executar as atividades de vida diárias.	Questão para o paciente: Você consegue manter sua independência física, mesmo diante da progressão da doença?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de alguma limitação e/ou deterioração física, decorrente da progressão da doença, medo da incapacidade e sentimentos de tristeza devido à perda da independência.	1. Nunca consigo manter minha independência física, mesmo diante da progressão da doença, para realizar minhas atividades de vida diárias.
	2. Raramente consigo manter minha independência física, mesmo diante da progressão da doença, para realizar minhas atividades de vida diárias. 3. Algumas vezes consigo manter minha independência física, mesmo diante da progressão da doença, para realizar minhas atividades de vida diárias. 4. Frequentemente consigo manter minha independência física, mesmo diante da progressão da doença, para realizar minhas atividades de vida diárias. 5. Sempre consigo manter minha independência física, mesmo diante da progressão da doença, para realizar minhas atividades de vida diárias.
Indicador (130722) Controla escolhas de tratamento	
Definição conceitual: Paciente tem controle sobre as escolhas do seu tratamento junto à equipe multidisciplinar.	Questão para o paciente: Você tem controle sobre as escolhas do seu tratamento junto à equipe multidisciplinar?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Definição operacional: Relato verbal ou escrito das necessidades e preferências do paciente diante da transição dos cuidados curativos para os cuidados paliativos (autodecisão).	1. Nunca tenho controle sobre as escolhas do meu tratamento junto à equipe multidisciplinar.
	2. Raramente tenho controle sobre as escolhas do meu tratamento junto à equipe multidisciplinar. 3. Algumas vezes tenho controle sobre as escolhas do meu tratamento junto à equipe multidisciplinar. 4. Frequentemente tenho controle sobre as escolhas do meu tratamento junto à equipe multidisciplinar. 5. Sempre tenho controle sobre as escolhas do meu tratamento junto à equipe multidisciplinar.
Indicador (130723) Controla ingestão de alimento e bebidas	
Definição conceitual: Paciente controla a sua ingestão de alimentos e bebidas conforme prescrição dietética.	Questão para o paciente: Você tem controle sobre a sua ingestão de alimentos e bebidas conforme prescrição dietética?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de querer controlar a ingestão de alimentos e bebidas.	1. Nunca tenho controle sobre a minha ingestão de alimentos e bebidas conforme prescrição dietética.
	2. Raramente tenho controle sobre a minha ingestão de alimentos e bebidas conforme prescrição dietética. 3. Algumas vezes tenho controle sobre a minha ingestão de alimentos e bebidas conforme prescrição dietética. 4. Frequentemente tenho controle sobre a minha ingestão de alimentos e bebidas conforme prescrição dietética. 5. Sempre tenho controle sobre a minha ingestão de alimentos e bebidas conforme prescrição dietética.

Quadro 3 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos após a avaliação dos juízes. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023. (conclusão)

Indicador (130724) Controla bens pessoais	
Definição conceitual: Paciente tem controle sobre seus bens pessoais (conhecimento de gestão e controle do patrimônio pessoal).	Questão para o paciente: Você tem controle sobre seus bens pessoais (conhecimento de gestão e controle do patrimônio pessoal)?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de alguma atitude de controle sobre bens pessoais.	1. Nunca tenho controle sobre meus bens pessoais (conhecimento de gestão e controle do patrimônio pessoal). 2. Raramente tenho controle sobre meus bens pessoais (conhecimento de gestão e controle do patrimônio pessoal). 3. Algumas vezes tenho controle sobre meus bens pessoais (conhecimento de gestão e controle do patrimônio pessoal). 4. Frequentemente tenho controle sobre meus bens pessoais (conhecimento de gestão e controle do patrimônio pessoal). 5. Sempre tenho controle sobre meus bens pessoais (conhecimento de gestão e controle do patrimônio pessoal).
Indicador (130725) Expressa preparo para a morte	
Definição conceitual: Paciente expressa preparo para a morte (mantendo sua autonomia durante todo o seu processo de finitude).	Questão para o paciente: Você se sente preparado para a morte?
	Magnitude da Definição Operacional () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Definição operacional: Relato verbal ou escrito de preparo para o processo de finitude.	1. Nunca me sinto preparado para a morte. 2. Raramente me sinto preparado para a morte. 3. Algumas vezes me sinto preparado para a morte. 4. Frequentemente me sinto preparado para a morte. 5. Sempre me sinto preparado para a morte.

Fonte: O autor, 2023.

5.2 IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “TÉRMINO DE VIDA COM DIGNIDADE-1307”

Os resultados do estudo estão apresentados em tabelas de caracterização sociodemográfica, econômica e clínica, como também de relação desses dados com os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” da NOC. Observou-se, como predominantes na amostra analisada, o sexo feminino (61,5%), cor branca (46,2%), de situação conjugal com companheiro (53,8%) e praticante de alguma religião (94,2%). A maioria dos participantes sabia ler e escrever (80,8%) e tinha como diagnóstico de base o câncer (46,2%). A idade média identificada foi de 60,65 ($\pm 17,98$) anos e a mediana do tempo em cuidados paliativos era de três meses. No que diz respeito ao aspecto econômico, observou-se uma frequência maior na faixa de um a três salários-mínimos (98,1%), considerando R\$ 1.212,00 o valor do salário-mínimo no momento da pesquisa. Maiores detalhes podem ser consultados na Tabela 1.

Tabela 1 – Características dos pacientes sob cuidados paliativos segundo dados sociodemográficos, econômicos e clínicos. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	32	61,5
Masculino	20	38,5
Estado Civil		
Com companheiro(a)	28	53,8
Sem companheiro(a)	24	46,2
Renda familiar		
Entre 1 e 3 salários mínimos	51	98,1
Até 1 salário mínimo	1	1,9
Raça		
Branca	24	46,2
Preta	14	26,9
Parda	13	25
Amarela	1	1,9
Religião		
Praticante	49	94,2
Não praticante	3	5,8
Ocupação		
Aposentado/Beneficiado	42	80,8
Outros	10	19,2
Sabe ler/escrever		
Sim	42	80,8
Não	10	19,2
Diagnóstico de base		
Câncer	24	46,2
HTLV	11	21,2
HIV	4	7,7
Outros	13	25

	Média	Mediana	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo	Valor p*
Idade [†]	60,65	60	17,98	23	92	0,200
Tempo em CPs [‡]	5,85	3	8,70	1	48	<0,001

Fonte: O autor, 2023.

*Valor p do teste de Kolmogorov-Smirnov; [†]Idade expressa em anos; [‡]Tempo em cuidados paliativos expresso em meses.

Em relação aos indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” da NOC, a tabela 2 apresenta a caracterização da amostra pesquisada. Os resultados foram descritos conforme a frequência de demonstração para cada um dos indicadores estudados. Nesta pesquisa, foram evidenciados todos os valores de 1 a 5 da escala Likert, conforme descrito na NOC.

A maior parte dos indicadores obteve a maioria das respostas dos pacientes na escala “consistentemente demonstrado”. O indicador “mantém senso de controle

sobre o tempo restante” (28,8%) obteve a maioria das respostas na escala “frequentemente demonstrado”. Já o indicador “mantém diretivas antecipadas” obteve a maioria das repostas divididas proporcionalmente nas escalas “algumas vezes demonstrado” (28,8%) e “frequentemente demonstrado” (28,8%). Um único indicador – “compartilha sentimentos sobre morrer” – obteve a maioria das respostas na escala “algumas vezes demonstrado” (32,7%). Por fim, somente dois indicadores enquadraram-se no nível “nunca demonstrado”, foram eles: “afasta-se gradualmente dos entes queridos” (61,5%) e “controla bens pessoais” (40,4%). Contudo, o indicador “afasta-se gradualmente dos entes queridos” pode ser considerado um indicador invertido, ou seja, a resposta “nunca demonstrado” é a ideal.

Tabela 2 – Caracterização dos pacientes sob cuidados paliativos quanto à demonstração dos indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023

Indicadores	Nunca demonstrado		Raramente demonstrado		Algumas vezes demonstrado		Frequentemente demonstrado		Consistentemente demonstrado	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Coloca os negócios em dia	7	13,5	4	7,7	5	9,6	7	13,5	29	55,8
Expressa esperança	4	7,7	1	1,9	6	11,5	4	7,7	37	71,2
Participa em decisões relacionadas ao cuidado	2	3,8	7	13,5	5	9,6	6	11,5	32	61,5
Participa em decisões sobre hospitalização	2	3,8	4	13,5	4	7,7	7	13,5	32	61,5
Participa em decisões sobre ressuscitação	2	3,8	7	13,5	4	7,7	7	13,5	32	61,5
Controla decisões sobre doação de órgãos	2	3,8	7	13,5	4	7,7	7	13,5	32	61,5
Participa do planejamento do funeral	14	26,9	4	7,7	9	17,3	6	11,5	19	36,5
Mantém desejo atual	9	17,3	1	1,9	5	9,6	5	9,6	32	61,5
Mantém diretivas antecipadas	1	1,9	7	13,5	15	28,8	15	28,8	14	26,9
Resolve problemas importantes	7	13,5	1	1,9	11	21,2	5	9,6	28	53,8
Compartilha sentimentos sobre morrer	11	21,2	4	7,7	17	32,7	6	11,5	14	26,9
Reconcilia relacionamentos	6	11,5	7	13,5	12	23,1	6	11,5	21	40,4
Completa objetivos significantes	9	17,3	2	3,8	11	21,2	12	23,1	18	34,6
Mantém senso de controle sobre o tempo restante	12	23,1	1	1,9	14	26,9	15	28,8	10	19,2
Troca afeições com outros	7	13,5	3	5,8	11	21,2	9	17,3	22	42,3
Afasta-se gradualmente dos entes queridos	32	61,5	2	3,8	7	13,5	1	1,9	10	19,2
Relembra memórias da vida	1	1,9	4	7,7	7	13,5	5	9,6	35	67,3
Revê realizações da vida	2	3,8	3	5,8	6	11,5	5	9,6	36	69,2
Discute experiências espirituais	2	3,8	4	7,7	16	30,8	10	19,2	20	38,5
Discute conceitos espirituais	2	3,8	4	7,7	17	32,7	9	17,3	20	38,5
Mantém independência física	11	21,2	7	13,5	6	11,5	11	21,2	17	32,7
Controla escolhas de tratamento	5	9,6	5	9,6	7	13,5	5	9,6	30	57,7
Controla ingestão de alimento e bebidas	2	3,8	2	3,8	4	7,7	1	1,9	43	82,7
Controla bens pessoais	21	40,4	6	11,5	5	9,6	5	9,6	15	28,8
Expressa preparo para a morte	16	30,8	4	7,7	5	9,6	10	19,2	17	32,7

Fonte: dados da pesquisa

*indicador invertido

Quanto à caracterização sociodemográfica e econômica dos pacientes sob cuidados paliativos, a tabela 3 apresenta as relações desses dados com os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” da NOC.

Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre o diagnóstico de base e alguns indicadores, onde, na avaliação do tamanho de efeito, foi verificado que essa relação estava restrita a determinados diagnósticos, como, por exemplo: “Mantém senso de controle sobre o tempo restante” ($p=0,034$), que apresentou uma relação estatisticamente moderada quando comparados os grupos de pacientes com diagnóstico de Câncer (CA) e HTLV ($p=0,034$; $r=0,47$); “Controla bens pessoais” ($p=0,023$), que apresentou uma relação estatisticamente forte, quando comparados os grupos de pacientes com diagnóstico de CA e HTLV ($p=0,015$; $r=0,51$); e “Expressa preparo para a morte” ($p=0,032$), que apresentou uma relação estatisticamente forte, quando comparados os grupos de pacientes com diagnóstico de HTLV e HIV ($p=0,031$; $r=0,72$).

Além disso, foram observadas outras relações estatisticamente significantes entre as variáveis e os indicadores. A variável religião apresentou uma relação moderada com o indicador “Expressa esperança” ($p=0,025$; $r=0,37$); a variável ocupação apresentou uma relação fraca com o indicador “Mantém desejo atual” ($p=0,042$; $r=0,28$) e uma relação moderada com o indicador “Mantém independência física” ($p=0,005$; $r=0,39$). A variável sabe ler/escrever apresentou uma relação fraca com o indicador “Coloca os negócios em dia” ($p=0,038$; $r=0,29$); uma relação moderada com os indicadores “Expressa esperança” ($p=0,001$; $r=0,46$), “Resolve problemas importantes” ($p=0,004$; $r=0,40$), “Reconcilia relacionamentos” ($p=0,004$; $r=0,40$), “Completa objetivos significantes” ($p=0,003$; $r=0,41$), “Mantém independência física” ($p=0,009$; $r=0,36$), e Controla bens pessoais ($p=0,016$; $r=0,33$); e uma relação forte com o indicador “Controla ingestão de alimento e bebidas” ($p=0,000$; $r=0,70$).

Tabela 3 – Análise da relação entre as variáveis qualitativas de pacientes em CPs e os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”.
Recife/Pernambuco, Brasil, 2023.
(continua)

Variáveis Indicadores	Diagnóstico de base*	Sexo†	Raça*	Estado civil†	Religião†	Renda†	Ocupação†	Sabe ler/ escrever†
Coloca os negócios em dia	0,257	0,693	0,250	0,341	0,971	0,577	0,788	0,038 ‡
Expressa esperança	0,497	0,564	0,811	0,198	0,025 ‡	0,731	0,727	0,001 ‡
Participa em decisões relacionadas ao cuidado	0,341	0,511	0,124	0,975	0,475	0,615	0,532	0,489
Participa em decisões sobre hospitalização	0,300	0,457	0,112	0,992	0,452	0,615	0,604	0,506
Participa em decisões sobre ressuscitação	0,300	0,457	0,112	0,992	0,452	0,615	0,604	0,506
Controla decisões sobre doação de órgãos	0,300	0,457	0,112	0,992	0,452	0,615	0,604	0,506
Participa do planejamento do funeral	0,196	0,519	0,509	0,682	0,343	0,385	0,214	0,311
Mantém desejo atual	0,273	0,425	0,794	0,418	0,971	0,500	0,042 ‡	0,331
Mantém diretivas antecipadas	0,067	0,689	0,480	0,842	0,363	0,615	0,258	0,149
Resolve problemas importantes	0,053	0,781	0,456	0,665	0,576	0,538	0,120	0,004 ‡
Compartilha sentimentos sobre morrer	0,210	0,892	0,824	0,704	0,167	0,269	0,564	0,746
Reconcilia relacionamentos	0,670	0,356	0,528	0,508	0,363	0,423	0,160	0,004 ‡
Completa objetivos significantes	0,054	0,340	0,756	0,377	0,524	0,346	0,312	0,003 ‡
Mantém senso de controle sobre o tempo restante	0,034 ‡	0,763	0,896	0,460	0,912	0,769	0,381	0,113
Troca afeições com outros	0,220	0,058	0,197	0,537	0,767	0,423	0,068	0,400
Afasta-se gradualmente dos entes queridos	0,094	0,300	0,487	0,591	0,767	0,615	0,894	0,650
Relembra memórias da vida	0,575	0,113	0,533	0,612	0,343	0,115	0,706	0,596
Revê realizações da vida	0,578	0,274	0,322	0,514	0,363	0,692	0,809	0,989
Discute experiências espirituais	0,490	0,429	0,327	0,657	0,193	0,962	0,421	0,421
Discute conceitos espirituais	0,377	0,347	0,400	0,992	0,193	0,962	0,942	0,855
Mantém independência física	0,112	0,938	0,401	0,799	0,602	0,346	0,005 ‡	0,009 ‡
Controla escolhas de tratamento	0,065	0,419	0,224	0,935	0,452	0,577	0,678	0,277
Controla ingestão de alimento e bebidas	0,100	0,248	0,895	0,676	0,602	0,846	0,470	0,000 ‡
Controla bens pessoais	0,023 ‡	0,686	0,301	0,563	0,683	0,423	0,128	0,016 ‡
Expressa preparo para a morte	0,032 ‡	0,930	0,928	0,555	0,132	0,346	0,462	0,515

Fonte: O autor, 2023.

*Teste de Kruskal-Wallis; †Teste U de Mann-Whitney; ‡p valor < 0,05.

Em relação às variáveis quantitativas dos pacientes sob cuidados paliativos, a tabela 4 apresenta as relações desses dados com os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” da NOC. A variável idade apresentou correlação negativa fraca, estatisticamente significativa, com o indicador “Completa objetivos significantes” ($p=0,021$; $r_s= -0,319$), sendo observada uma variância compartilhada entre as variáveis de 10,1% quando calculado o tamanho de efeito. Já o tempo em cuidados paliativos apresentou uma correlação negativa fraca, estatisticamente significativa, com o indicador “Mantém independência física” ($p=0,033$; $r_s= 0,296$). O tamanho do efeito de correlação demonstrou que as variáveis apresentam 8,7% de variância compartilhada entre si.

Tabela 4 – Análise de correlação entre as variáveis quantitativas de pacientes em CPs e os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”. Recife/Pernambuco, Brasil, 2023.

Variáveis	Idade [†]	Tempo em CP [†]
Indicadores		
Coloca os negócios em dia	0,499	0,475
Expressa esperança	0,066	0,258
Participa em decisões relacionadas ao cuidado	0,834	0,662
Participa em decisões sobre hospitalização	0,778	0,634
Participa em decisões sobre ressuscitação	0,778	0,634
Controla decisões sobre doação de órgãos	0,778	0,634
Participa do planejamento do funeral	0,795	0,490
Mantém desejo atual	0,828	0,896
Mantém diretivas antecipadas	0,441	0,778
Resolve problemas importantes	0,169	0,597
Compartilha sentimentos sobre morrer	0,132	0,075
Reconcilia relacionamentos	0,387	0,855
Completa objetivos significantes	0,021[†]	0,168
Mantém senso de controle sobre o tempo restante	0,937	0,089
Troca afeições com outros	0,434	0,386
Afasta-se gradualmente dos entes queridos	0,279	0,441
Relembra memórias da vida	0,967	0,473
Revê realizações da vida	0,499	0,379
Discute experiências espirituais	0,381	0,081
Discute conceitos espirituais	0,642	0,572
Mantém independência física	0,052	0,033[†]
Controla escolhas de tratamento	0,075	0,846
Controla ingestão de alimento e bebidas	0,123	0,421
Controla bens pessoais	0,210	0,626
Expressa preparo para a morte	0,716	0,177

Fonte: O autor, 2023.

[†]Teste de Correlação de Spearman; [†]p valor < 0,05.

6 DISCUSSÃO

Em conformidade com a seção dos resultados, a discussão será também apresentada de acordo com as etapas da pesquisa.

6.1 CONSTRUÇÃO E ADEQUAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “TÉRMINO DE VIDA COM DIGNIDADE-1307”

Construir e verificar a adequação das definições conceituais e operacionais dos indicadores do RE “término de vida com dignidade-1307” pode nortear a prática clínica do enfermeiro na avaliação das intervenções de enfermagem, implementadas nos pacientes sob cuidados paliativos, nos diversos cenários de cuidar (SILVA et al., 2022).

Desse modo, a avaliação dessas definições por juízes mostra-se uma etapa extremamente relevante para a melhora das definições e, conseqüentemente, do instrumento de pesquisa. Por apresentarem uma expertise na área em questão, os juízes possuem experiência e capacidade crítica capaz de aperfeiçoar as propostas, tornando o instrumento com validade e confiabilidade (VIEIRA et al., 2020).

O resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” é definido como as ações pessoais para manter o controle quando estiver se aproximando do final de vida e contempla indicadores associados a questões religiosas, autoestima, relacionamento interpessoal, positividade, independência e autonomia (MOORHEAD et al., 2020), conforme achados demonstrados também no estudo de Franco et al. (2019) sobre a percepção da dignidade de pacientes em cuidados paliativos.

Essa percepção de dignidade está diretamente relacionada ao conceito da morte digna, onde o morrer é um processo natural, assegurado pelos profissionais de saúde através do alívio da dor e do sofrimento multidimensional, como um encerramento importante para o paciente, cuidadores/familiares (FRANCO et al., 2019; SANTOS; SEGUNDO, 2020).

Para tanto, é essencial que se reconheçam as ações e atitudes que possam levar ao alcance dessa dignidade diante do processo de finitude, facilitando, assim, a promoção da morte digna a partir do bem-estar físico, emocional, social e espiritual (PICOLLO; FACHINI, 2018).

Dentre as ações e atitudes para um término de vida digno, a literatura traz o indicador “130701 – Colocar os negócios em dia” como o ato de planejar as pendências ainda não resolvidas, bem como sentimentos e preocupações sobre coisas ainda não resolvidas (NASCIMENTO et al., 2022; PRADO et al., 2019).

Outros estudos também trazem os indicadores “130713 – Completa objetivos importantes” e “130710 – Resolve problemas importantes” como comportamentos essenciais para essa dignidade, sendo essas ações realizadas perante a fase de aceitação da atual realidade, quando o paciente passa a compreender, de forma mais consciente, os limites oriundos do processo de adoecimento (PRADO et al., 2019; ZILLI et al., 2021).

Os indicadores “130714 – Mantém senso de controle sobre o tempo restante”, “130721 – Mantém independência física durante todo o processo de morrer e morte” e “130724 – Controla bens pessoais” foram reconhecidos como uma busca concreta de objetivos importantes, dentro dos limites de sua funcionalidade (LIMA; MACHADO, 2018; TOMASZEWSKI et al., 2017; ZILLI et al., 2021).

Os indivíduos que vivenciam o término de vida, no primeiro momento, avistam apenas pensamentos e expectativas incertos sobre o futuro. Com o processo de aceitação, os desejos e metas de vida começam a vir à tona, fazendo com que eles comecem a vivenciar os indicadores “130717 – Relembra memórias da vida” e “130718 – Revê realizações da vida” (BUŽGOVÁ; ZAPLETALOVÁ, 2021; PRADO et al., 2019; SANDERSON et al., 2019; TOMASZEWSKI et al., 2017).

Em relação aos indicadores “130719 – Discute experiências espirituais” e “130720 – Discute conceitos espirituais”, os estudos abordam a relação com as demandas existenciais, quando os indivíduos buscam expressar os significados e propósitos de vida, experimentando suas conexões com o momento, consigo, com os outros, a natureza e o sagrado (ALMEIDA et al., 2022; SCHERER et al., 2021).

É importante enfatizar que a espiritualidade interfere positivamente no aspecto psicológico, contribuindo no bem-estar existencial, favorecendo, assim, um término de vida com mais dignidade (BURLACU et al., 2019; GIJSBERTS et al., 2019). Desse modo, a espiritualidade precisa ser considerada em todo o processo de morrer e morte, tendo em vista que ter conhecimento sobre as crenças religiosas e espirituais pode ser favorável e útil para a construção do plano de cuidados, bem como ajudar a lidar com os desafios e decisões no final da vida (DE VRIES et al., 2019).

Na literatura, foi visto que o indicador “130702 – Expressa esperança” está relacionado com a crença de recuperação da situação de saúde, confiança na equipe multidisciplinar e vontade de continuar vivendo (BACZEWSKA et al., 2020; PRADO et al., 2019; ZILLI et al., 2021).

Ressalta-se que a esperança está ligada também ao indicador “130708 – Mantém desejo atual”, deixando claras as vontades e desejos do paciente diante desse processo de morrer, bem como da forma como o paciente vai enfrentar a doença, fato relacionado com o apoio do cuidador/família, equipe de saúde e ao modo de lidar com a fé durante esse processo (SARTOR et al., 2021; TOMASZEWSKI et al., 2017).

Os indicadores “130712 – Reconcilia relacionamentos”, “130716 – Afasta-se gradualmente dos entes queridos” e “130715 – Troca afeições com outros” se mostraram interligados nos estudos analisados, de maneira que o apoio dos familiares está diretamente ligado ao sentimento de amor e afeições, sendo capaz de estimular o paciente a pacificar as relações interpessoais, evitando o afastamento abrupto dos seus familiares e pessoas próximas, como forma de despedir-se (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021; PRADO et al., 2019; TOMASZEWSKI et al., 2017).

Diante disso, a equipe de saúde deve identificar possíveis conflitos nas relações interpessoais, buscando promover grupos de diálogos/apoio, reencontros e conversas familiares, de modo a ofertar um ambiente confortável e favorável para que esse afastamento, causado pela morte, ocorra de forma leve e tranquila (PRADO et al., 2019).

Partindo da identificação das necessidades multidimensionais do paciente, o indicador “130709 – Mantém diretivas antecipadas” serve para que o indivíduo possa documentar, de forma preventiva, suas vontades, desejos e preferências sobre cuidados e tratamentos, dando subsídio para a tomada de decisão do paciente, principalmente em relação ao futuro e possíveis ocorrências que impossibilitem a comunicação das preferências de saúde. Assim, a formalização dessas diretivas pode estar associada aos indicadores “130703 – Participa em decisões relacionadas ao cuidado”; “130704 – Participa de decisões sobre hospitalização”; “130705 – Participa em decisões sobre ressuscitação”; “130706 – Controla decisões sobre doação de órgãos”; “130707 – Participa do planejamento funeral”; “130722 – Controla escolhas de tratamento”; e “130723 – Controla ingestão de alimento e

bebidas” (BUŽGOVÁ; ZAPLETALOVÁ, 2021; KIM et al., 2020; KOBAYASH et al., 2021; SANDERSON et al., 2019; WANG et al., 2021).

O indicador “130711 – Compartilha sentimento sobre morrer” é verificado como uma das ações essenciais para a construção da “consciência da morte”, conhecimento que é capaz de estimular os indivíduos a participarem do planejamento da morte futura, trazendo o assunto da finitude como tema de discussão coletiva (PRADO et al., 2019; SANDERSON et al., 2019; ZILLI et al., 2021).

Percebe-se, ainda, que discutir o processo de morrer e morte, de forma coletiva, esclarece e prepara o paciente e sua família para a finitude, sendo capaz de reduzir o sofrimento humano e manter a autonomia do paciente durante toda a sua trajetória de fim de vida, envolvendo a tomada de decisões e levando ao indicador “130707 – Participa do planejamento funeral” e, conseqüentemente, à ocorrência do indicador “130725 – Expressa preparo para a morte” (BREEN et al., 2022; YUN et al., 2018).

Esses dados reforçam a importância da comunicação em cuidados paliativos, permitindo os pacientes expressarem seus sentimentos e necessidades multidimensionais diante do processo de morrer e morte (PALUMBO et al., 2022).

Por essa razão, é importante que o profissional enfermeiro considere todas essas questões multidimensionais na hora de escolher os indicadores para avaliar e acompanhar o término de vida dos pacientes sob cuidados paliativos. Ademais, definir de forma conceitual e operacional indicadores de um resultado de enfermagem permite diminuir a subjetividade de interpretação ao selecionar a graduação.

6.2 IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DAS GRADUAÇÕES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM “TÉRMINO DE VIDA COM DIGNIDADE-1307”

A predominância do sexo feminino entre os pacientes entrevistados neste estudo converge com os dados de outras pesquisas que apresentam como porcentagem de mulheres sob cuidados paliativos os valores entre 52% e 77,7% (BASTOS et al., 2018; CASTÔR et al., 2019; REIS; JESUS, 2020; ANTOS; SOEIRO; MAUÉS, 2020; SILVA; ARAUJO; ARAUJO, 2021; TORQUATO; TORQUATO; SANTOS, 2022).

Historicamente, a mulher tende a procurar de forma mais rotineira os serviços de saúde e, por esse motivo, o diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis e/ou infecciosas é facilitado e identificado mais precocemente. Tal fato pode refletir nos resultados desta pesquisa, pois, para ter acesso aos cuidados paliativos, faz-se necessário o diagnóstico de alguma doença crônica, avançada, progressiva, incurável e limitadora de vida (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021; GALVÃO et al., 2019).

Foi possível constatar, também, que a maioria dos pacientes tinha idade acima de 60 anos e mais de 15% tinham entre 70 e 92 anos, ou seja, evidenciou-se o predomínio de pacientes em cuidados paliativos na faixa etária mais avançada. A população idosa é o grupo com maior probabilidade de demandar cuidados paliativos, devido à alta prevalência de doenças crônicas somadas ao processo natural de envelhecimento, especialmente quando submetida a longos processos terapêuticos por conta dessas doenças, como, por exemplo: câncer, demências, doenças cardiovasculares e do aparelho respiratório (DE PANFILIS et al., 2019; LEITE; RIBEIRO, 2018).

Do total de pacientes analisados, a maioria tinha doença de base oncológica. O câncer de mama representou a principal causa oncológica (41,67%), seguido do câncer de próstata (20,88%) e de neoplasia hepática e das vias biliares (12,5%). Torquato, Torquato e Santos (2022) avaliaram o perfil de patologias dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos, tendo o câncer como a doença de base, e os sítios oncológicos mais prevalentes foram: colo de útero, mama e próstata, acrescidos ainda de sítio pulmonar e neoplasia hepática e vias biliares. Nesses sítios oncológicos estão as neoplasias de maior frequência e letalidade populacional, de acordo com a estimativa de câncer no Brasil (INCA, 2019).

Quanto à ocupação, identificou-se a maioria da amostra como aposentada ou beneficiada. Dentre eles, 17 pessoas possuíam idade inferior a 60 anos (40,47% da amostra dessa categoria), o que pode sugerir relação da presença de doenças crônicas e progressivas com o comprometimento para o trabalho.

Pacientes em cuidados paliativos com doenças graves em progressão e com a continuidade da vida ameaçada podem necessitar de afastamento do trabalho, pois a patologia, os sintomas do tratamento, múltiplas internações e complicações tendem a comprometer sua funcionalidade, bem como influenciam a sua mobilidade, além de provocar sofrimento multidimensional (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021).

Tal fato pode interferir na capacidade de trabalho das pessoas, ocasionando uma série de consequências, com repercussão sobre os aspectos socioeconômicos, tais como dificuldades financeiras, desemprego, dependência econômica de familiares, aposentadorias precoces e vivência de sentimentos como raiva, tristeza, desesperança, pena de si mesmo e sensação de ter perdido o controle de sua vida (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021; MENEGUIN; MATOS; FERREIRA, 2018).

Todos os pacientes residiam na Região Metropolitana do Recife. Tal concentração geográfica numa capital também foi observada no estudo de Freire et al. (2018), realizado no estado da Paraíba, ao discutir sobre a qualidade de vida de pacientes com câncer em cuidados paliativos que buscavam acesso aos serviços de saúde.

A situação conjugal dos pacientes sob cuidados paliativos tem grande relevância, diante do papel importante do cuidador/família como rede de apoio e sustentação para o de término de vida, colaborando com as possíveis dificuldades vivenciadas por esses pacientes na realização das suas atividades de vida diária e independência física. Alguns estudos reforçam que as esposas são a maioria entre os cuidadores, considerando os votos do casamento como um compromisso para esse papel de cuidador, destacando-se também a participação de ex-esposas nesse processo de cuidar (CUNHA; PITOMBEIRA; PANZETTI, 2018; CARDOSO et al., 2019; OLIVESKI et al., 2021).

É válido ressaltar que, mesmo com a coparticipação do cônjuge nesse processo de finitude, o profissional da saúde deve estimular o desenvolvimento do autocuidado do paciente, bem como ter um olhar amplo para com a família. Os resultados deste estudo em relação à situação conjugal e a presença de um companheiro(a) corroboram com os de outras pesquisas que ressaltam a presença e importância do companheiro durante todo o processo de saúde-doença-morte (BASTOS et al., 2018; MENEGUIN; MATOS; FERREIRA, 2018; OLIVESKI et al., 2021).

Quanto à religião, a maioria dos pacientes do estudo era praticante de alguma religião, fato também observado no estudo de Franco et al. (2019) sobre a percepção de dignidade de pacientes em cuidados paliativos.

As crenças religiosas e espirituais estão presentes na maior parte da população, sobretudo diante de doenças crônicas e incuráveis, uma vez que os pacientes e familiares frequentemente se apoiam em crenças religiosas ou

espirituais como ferramenta de enfrentamento para encarar as dificuldades, encontrar conforto, esperança e força (MARQUES; PUCCI, 2021).

No que se refere às relações analisadas entre os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade” e os dados sociodemográficos dos pacientes em CPs, observou-se correlação negativa fraca, estatisticamente significativa, entre a variável idade e o indicador “Completa objetivos significativos” ($p=0,021$; $r_s=-0,319$). Com o avançar da idade e da doença, o paciente, de forma gradual, começa a compreender seus limites, com senso de controle sobre o tempo restante de vida e, assim, busca concretizar seus objetivos ainda significativos, respeitando suas vontades, desejos e autonomia (PRADO et al., 2019; TOMASZEWSKI et al., 2017; ZILLI et al., 2021).

A religião apresentou uma significância moderada com o indicador “Expressa esperança” ($p=0,025$; $r=0,37$), pelo fato de que pacientes acometidos por doenças graves, progressivas e incuráveis tendem a sentir necessidade de apoio religioso e/ou espiritual como ferramenta para fortalecer a esperança e, conseqüentemente, produzir uma boa morte (MARQUES; PUCCI, 2021).

A espiritualidade consiste num importante suporte para entender o sofrimento e enfrentar a angústia causada por uma doença incurável, uma vez que é um apoio essencial nos momentos de maior desespero, destacando os sentimentos de tristeza e incerteza com o futuro (FERREIRA; COELHO, 2019).

Desse modo, considerando o cuidado holístico e multidimensional, o conhecimento da dimensão espiritual dos pacientes em cuidados paliativos é primordial para a construção de um plano de cuidados que possibilite o alívio do sofrimento. Faz-se necessário discutir que a religião consiste em um sistema de crenças e simbolismos, já a espiritualidade, por sua vez, está relacionada à contemplação de questões sobre a vida e transcendência, podendo ser instrumentalizada ou não pela religiosidade (ALMEIDA et al., 2022).

A variável ocupação apresentou uma relação estatística fraca com o indicador “Mantém desejo atual” ($p=0,042$; $r=0,28$) e moderada com o indicador “Mantém independência física” ($p=0,005$; $r=0,39$). Possuir ou não uma ocupação está associado à independência, tendo em vista que a mesma pode interferir na tomada de decisão do paciente, principalmente na autonomia para realização de atividades básicas diárias e na capacidade de autocuidado. A relação desses fatores com a autonomia também foi observada em uma análise crítica e reflexiva de uma extensa

revisão da literatura sobre promoção da dignidade em cuidados paliativos (MONHO et al., 2021).

Houska e Loucka (2019), ao realizarem um trabalho de revisão crítica analisando as publicações referentes à dignidade no final da vida, evidenciaram que a dignidade é mediada pela perda da funcionalidade, ligada à perda do controle sobre o processo de morrer e o desejo de autodeterminação. Desse modo, a percepção de dignidade do paciente em fim de vida está relacionada ao seu senso de autonomia e capacidade de controlar as suas funções físicas e seu entorno imediato.

A variável ler/escrever apresentou uma relação estatística fraca com o indicador “Coloca os negócios em dia” ($p=0,038$; $r=0,29$); uma relação moderada com os indicadores “Expressa esperança” ($p=0,001$; $r=0,46$), “Resolve problemas importantes” ($p=0,004$; $r=0,40$), “Reconcilia relacionamentos” ($p=0,004$; $r=0,40$), “Completa objetivos significantes” ($p=0,003$; $r=0,41$), “Mantém independência física” ($p=0,009$; $r=0,36$) e “Controla bens pessoais” ($p=0,016$; $r=0,33$); e uma relação forte com o indicador “Controla ingestão de alimento e bebidas” ($p=0,000$; $r=0,70$).

Esses resultados justificam-se, pois saber ler e escrever ajuda na compreensão de algumas práticas de cuidado e no conhecimento sobre o processo natural de finitude, bem como nas relações interpessoais (CARVALHO et al., 2018).

Ter consciência preservada e saber ler/escrever proporcionam ao indivíduo maior capacidade de tomada de decisões, a partir do relato verbal ou escrito do desejo de participar das decisões sobre seu tratamento (CRISPIM et al., 2018). Além disso, o processo de alfabetização, juntamente com o avanço dos meios de comunicação e das redes sociais, faz com que, cada vez mais, os pacientes possuam acesso às informações sobre diagnósticos, sinais e sintomas, tratamentos e interpretação de exames, cabendo à equipe de saúde saber gerenciar a interpretação das informações de modo positivo para o processo de finitude e boa morte (KILBRIDE; JOFFE, 2018).

A equipe de saúde tem um grande desafio em auxiliar os pacientes no planejamento de cuidados e tomada de decisões, além de auxiliá-los de informações necessárias para que sejam capazes de expressar suas preferências, vontades e desejos, preservando, dessa forma, sua autonomia e, conseqüentemente, garantindo sua dignidade no término de vida (CRISPIM et al., 2018; GASPAR et al., 2019; PRADO et al., 2018).

É importante destacar que a baixa escolaridade dos pacientes também está relacionada a piores padrões de cuidados à saúde, levando a uma maior probabilidade de sofrimento e a uma pior qualidade de vida durante o processo de finitude (OSMAN et al., 2018).

Com relação aos dados clínicos dos pacientes entrevistados neste estudo, observou-se que o tempo médio em cuidados paliativos foi de 5,85 meses e o principal diagnóstico médico foi o câncer. Franco et al. (2019), em um estudo realizado no Núcleo de Cuidados Paliativos de São Paulo, Brasil, mostraram que o tempo médio de acompanhamento dos pacientes em cuidados paliativos foi de dez meses, porém o principal diagnóstico médico foi de doenças cardiovasculares.

Segundo as estimativas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS), as principais doenças que requerem cuidados paliativos, no contexto dos adultos (indivíduos com 15 anos ou mais), são as cardiovasculares e as neoplasias (WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014).

Ainda em relação ao tempo em CPs, foi observada uma correlação estatística com o indicador “Mantém independência física” ($p=0,033$). A correlação foi positiva, o que significa que quanto maior o tempo em CPs maior a independência física, ou seja, mais tempo em CPs pode representar maior qualidade de vida e menos sintomas desagradáveis, o que aumenta a independência e a funcionalidade do indivíduo, independentemente da progressão da doença.

A dificuldade de manter a independência física pode ter relação com os sintomas mais prevalentes nos pacientes em cuidados paliativos: alterações de apetite, dispneia, fadiga, náusea, sonolência, depressão, ansiedade, mal-estar e dor (MENDES et al., 2023), os quais são capazes de interferir negativamente na funcionalidade dos pacientes (FRANCO et al., 2019).

O diagnóstico de base apresentou uma relação estatística com os indicadores, sendo observada uma relação mais significativa restrita a determinados diagnósticos: “Mantém senso de controle sobre o tempo restante” ($p=0,034$) apresentou uma relação moderada quando comparados os grupos de pacientes com diagnóstico de CA e HTLV ($p=0,034$; $r=0,47$); “Controla bens pessoais” ($p=0,023$) apresentou uma relação forte quando comparados os grupos de pacientes com diagnóstico de CA e HTLV ($p=0,015$; $r=0,51$); e “Expressa preparo para a morte” ($p=0,032$) apresentou uma relação forte quando comparados os grupos de pacientes com diagnóstico de HTLV e HIV ($p=0,031$; $r=0,72$). Essa relação está ligada ao fato

de que, no adoecimento por câncer em cuidados paliativos, os pacientes e sua família são afetados pelo diagnóstico e por suas consequências, especialmente pelo estágio avançado que remete à morte, levando à perda do senso de controle sobre o tempo restante (TOMASZEWSKI et al., 2017).

A assistência prestada pelos profissionais deve de ser pautada pela integralidade de ações capazes de ajudar o paciente e a família a compreenderem a situação atual em que se encontram, através da educação e informação, oferta de conforto e valorização da autonomia do paciente para um melhor término de vida (PRADO et al., 2018).

Essa situação impõe ao paciente e sua família mudanças em seus papéis no grupo familiar, como, por exemplo: a perda do controle de bens pessoais por parte do paciente, decorrente de uma reorganização desses papéis, com o objetivo de amenizar as repercussões negativas; e o desenvolvimento de habilidade para atender as necessidades do paciente em cuidados paliativos (GOLDBLATT; GRANOT; ZARBIV, 2019; TARBERG et al., 2019).

Nessa circunstância, a família tenta viver “normalmente”, um dia de cada vez, desejando ajustar-se a essa nova realidade imposta pela doença que transformou o viver a vida (LIM et al., 2021). O processo de adoecimento e a proximidade da morte permitem ao paciente e sua família ressignificarem a vida e a esperança, transformando a experiência dessa tristeza em algo significativo (LIMA; MACHADO, 2018).

Vivenciar o adoecimento por câncer sem perspectiva de cura conduz o paciente e sua família para uma oportunidade de encontrar sentido em suas vidas por meio da resiliência e, assim, servir de impulso para que ambos lidem com a possibilidade da morte como algo integrante da vida (PRADO et al., 2020; SOUSA JUNIOR; TEIXEIRA, 2019).

No contexto da ressignificação da vida, as famílias apropriam-se da esperança como fonte de enfrentamento e conforto para viver o presente e planejar o futuro (OLIVESKI et al., 2021). Nesse planejamento, o paciente e sua família buscam experimentar a esperança da cura ou do prolongamento da vida, da boa qualidade de vida ou de uma boa morte, como preparo para o processo de morrer e morte (BERRI, 2020).

Ao questionar se os sintomas encontrados nos pacientes em cuidados paliativos influenciavam a esperança, foi observado que o estágio do câncer não

influenciava no grau da esperança, ou seja, o paciente tomar ciência do seu prognóstico não interferia negativamente na esperança (NIEROP-VAN BAALEN et al., 2020).

A prática dos cuidados paliativos é complexa e demanda esforço e participação dos pacientes, cuidador/família e equipe de saúde, sobretudo, quando se constata a proximidade do fim de vida. Compreender como o indivíduo lida com essa experiência é essencial para que os profissionais possam ajudar nas dificuldades e necessidades que a rodeiam, principalmente para que os pacientes alcancem ações pessoais que permitam manter o controle com a proximidade do final de vida.

7 CONCLUSÃO

Dos 25 indicadores investigados, 12 tiveram uma frequência acima de 50% para a escala “consistentemente demonstrado”. Apenas dois indicadores tiveram frequência acima de 50% para a escala “nunca demonstrado”: “Afasta-se gradualmente dos entes queridos” e “Controla bens pessoais”. Contudo, o indicador “Afasta-se gradualmente dos entes queridos” pode ser considerado um indicador invertido, ou seja, a escala “nunca demonstrado” é a resposta ideal.

A relação entre os indicadores e os dados sociodemográficos e clínicos permitiu identificar que variáveis como idade, religião, ocupação, saber ler/escrever, diagnóstico de base e o tempo em cuidados paliativos podem interferir nas ações pessoais para manter o controle quando estiver se aproximando do final da vida.

Logo, analisar as particularidades de cada indivíduo torna-se fundamental para dar subsídio a uma assistência de qualidade a esses pacientes, compreendendo sua integralidade multidimensional e os princípios dos CPs, ofertando, assim, um término de vida com dignidade.

Ademais, a construção com a análise dos juízes sobre as definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado “término de vida com dignidade-1307” permitiu a elaboração de um instrumento adequado para avaliar, de forma mais objetiva, os indicadores do resultado de enfermagem nas etapas de planejamento e avaliação do Processo de Enfermagem nos pacientes sob cuidados paliativos.

Este estudo apresentou como limitações: ter sido realizado em apenas um serviço, não permitindo a ampliação da amostra e uma análise estatística mais robusta; e o fato de que o estudo transversal não permite estabelecer relações de causalidade.

Sugerem-se estudos longitudinais com a implementação de intervenções de enfermagem que possam avaliar os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” nos pacientes sob cuidados paliativos, antes e após a intervenção.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Serviços de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco (HUOC/UPE). **ANCP**, [S. l.], 2022. Disponível em: <https://paliativo.org.br/servicos-de-cuidados-paliativos-do-hospital-universitario-oswaldo-cruz-da-universidade-de-pernambuco-huocupe>. Acesso em: 29 dez. 2022.
- ALAPONT, Encarna C.; et al. **Marco de actuación de las/os enfermeiras/os em el ámbito de los Cuidados Paliativos**. Madrid: Consejo General de Enfermería/Instituto Español de Investigación Enfermera, 2022. Disponível em: <https://www.colegioenfermeriahuesca.org/wp-content/uploads/2022/07/MARCO-ACTUACION-CUIDADOS-PALIATIVOS-ENERO-2022.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2023.
- ALMEIDA, Ana Rita. R. *et al.* A importância da espiritualidade e da religiosidade na prática dos cuidados paliativos. **Mudanças Psicologia Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 81-88, 2022.
- ALMEIDA, Pollyana F. *et al.* A relação entre o enfermeiro e o paciente nos cuidados paliativos oncológicos. **Braz. J. Health Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 1465-1483, 2020.
- ALVES, Ana Maria F.; FRANÇA, Maria L. R.; MELO, Anna K. Entre o nascer e o morrer: cuidados paliativos na experiência dos profissionais de saúde. **Rev. bras. promoç. saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 1, p. 1-10, 2018.
- ALVES, Railda S. F. *et al.* Cuidados paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, v. 39, e185734, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>.
- ALVES, Railda S. F.; OLIVEIRA, Francisca F. B. Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde: Avanços e Dificuldades. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, v. 42, e238471, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003238471>.
- ARNEMANN, Cristiane T. *et al.* Educação em saúde e educação permanente: ações que integram o processo educativo da enfermagem. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 32, e24719, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.24719>.
- BACZEWSKA, Bożena *et al.* Hope of recovery in patients in the terminal phase of cancer under palliative and hospice care in Poland. **Biomed. Res. Int.**, Nova York, v. 2020, 7529718, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/7529718>.
- BASTOS, Bárbara R. *et al.* Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 9, n. 2, p. 31-36, 2018.
- BASTOS, Naiara V. *et al.* A relevância da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) em idosos do Brasil: uma revisão integrativa. **REAS**, São Paulo, v. 23, n. 1, e11275, 2023. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e11275.2023>.

BERRI, Bruna. A esperança como ajustamento criativo: reflexões dos processos de saúde, doença e morte em gestalt terapia. **Rev. Abordagem Gestált.**, Goiânia, v. 26, n. 3, p. 351-360, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Carta Circular nº1/2021-CONEP/SECNS/MS**, de 3 de março de 2021. Dispõe sobre as orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília: CONEP, 2021. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/Carta_Circular_01.2021.pdf. Acesso em: 25 nov. 2022.

BREEN, Lauren J. *et al.* Grief literacy: A call to action for compassionate communities. **Death Stud.**, Washington, v. 46, n. 2, p. 425-433, 2022.

BURLACU, Alexandru *et al.* Religiosity, spirituality and quality of life of dialysis patients: a systematic review. **Int. Urol. Nephrol.**, Budapest, v. 51, n. 5, p. 839-850, 2019.

BUTCHER, Howard K. *et al.* **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.

BUŽGOVÁ, Radka; ZAPLETALOVÁ, Michaela. Assessment of Older Adults' Attitudes to Death, Palliative Treatment, and Hospice Care in the Czech Republic. **Aging Med. Healthc.**, Taipei, v. 12, n. 2, p. 53-61, 2021.

CARDOSO, Andriara. C. *et al.* Rede de apoio e sustentação dos cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos no domicílio. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 70-75, 2019.

CARVALHO, Ricardo T. *et al.* **Manual da Residência de Cuidados Paliativos: Abordagem Multidisciplinar**. Barueri: Manole, 2018.

CASTILHO, Rodrigo K.; SILVA, Vitor C. S.; PINTO, Christiane S. (ed.). **Manual de Cuidados Paliativos**. 3. ed. Rio de Janeiro: ANCP/Atheneu, 2021.

CASTÔR, Karoline. S. *et al.* Cuidados paliativos: perfil com olhar biopsicossocial dentre pacientes oncológicos. **BrJP**, v. 2, n.1, p. 49-54, 2019.

COHEN, Jacob. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**. 2. ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem–SAE nas instituições de saúde brasileiras. Brasília: COFEN, 2009.

CORDEIRO, Franciele R. *et al.* Educação em saúde e final de vida no hospital. **Av. Enferm.**, Bogotá, v. 40, n. 1, p. 113-133, 2021.

COSTA, Daniel. A. *et al.* Enfermagem e a Educação em Saúde. **Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública Goiás “Cândido Santiago”**, Goiânia, v. 6, n. 3 p 1-9, 2020.

CRISPIM, Douglas H.; BERNARDES, Daniela C. R. **Comunicação em Cuidados Paliativos**. In: CARVALHO, Ricardo T. *et al.* **Manual da Residência de Cuidados Paliativos: Abordagem Multidisciplinar**. Barueri: Manole, 2018. p. 41-55.

CUNHA, Adrielly S.; PITOMBEIRA, Jullyana S.; PANZETTI, Tatiana M. N. Cuidado paliativo oncológico: percepção dos cuidadores. **J. Health Biol. Sci.**, Fortaleza, v. 6, n. 4, pág. 383-390, 2018.

D’ALESSANDRO, Maria P. S. *et al.* (coord.). **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês, Ministério da Saúde, 2020. 175 p.

DE PANFILIS, Ludovica. *et al.* “I go into crisis when...”: ethics of care and moral dilemmas in palliative care. **BMC Palliat. Care**, v. 18, n.1, 70, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0453-2>.

DE VRIES, Kay *et al.* Advance care planning for older people: The influence of ethnicity, religiosity, spirituality and health literacy. **Nurs. Ethics**, Londres, v. 26, n. 7-8, p. 1946-1954, 2019.

DOYLE, Derek; WOORUFF, Roger. **The IAHPHC Manual of palliative care**. 3. ed. Houston: IAHPHC Press, 2013. Disponível em: <https://hospicecare.com/uploads/2013/9/The%20IAHPHC%20Manual%20of%20Palliative%20Care%203e.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2023.

ENGLEBRIGHT, Jane; HARDIKER, Nicholas R.; KIM, Tae Y. Standardized Nursing Terminologies. In: SABA, Virginia K.; MCCORMIC, Kathleen A. **Essentials of Nursing Informatics**. Nova York: McGraw Hill Medical, 2021. p. 137-152.

FARIA, Gleison *et al.* Raciocínio clínico em enfermagem. **Saber científico**, Porto Velho, v. 9, n. 2, p. 73-84, 2020.

FERRAZ, Beatriz B. F.; OLIVEIRA, Leila B. S. A Importância da Humanização na Assistência de Enfermagem em Mulheres Submetidas à Cirurgia de Mastectomia. In: FARIAS, Helena P. S. (org.). **Desafios na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Epitaya, 2022. p. 83-102.

FERREIRA, Amauri C.; COELHO, Maria E. M. A morada da espiritualidade em cuidados paliativos: a escuta do sofrimento. **Rev. Mat. Ciênc.**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 87-109, 2019.

FIRMINO, Flávia. *et al.* Enfermagem em Cuidados Paliativos. In: MURTA, Genilda F.; SALCI, Maria A. (org.). **Saberes e Práticas: Guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. 11. ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2018. v. 3. p. 47-117.

FIRMINO, Flávia; TROTTE, Liana A. C.; SILVA, Rudval S. **Competências da(o) Enfermeira(o) Especialista em Cuidados Paliativos no Brasil**. São Paulo: ANCP, 2022. Disponível em: <https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp->

content/uploads/2022/11/Diagnostico_CompeticenciasEnfermeiroEspecialista_final.pdf . Acesso em: 27 mar. 2023.

FLORIANI, Ciro A. Bioethical considerations on models for end-of-life care. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, e00264320, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00264320>.

FRANCO, Marinete E. *et al.* Percepção de dignidade de pacientes em cuidados paliativos. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 28, e20180142, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0142>.

FREIRE, Maria E. M. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e5420016, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005420016>.

GALVÃO, Jose R. *et al.* Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, e00004119, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-31100004119>.

GASPAR, Rafael B. *et al.* O enfermeiro na defesa da autonomia do idoso na terminalidade da vida. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1639-1645, 2019.

GIJSBERTS, Marie-José H. E. *et al.* Spiritual care in palliative care: a systematic review of the recent European literature. **Med. Sci.**, Basel, v. 7, n. 2, p. 25, 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/medsci7020025>.

GOLDBLATT, Hadass; GRANOT, Michal; ZARBIV, Eti. "Death lay here on the sofa": Reflections of young adults on their experience as caregivers of parents who died of cancer at home. **Qual. Health Res.**, v. 29, n. 4, p. 533-544, 2019.

GOMES, Anthony M. *et al.* Ações de autocuidado realizadas por adultos em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 17, e254216, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2023.254216>.

HERDMAN, Tracy H.; KAMITSURU, Shigemi (ed.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Definições e Classificação 2021-2023**. Tradução: Regina Machado Garcez. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

HÖKKÄ, Minna *et al.* Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. **Palliat. Med.**, Londres, v. 34, n. 7, p. 851-870, 2020.

HOUSKA, A.; LOUČKA, M. Patients' autonomy at the end of life: a critical review. **J. Pain Symptom Manage.**, Madison, v. 57, n. 4, p. 835-845, 2019.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. 284p. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1).

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2020**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2022.

ISOLANI, Lucas F. Diretivas antecipadas de vontade como direito fundamental para garantir a vida e morte digna. **Rev. bras. dir. civ. perspectiva**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 89-103, 2020.

KALINHE, Luciana P.; FIGUEIREDO, Karla C. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 4. Ed. São Paulo: Difusão, 2019.

KILBRIDE, Madison K.; JOFFE, Steven. The new age of patient autonomy: implications for the patient-physician relationship. **Jama**, Chicago, v. 320, n. 19, p. 1973-1974, 2018.

KIM, JinShil *et al.* Attitudes toward advance directives and prognosis in patients with heart failure: A pilot study. **Korean J. Internal Med.**, Seul, v. 35, n. 1, p. 109, 2020.

KOBAYASHI, Hisato *et al.* Impact of self-decision to stop cancer treatment on advanced genitourinary cancer patients. **Medicine (Baltimore)**, Hagerstown, v. 100, n. 14, e25397, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025397>.

LEITE, Adna K. F.; RIBEIRO, Karina B. Idosos com câncer no município de São Paulo: quais fatores determinam o local do óbito? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 66, p. 1-10, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052016410>.

LIM, Chloe Y. S. *et al.* Colorectal cancer survivorship: A systematic review and thematic synthesis of qualitative research. **Eur. J. Cancer Care (Engl.)**, Londres, v. 30, n. 4, e13421, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.13421>.

LIMA, Carolina P. D.; MACHADO, Mariana D. A. Cuidadores principais ante a experiência da morte: seus sentidos e significados. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 88-101, 2018.

LIMA, Helen B.; SILVA, Ana L. A.; CHAGAS, Magda S. A Educação em Saúde em cuidados paliativos oncológicos: Reflexões a luz das ideias de Paulo Freire. **Rev. Pró-UniverSUS**, Vassouras, v. 13, n. esp., p. 47-52, 2022.

MARQUES, Thainá C. S.; PUCCI, Sílvia H. M. Espiritualidade nos cuidados paliativos de pacientes oncológicos. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 32, e200196, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200196>.

MARTINS, L. G. *et al.* Cuidados paliativos em atenção primária: uma revisão Palliative care in primary: a review. **Braz. J. Health Rev.**, Curitiba, v. 4, n. 6, p. 27910-27920, 2021.

MCMILLAN, Sara S.; KING, MMichelle; TULLY, Mary P. How to use the nominal group and Delphi techniques. **Int. J. Clin. Pharm.**, Dordrecht, v. 38, n. 3, p. 655-662, 2016.

MENDES, Bárbara V. *et al.* Bem-estar espiritual, sintomas e funcionalidade de pacientes em cuidados paliativos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 76, n. 2, e20220007, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0007pt>.

MENEGUIN, Silmara; MATOS, Ticiane D. S.; FERREIRA, Maria de Lourdes S. M. Percepção de pacientes oncológicos em cuidados paliativos sobre qualidade de vida. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 1998-2004, 2018.

MONHO, Bruno M. F. *et al.* A comunicação na promoção da dignidade em cuidados paliativos: desafios para a enfermagem. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 35, e34788, 2021. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.34788>.

MOORHEAD, Sue *et al.* **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC):** mensuração dos resultados em saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

NASCIMENTO, Maria de Fátima S. *et al.* Atuação da enfermagem na assistência ao paciente em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Nursing (Ed. bras., Impr.)**, São Paulo, v. 24, n. 282, p. 6493-6498, 2021.

NASCIMENTO, Naelly G. *et al.* Dimensões dos cuidados paliativos entre familiares/cuidadores de pacientes oncológicos no contexto domiciliar. **Enferm. Bras.**, Petrolina, v. 21, n. 6, p. 765-786, 2022.

NIEROP-VAN BAALEN, C. *et al.* Associated factors of hope in cancer patients during treatment: A systematic literature review. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 76, n. 7, p. 1520-1537, 2020.

OLIVEIRA, Marcos R. D. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1547-1553, 2019.

OLIVEIRA, Patrícia P. *et al.* Adolescentes em cuidados paliativos: um estudo fundamentado na teoria de Callista Roy. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 12, p. 5163-5176, 2017.

OLIVESKI, Cíntia C. *et al.* Experiência de famílias frente ao adoecimento por câncer em cuidados paliativos. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 30, e20200669, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0669>.

OSMAN, Hiban *et al.* Palliative care in the global setting: ASCO resource-stratified practice guideline. **J. Glob. Oncol.**, Alexandria, v. 4, p. 1-24, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1200/JGO.18.00026>.

OTHMAN, Elham H. *et al.* Reporting nursing interventions classification and nursing outcomes classification in nursing research: a systematic review. **Int. J. Nurs. Knowl.**, Malden, v. 31, n. 1, p. 19-36, 2020.

PALUMBO, Isabel C. B. *et al.* A importância da religião no contexto dos cuidados paliativos. **Sacrilegens**, Juiz de Fora, v. 19, n. 1, p. 256-272, 2022.

PASQUALI, Luiz. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed. 2010.

PICOLLO, Daiana P.; FACHINI, Mérlim. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. **Rev. ciênc. méd.**, Campinas, v. 27, n. 2, p. 85-92, 2018.

POLIT, Denise F.; BECK Cheryl T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. **Fundamentos de Enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2018.

PRADO, Eleandro *et al.* Pacientes oncológicos com doença avançada: preocupações e expectativas vivenciadas na terminalidade da vida. **Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 27, e45650, 2019. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.45650>.

PRADO, Eleandro *et al.* Vivência de pessoas com câncer em estágio avançado ante a impossibilidade de cura: análise fenomenológica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, e20190113, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0113>.

PRADO, Roberta T. *et al.* Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0111, 2018a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0111>.

PRADO, Roberta T. *et al.* The process of dying/death: intervening conditions to the nursing care management. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 2005-2013, 2018b.

RADBRUCH, Lukas *et al.* Redefining palliative care – a new consensus-based definition. **J. Pain Symptom Manage.**, Madison, v. 60, n. 4, p. 754-764, 2020.

REIS, Karine M. C.; JESUS, Cristine A. C. Acompanhamento longitudinal do manejo de sintomas em serviço especializado de cuidados paliativos oncológicos. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 11, n. 4, p. 72-78, 2020.

ROUQUAYROL, Maria Z.; GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2021.

RULAND, Cornelia M.; MOORE, Shirley M. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. **Nurs. Outlook**, Nova York, v. 46, n. 4, p. 169-175, 1998.

SANDERSON, Christine *et al.* “I want to die in my sleep”-how people think about death, choice, and control: Findings from a Massive Open Online Course. **Ann. Palliat. Med.**, Hong Kong, v. 8, n. 4, p. 411-419, 2019.

SANTOS, Raphael S. A.; SEGUNDO, Jurineu A. C. O direito à morte digna: a busca de uma resposta para um choque de princípios. **Rev. Dir.**, Viçosa, v. 12, n. 2, p. 1-37, 2020. DOI: <https://doi.org/10.32361/202012026378>.

SANTOS, Vânia N. M.; SOEIRO, Ana Cristina V.; MAUÉS, Cristiane R. Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares e desafios da prática médica diante da finitude da vida. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, e-02423, 2020. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n4.423>.

SARTOR, Sílvia F. *et al.* Atitudes de pacientes oncológicos em cuidados paliativos frente à morte no contexto da internação domiciliar. **Rev. Enferm. UFPI**, Teresina, v. 10, e803, 2021. DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v10i1.803>.

SAUNDERS, Cicely. Foreword. *In*: DOYLE, Derek *et al.* (ed.). **Oxford textbook of palliative medicine**. 3. ed. Oxford: Oxford University, 2004. p. 17-20.

SCHERER, Jennifer S. *et al.* Associação entre auto-relato da importância de crenças religiosas ou espirituais e preferências de cuidados de fim de vida entre pessoas em diálise. **JAMA Netw. Open**, Chicago, v. 4, n. 8, e2119355, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.19355>.

SCOTTINI, Maria A.; SIQUEIRA, José E.; MORITZ, Rachel D. Derecho de los pacientes a las directivas anticipadas de voluntad. **Rev. bioét.**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 440-450, 2018.

SILVA, Francine R. R. *et al.* Construção e validação de cartilha para cuidados paliativos domiciliares após alta hospitalar. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 35, eAPE028112, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02812>.

SILVA, Jeniffer L. R. *et al.* Transição para os cuidados paliativos: ações facilitadoras para uma comunicação centrada no cliente oncológico. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 24, n. e1333, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20200070>.

SILVA, Rudval S.; SILVA, Maria J. P. A Enfermagem e os Cuidados Paliativos. *In*: SILVA, Rudval S.; AMARAL, Juliana B.; MALAGUTTI, William. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2019. p. 3-36.

SILVA, Wesley P.; ARAUJO, Carolina Z. S.; ARAUJO, Laís Z. S. Prevalência de pacientes com câncer avançado atendidos num serviço de cuidados paliativos no Estado de Alagoas. **REAS**, São Paulo, v. 13, n. 6, e7622, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e7622.2021>.

SILVESTRE, Gilberto F. *et al.* A dignidade na finitude da vida humana. **Rev. Dir. Movimento**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 153-182, 2021.

SOUSA JUNIOR, Paulo T. X.; TEIXEIRA, Selena M. O. A importância da espiritualidade no tratamento de pacientes oncológicos: uma revisão de literatura. **Rev. Interdisciplin. Promoç. Saúde**, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 1, p. 61-69, 2019.

SOUZA, L. C. *et al.* Análise da evolução histórica do conceito de cuidados paliativos: revisão de escopo. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 35, eAPE01806, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR018066>.

SOUZA, Mariana C. S.; JARAMILLO, Rosângela G.; BORGES, Moema S. Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 20, n. 61, p. 420-465, 2021.

SWINSCOW, Thomas D. V. Correlation and regression. *In*: SWINSCOW Thomas D. V. **Statistics at Square One**. Londres: BMJ Publishing Group, 1997. Disponível em: <https://www.bmj.com/about-bmj/resources-readers/publications/statistics-square-one/11-correlation-and-regression>. Acesso em: 26 out. 2022.

TARBERG, Anett S. *et al.* Silent voices: family caregivers' narratives of involvement in palliative care. **Nurs. open**, Hoboken, v. 6, n. 4, p. 1446-1454, 2019.

TARCIA, Rita Maria L.; REIS, Ana Cláudia A. Educação Em Saúde: Cuidados Paliativos. **Rev. Pluri**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 275-288, 2018.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The 2015 quality of death index**: ranking palliative care across the world. Singapura: Lien Foundation, 2015. Disponível em: <https://www.lienfoundation.org/sites/default/files/2015%20Quality%20of%20Death%20Report.pdf>. Acesso em: 1 out. 2022.

TOMASZEWSKI, Adriana S. *et al.* Manifestações e necessidades sobre o processo de morte e morrer: perspectiva da pessoa com câncer. **Rev. Pesqui. Univ. Fed. Estado Rio J. online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 705-716, 2017.

TORQUATO, Ana Cláudia C. S.; TORQUATO, Lucas Pedro C. S.; SANTOS, Thaís O. C. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em cuidados paliativos atendidos em um serviço de urgência geral. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 55, n. 3, e-194445, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.194445>.

TRESCHER, G. P. *et al.* Sistematización de la consulta de enfermería preoperatoria a las mujeres con cáncer de mama. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 11, n. 5, p. 40-47, 2020.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. HUOC – Hospital Universitário Oswaldo Cruz. **Upe.br**, Recife, 2018. Disponível em: <https://upe.br/uh-huoc.html>. Acesso em: 29 dez. 2022.

VALIKHANI, Ahmad; SARAFRAZ, Mehdi R; MOGHIMI, Pooneh. Examining the role of attachment styles and self-control in suicide ideation and death anxiety for patients receiving chemotherapy in Iran. **Psychooncology**, Chichester, v. 27, n. 3, p. 1057-1060, 2018.

VIANA, Gleice K. B. *et al.* Intervenção educativa na equipe de enfermagem diante dos cuidados paliativos. **J. Health Biol. Sci.**, Fortaleza, v. 6, n. 2, p. 165-169, 2018.

VIEIRA, Sônia. **Introdução à Bioestatística**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

VIEIRA, T. W. *et al.* Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 5, e20200050, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>.

WANG, Yixin *et al.* Advance directives and end-of-life care: knowledge and preferences of patients with brain Tumours from Anhui, China. **BMC Cancer**, Londres, v. 21, n. 25, p. 1-10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07775-4>.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WOOD, Joe. Cicely Saunders, 'Total Pain' and emotional evidence at the end of life. **Med. Humanit.**, Kennebunkport, v. 48, n. 4, p. 411-420, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and palliative care**. Genebra: WHO, 1990. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 26 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who Definition of palliative care. **Who.int**, [s. /], 2022a. Disponível em: <http://www.who.int/palliativecare/en/>. Acesso em: 26 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer. **Who.int**, [s. /], 2022b. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_3. Acesso em: 26 dez. 2022.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care**. 2. ed. Londres: WHPCA, 2020. Disponível em: https://thewhpca.org/wp-content/uploads/images/GlobalAtlas/WHPCA_Global_Atlas_DIGITAL_Compress.pdf. Acesso em: 30 out. 2022.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care at the end of life**. Londres: WHPCA, 2014. Disponível em: https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 19 abr. 2023.

YUN, Yong H. *et al.* Priorities of a “good death” according to cancer patients, their family caregivers, physicians, and the general population: a nationwide survey. **Support. Care Cancer**, Berlim, v. 26, n. 10, p. 3479-3488, 2018.

ZILLI, Francielly *et al.* Conhecimento de si frente à experiência do adoecimento por câncer e cuidados paliativos. **ABCS health sci.**, Santo André, v. 46, e021211, 2021. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcshs.2020053.1502>.

APÊNDICE A – CONVITE AOS JUÍZES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

CONVITE AOS JUÍZES

Prezado(a) Senhor(a),

Sou Enfermeiro mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Feral de Pernambuco (UFPE), localizado em Recife/PE, e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: RESULTADO DE ENFERMAGEM “TÉRMINO DE VIDA COM DIGNIDADE” EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS sob a orientação da Profa. Dra. Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão.

O objetivo desta pesquisa é avaliar o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos, de acordo com os indicadores dos resultados de enfermagem estabelecidos pela NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem.

A primeira etapa consiste na construção das definições conceituais e operacionais para os indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”, através de uma revisão integrativa e livros textos. Em seguida, a verificação da adequação das definições dos indicadores dos resultados de enfermagem e, por fim, a identificação das graduações desses resultados. Neste estudo não será realizado qualquer tipo de intervenção ou procedimento invasivo, uma vez que será utilizado um instrumento pré-estruturado para aplicação, não

havendo nenhum risco e/ou possibilidade para a ocorrência de danos aos sujeitos da pesquisa, bem como à instituição.

Desse modo, solicitamos a vossa contribuição com a presente pesquisa, verificando a concordância para com as definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” para pacientes sob cuidados paliativos. Seu aceite de participação será de fundamental importância para o desenvolvimento e construção da pesquisa.

Para afirmar a compreensão da pesquisa e de que está ciente dos objetivos, é preciso da sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual se encontra em anexo a este *e-mail*. Desde já, agradeço a sua colaboração.

Anthony Moreira Gomes

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DOS JUÍZES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DOS JUÍZES

PARTE 1: Caracterização dos sujeitos

Data da análise: __/__/____

Nome: _____ **Idade:** _____

Sexo: F () M ()

Graduação: _____

Ano de conclusão: _____

Instituição: _____

Especialização () Residência () Mestrado () Doutorado ()

Tempo de serviço:

Experiência clínica na área dos cuidados paliativos? () Sim () Não

() Menos de 6 meses () 1 ano () Mais de 1 ano

Especialização na área dos cuidados paliativos?

() Sim () Não

PARTE 2: Verificação da adequação das definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307”.

controle sobre o tempo restante			
Troca afeições com outros			
Afasta-se gradualmente dos entes queridos			
Relembra memórias da vida			
Revê realizações da vida			
Discute experiências espirituais			
Discute conceitos espirituais			
Mantém independência física			
Controla escolhas de tratamento			
Controla ingestão de alimento e bebidas			
Controla bens pessoais			
Expressa preparo para a morte			

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
JUÍZES**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – COLETA DE DADOS
VIRTUAL – JUÍZES**

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa **Resultado de enfermagem “término de vida com dignidade” em pacientes sob cuidados paliativos**, que está sob a responsabilidade do pesquisador **Enf. Anthony Moreira Gomes**, tendo como endereço o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), localizado na Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife/PE, CEP 50670-901, telefone: (81) 2126-3661 e *e-mail*: anthony.gomes@ufpe.br, e está sob a orientação da Dra. **Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão**, telefone: (81) 2126-3661 e *e-mail*: ceciliamfqueiroz@gmail.com.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e o(a) senhor(a) concorde em participar deste estudo, pedimos que assinale a opção de “Aceito participar da pesquisa” no final deste termo.

O(a) senhor(a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- **Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação:** O objetivo desta pesquisa é analisar o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” em pacientes sob cuidados paliativos. Tal resultado de enfermagem, quando aplicado em pacientes sob cuidados paliativos, permite

ao enfermeiro uma crítica do momento de término de vida, por meio da mensuração e avaliação da qualidade do processo de morte e morrer, como direito de qualquer indivíduo, bem como dar subsídio para favorecer uma assistência de qualidade a esses pacientes, compreendendo sua integralidade multidimensional e os princípios dos CPs, ofertando, assim, um término de vida com dignidade. Para os enfermeiros especialistas, após receberem, via *e-mail*, uma carta-convite para a participação na pesquisa e após retorno de sua confirmação, será agendado e fornecido um *link* para encontro remoto, bem como o questionário para caracterização sociodemográfica e profissional e o instrumento de coleta de dados com as definições dos indicadores. Neste estudo não será realizado qualquer tipo de intervenção ou procedimento invasivo, uma vez que o instrumento usado pelos especialistas será um formulário pré-estruturado para aplicação, o qual deverá ser respondido em forma de marcação de X nas alternativas apresentadas, tendo uma duração de aproximadamente de 30 minutos. Na primeira etapa do encontro remoto, os participantes devem registrar suas ideias individualmente, em resposta ao instrumento de coleta de dados. Em seguida, cada um dos enfermeiros especialistas irá expor sua ideia ao grupo, de forma que os outros participantes possam pensar em novas ideias, mas devem colocá-las apenas quando chegar a sua vez de compartilhá-las com o grupo, onde todas as ideias apresentadas serão discutidas e podem ser agrupadas quando forem semelhantes. Ressalta-se que a discussão das ideias tem o objetivo de garantir a compreensão de todos os participantes e permitir que eles possam decidir, de maneira informada, quando votarem, ao final da discussão. Neste momento, novas ideias podem surgir e outras podem ser retiradas ou modificadas. E na última etapa do processo ocorrerão a votação das ideias e a conclusão do grupo acerca do termo em estudo.

- **RISCOS:** Nada será pago nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois sua aceitação é voluntária. Assim, o risco relacionado ao estudo em ambiente virtual é de ter constrangimento por divergir de opiniões/ideias de outros especialistas, violação do sigilo e da confidencialidade dos dados e do anonimato. Para minimizar esses riscos, o pesquisador ficará atento a qualquer sinal verbal e/ou não verbal de desconforto, dará liberdade ao participante para não responder quaisquer questionamentos e garantirá o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. Ressalta-se ainda que os dados coletados referentes a esta etapa ficarão armazenados sem identificação. Para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações da reunião virtual, serão deletados de qualquer registro em plataformas virtuais, ambiente compartilhado ou “nuvem”, assegurando o sigilo e a confidencialidade das informações.

- **BENEFÍCIOS:** A elaboração desta pesquisa contribuirá para a análise do conhecimento dos pacientes sobre o “término de vida com dignidade”, esclarecendo quaisquer questões existentes na pesquisa. Além de contribuir para o desenvolvimento de artigos científicos sobre a temática de morte e morrer com dignidade e da possibilidade de se utilizar a NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem) na pesquisa em enfermagem. Além disso, destacam-se como benefícios o agrupamento de pessoas de diferentes localizações, o uso de instrumentos digitais favorecendo a rapidez no envio, redução de custos, maior

velocidade na coleta de resultados e comodidade aos participantes. Ressaltam-se, ainda, a oportunidade de o especialista refletir sobre a aplicação do Processo de Enfermagem (PE), sobre o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade”, sobre a prática do enfermeiro no cenário de cuidar dos cuidados paliativos e a obtenção de conhecimento sobre o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade”, a partir dessa troca de pensamentos e informações de outros profissionais de diferentes localizações.

Esclarecemos que os participantes desta pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados da reunião virtual serão deletados de qualquer registro em plataformas virtuais, ambiente compartilhado ou “nuvem”, assegurando o sigilo e a confidencialidade das informações sob responsabilidade do pesquisador principal, o Enf. **Anthony Moreira Gomes**, conforme orientações de Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, tendo como endereço o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), localizado na Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife/PE, CEP 50670-901, telefone: (81) 2126-3661 e *e-mail*: anthony.gomes@ufpe.br, e a orientadora Dra. **Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão**, que pode ser encontrada no o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), localizado na Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife/PE, CEP 50670-901, telefone: (81) 2126-3661 e *e-mail*: ceciliamfqueiroz@gmail.com, no prazo mínimo de 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o(a) senhor(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br)**.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Resultado de enfermagem “término de vida com dignidade” em pacientes sob cuidados paliativos**, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para participar da pesquisa.

- () Aceito Participar da pesquisa
- () Não aceito participar da pesquisa

APÊNDICE D – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – VOLUNTÁRIOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – VOLUNTÁRIOS

Instrumento número:	Data: / /
----------------------------	----------------------

PARTE 1: Identificação dos sujeitos

- 1.1 Nome: _____
- 1.2 Idade: _____
- 1.3 Sexo: 1- () Feminino 2- () Masculino
- 1.4 Raça/cor de sua pele: 1- () Branca 2- () Preta 3- () Amarela 4- () Parda 5- () Indígena 99- () NS/NR
- 1.5 Situação conjugal: 1- () Solteiro(a) 2- () casado(a) legalmente 3- () tem união estável 4- () viúvo(a) 5- () separado(a) ou divorciado(a) 99- () NS/NR
- 1.6 Religião: 1- () Católico(a) 2- () Evangélico(a) 3- () Espírita 4- () Não tenho religião 5- () Outra: _____ 99- () NS/NR
- 1.7 Procedência: _____
- 1.8 Ocupação: _____
- 1.9 Quantas pessoas moram na sua casa: _____ pessoas
- 1.10 Sua cada tem:
- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| Energia Elétrica | 1- () Sim 2- () Não 99- () NS/NR |
| Rede de esgoto/Saneamento Básico | 1- () Sim 2- () Não 99- () NS/NR |
| Água encanada | 1- () Sim 2- () Não 99- () NS/NR |
- 1.11 Renda familiar (salário mínimo): 1- () < 1 2- () 1 a 3 3- () 4 a 6 4- () > 7
- 1.12 Quantas pessoas dependem economicamente desta renda familiar? _____

1.12 Sabe ler e escrever: 1- () Sim 2- () Não 99- () NS/NR

1.13 Unidade de Cuidados _____ Registro: _____

1.14 Data de admissão na equipe de cuidados paliativos: ____/____/____

1.15 Motivo da internação[:]

PARTE 2: Identificação das graduações do resultado de enfermagem

(1307) Término de Vida com Dignidade

INDICADORES	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado
Coloca os negócios em dia	1	2	3	4	5
Expressa esperança	1	2	3	4	5
Participa em decisões relacionadas ao cuidado	1	2	3	4	5
Participa em decisões sobre hospitalização	1	2	3	4	5
Participa em decisões sobre ressuscitação	1	2	3	4	5
Controla decisões sobre doação de órgãos	1	2	3	4	5
Participa do planejamento do funeral	1	2	3	4	5
Mantém desejo atual	1	2	3	4	5
Mantém diretivas antecipadas	1	2	3	4	5

Resolve problemas importantes	1	2	3	4	5
Compartilha sentimentos sobre morrer	1	2	3	4	5
Reconcilia relacionamentos	1	2	3	4	5
Completa objetivos significantes	1	2	3	4	5
Mantém senso de controle sobre o tempo restante	1	2	3	4	5
Troca afeições com outros	1	2	3	4	5
Afasta-se gradualmente dos entes queridos	1	2	3	4	5
Relembra memórias da vida	1	2	3	4	5
Revê realizações da vida	1	2	3	4	5
Discute experiências espirituais	1	2	3	4	5
Discute conceitos espirituais	1	2	3	4	5
Mantém independência física	1	2	3	4	5
Controla escolhas de tratamento	1	2	3	4	5

Controla ingestão de alimento e bebidas	1	2	3	4	5
--	----------	----------	----------	----------	----------

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VOLUNTÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO ACADÊMICO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VOLUNTÁRIOS

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa **Resultado de enfermagem “término de vida com dignidade” em pacientes sob cuidados paliativos**, que está sob a responsabilidade do **Enf. Anthony Moreira Gomes**, tendo como endereço o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), localizado na Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife/PE, CEP 50670-901, telefone: (81) 2126-3661 e *e-mail*: anthony.gomes@ufpe.br, e está sob a orientação da Dra. **Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão**, telefone: (81) 2126-3661 e *e-mail*: ceciliamfqueiroz@gmail.com.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e o(a) senhor(a) concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O(A) senhor(a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- **Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação:** está O(A) senhor(a) sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que irá avaliar o resultado de enfermagem “término de vida com dignidade-1307” de pacientes sob cuidados paliativos. Tal resultado de enfermagem, quando aplicado em pacientes sob cuidados paliativos, permite ao enfermeiro uma reflexão sobre ações que envolvem o momento de fim de vida, para favorecer uma assistência de qualidade a esses pacientes, compreendendo sua integralidade multidimensional e os princípios dos cuidados paliativos, ofertando, assim, um fim de vida com dignidade. Inicialmente, será aplicado um instrumento de avaliação mental com respostas referentes à sua identificação (nome, data de nascimento e idade) para verificar a possibilidade da aplicação de outro instrumento que contempla perguntas sobre idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda, hábitos de vida e informações referentes ao seu diagnóstico e/ou tratamento/planejamento de cuidados e os níveis dos indicadores do referido resultado de enfermagem. Caso o(a) senhor(a) não tenha condições de respondê-las, paramos a coleta de informações. Lembramos que a sua participação é voluntária, o(a) senhor(a) tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado o preenchimento do instrumento[,] sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).
- **RISCOS:** O(s) procedimento(s) utilizado(s) referente(s) ao preenchimento do instrumento/escalas poderá(ão) trazer algum desconforto de ocorrência emocional no que se refere a compartilhar informações pessoais, ou até mesmo incômodo em falar acerca da morte. Esse risco de desconforto será reduzido com algumas providências: estar atento a qualquer sinal verbal e/ou não verbal de desconforto; minimizar desconfortos, fazendo uso de divisória móvel, tornando o local mais reservado; dar liberdade ao participante para não responder quaisquer questões; assegurar a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem; garantir o acesso aos resultados; e garantir o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.
- **BENEFÍCIOS:** Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de trazer maior conhecimento do “término de vida com dignidade”, não só para estudantes, mas também para os profissionais da saúde e sociedade. Por meio desse conhecimento, permitir um cuidado integral para os pacientes, de qualidade e que possa atender às necessidades de cada indivíduo.

Esclarecemos que os participantes desta pesquisa têm plena liberdade de se recusarem a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Os dados coletados ficarão armazenados sem identificação para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações, em um dispositivo eletrônico local, sendo deletado todo e qualquer registro em plataformas virtuais, ambiente compartilhado ou “nuvem”, sob a responsabilidade do pesquisador principal, o Enf.

Anthony Moreira Gomes, conforme orientações de Carta Circular nº 1/2021- CONEP/SECNS/MS, tendo como endereço o Programa de Pós- Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), localizado na Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife/PE, CEP 50670-901, telefone: (81) 2126-3661 e *e-mail*: anthony.gomes@ufpe.br, e a orientadora Dra. **Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão**, que pode ser encontrada no o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), localizado na Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife/PE, CEP 50670-901, telefone: (81) 2126-3661 e *e-mail*: ceciliamfqueiroz@gmail.com, pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o(a) senhor(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br**.

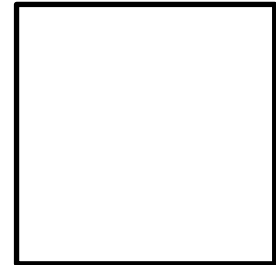
(assinatura do pesquisador)

**CONSETIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA
COMO VOLUNTÁRIO(A)**

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Resultado de enfermagem “término de vida com dignidade”** em pacientes sob cuidados paliativos, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____



Impressão digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do(a) voluntário(a) em participar.


Duas testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores:

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO A – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

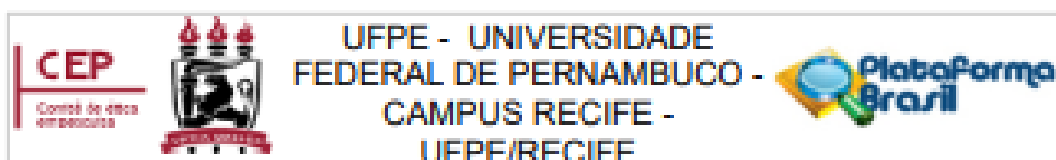


UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO
Miniexame do Estado Mental (MEEM)

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada?
	Em que dia da semana estamos?
	Que dia do mês é hoje?
	Em que mês estamos?
	Em que ano estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local estamos?
	Que local é este aqui?
	Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui?
	Em que cidade nós estamos?
Registro (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
Atenção e cálculo (5 pontos)	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$
Memória de evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear 2 objetos (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	“Nem aqui, nem ali, nem lá”
Comando de estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção 

Fonte: BASTOS, N. V.; SOARES, L. V. R.; DA CUNHA, A. A. C.; MENDES, J. C. L.; OLIVEIRA, L. M. A relevância da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) em idosos do Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 23, e11275, 2023.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RESULTADO DE ENFERMAGEM "TÉRMINO DE VIDA COM DIGNIDADE" EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS.

Pesquisador: ANTHONY MOREIRA GOMES

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 60499522.7.0000.5208

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.650.093

Apresentação do Projeto:

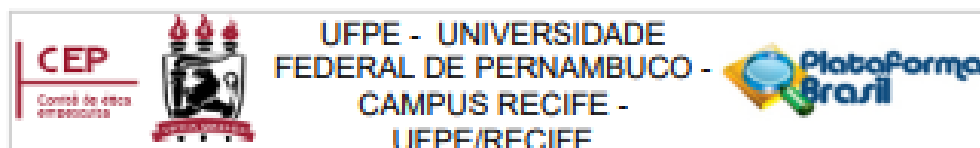
Trata-se de projeto de dissertação, sob a responsabilidade de Anthony Moreira Gomes, orientação da Profa.Dra. Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Participa da equipe de pesquisa Prof. José Anchieta de Brito. Trata-se de estudo transversal, com abordagem quantitativa, a ser desenvolvido nas seguintes etapas: Etapa I – construção e verificação da adequação das definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem "Término de vida com dignidade", que ocorrerá em formato remoto; e Etapa II – identificação e avaliação das graduações do resultado de enfermagem "Término de vida com dignidade", a qual ocorrerá presencialmente no Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Na primeira etapa, participarão enfermeiros especialistas em cuidados paliativos e na segunda etapa pacientes sob cuidados paliativos. Para a coleta dos dados será utilizado questionário com dados sociodemográficos, clínicos e indicadores do resultado de enfermagem em estudo. Para a análise dos dados será utilizado software estatístico.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL

Analisar os indicadores do resultado de enfermagem "término de vida com dignidade-1307" em pacientes sob cuidados paliativos.

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde			
Bairro: Cidade Universitária		CEP: 50.740-600	
UF: PE	Município: RECIFE		
Telefone: (81)2126-8288	Fax: (81)2126-3163	E-mail: cep@ufpe.br	



Continuação do Parecer: 5.650.063

ESPECÍFICOS

Construir as definições conceituais e operacionais dos indicadores resultado de enfermagem "término de vida com dignidade-1307" em pacientes sob cuidados paliativos.

Verificar a adequação das definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem "término de vida com dignidade-1307" em pacientes sob cuidados paliativos.

Identificar a graduação dos indicadores do resultado de enfermagem "término de vida com dignidade-1307" em pacientes sob cuidados paliativos.

Associar dados clínicos e sócio demográficos com os indicadores do resultado de enfermagem "término de vida com dignidade-1307" em pacientes sob cuidados paliativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram considerados adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta problemática relevante. Os objetivos se encontram definidos. O método está claro. Define os critérios de inclusão e de exclusão para os participantes. Estima uma amostra com 05 especialistas e 60 pacientes. O orçamento foi estimado em R\$ 5.500,00, sob a responsabilidade do pesquisador. O cronograma está adequado. Apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para especialistas e para pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão de acordo com as exigências do comitê de ética em pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

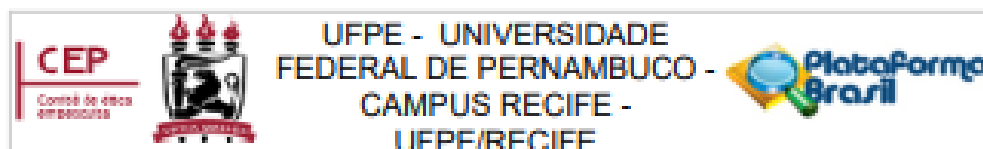
Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8288 Fax: (81)2126-3163 E-mail: ccphumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.650.093

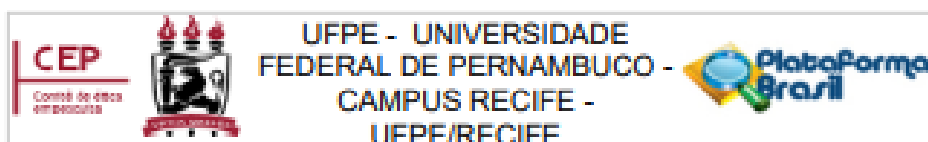
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do(a) pesquisador(a) assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1990205.pdf	10/09/2022 12:32:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PLATAFORMA_BRASIL_ver_sao_corrigida.pdf	10/09/2022 12:31:59	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AS_PENDENCIAS.pdf	10/09/2022 12:31:10	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE_ESPECIALISTAS_modificado.pdf	10/09/2022 12:30:53	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE_VOLUNTARIOS_modificado.pdf	01/09/2022 19:53:38	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PLATAFORMA_BRASIL.pdf	08/08/2022 23:09:58	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_PLATAFORMA_BRASIL.pdf	08/08/2022 21:58:17	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	DECLARACAO_VINCULO.pdf	08/07/2022 16:26:46	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DADOS_ESPECIALISTA.pdf	04/07/2022 15:18:10	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cep@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.650.083

Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DADOS_VO LUNTARIOS.pdf	04/07/2022 15:15:15	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.pdf	04/07/2022 12:47:14	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_ANCHIETA.pdf	29/06/2022 19:21:08	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_CECILIA.pdf	29/06/2022 19:20:36	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_ANTHONY.pdf	29/06/2022 19:19:44	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_PLATAFORMA_BRASIL .pdf	15/06/2022 23:50:02	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PLATAFORMA_B RASIL.pdf	15/06/2022 23:37:11	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 18 de Setembro de 2022

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81) 2126-0200 Fax: (81) 2126-3163 E-mail: cep@umanos.ufpe@ufpe.br

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UPE/HUOC/PROCAPE

COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RESULTADO DE ENFERMAGEM "TÉRMINO DE VIDA COM DIGNIDADE" EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS.

Pesquisador: ANTHONY MOREIRA GOMES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 60499522.7.3001.5192

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.736.855

Apresentação do Projeto:

Conforme o PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2019610.pdf, postado, Cuidados paliativos são definidos como uma assistência diferenciada que visa promover a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam uma doença ameaçadora de vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, com uma das metas o "término de vida com dignidade", fenômeno de enfermagem, encontrado como resultado no sistema de classificação da Nursing Outcomes Classification. A implementação dos resultados de enfermagem é fundamental para se avaliar as respostas dos pacientes/familiares após as intervenções estabelecidas. E nesse contexto, avaliar em pacientes sob cuidados paliativos o "término de vida com dignidade" é fundamental para se estabelecer ações de educação em saúde com foco na prevenção e alívio do sofrimento. O presente estudo busca analisar o resultado de enfermagem "término de vida com dignidade-1307" em pacientes sob cuidados paliativos. Tratar-se-á de um estudo transversal e de natureza quantitativo, a ser desenvolvido em duas etapas: na primeira etapa será realizada a construção e verificação da adequação das definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem "término de vida com dignidade-1307" para pacientes sob cuidados paliativos, por meio de uma busca na literatura nas bases de dados e livros texto. Em seguida, enfermeiros especialistas em cuidados paliativos irão verificar a adequação das definições construídas. E na segunda etapa serão realizadas a identificação e avaliação das graduações dos indicadores do resultado conforme as definições estabelecidas na primeira etapa nos pacientes sob cuidados

Endereço: Rua Antônio Marques, 310

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-130

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)3184-1271

Fax: (81)3184-1271

E-mail: cep_huoc.procape@upe.br

**COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE**



Continuação do Projeto: 5.136.655

paliativos no Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco (HUOC/UPE). O estudo será iniciado após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Os dados serão analisados no software IBM® SPSS® Statistics, versão 20.0, por meio de estatística descritiva e inferencial. Para significância estatística adotar-se-á um nível de 5%. Espera-se contribuir para o avanço do conhecimento sobre as condições do término de vida dos pacientes sob cuidados paliativos, buscando favorecer uma assistência de enfermagem qualificada com foco na manutenção da dignidade durante todo o processo de morte e morrer.

O estudo será realizado em duas etapas. Na etapa 1 será realizada a construção e verificação da adequação das definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem "término de vida com dignidade-1307" em pacientes sob cuidados paliativos e na etapa 2 a identificação e avaliação das graduações do resultado de enfermagem "término de vida com dignidade-1307" em pacientes sob cuidados paliativos. ETAPA 1: Na primeira etapa serão construídas as definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem "término de vida com dignidade-1307" para pacientes sob cuidados paliativos, por meio de uma busca na literatura nas bases de dados via revisão integrativa (RI) e livros texto. Como questão norteadora da RI temos: "Quais ações de autocuidado são utilizadas por adultos em cuidados paliativos ao se aproximarem do final de vida?"

A coleta de dados será realizada nas bases de dados eletrônicas: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SCOPUS (Elsevier), Web of Science e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Será aplicado na busca descritores controlados de assunto dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH) da Biblioteca Virtual de Saúde – BVS.

Os artigos serão selecionados a partir da combinação dos seguintes DeCs e MeSH: palliative care, hospice care, attitude to health, terminal care, death, self-control e self care, sendo ligadas pelo operador booleano "OR" e "AND" e comando de busca Title/Abstract. Será realizado quatro cruzamentos em cada base de dados como estratégia de busca. Será utilizado o instrumento Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA) (PAGE et al., 2021) para demonstrar o processo de busca e seleção dos estudos. Ressalta que caso algum indicador do resultado não tenha equivalência com as ações encontradas na RI, sua definição conceitual e operacional será definida através da busca em livros textos. A verificação das definições dos indicadores pelos enfermeiros especialistas em cuidados paliativos será realizada por meio da Técnica de Grupo Nominal (TGN), uma vez que essa técnica permite que o grupo alcance um

Endereço: Rua Amâncio Marques, 310
Bairro: Santo Amaro **CEP:** 50.100-130
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2184-1271 **Fax:** (81)2184-1271 **E-mail:** csp_huoc.procape@upe.br

COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE



Continuação do Protocolo: S.736.655

consenso por meio um acordo geral ou convergência de opinião acerca de um tópico específico. ETAPA 2: A pesquisa será realizada em um hospital público terciário, da rede estadual da Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco (SES/PE). A população será composta por pacientes sob cuidados paliativos assistidos no referido hospital. A amostra será calculada com base na fórmula de populações finitas: $n = (Z^2 \times p \times q \times N) / (d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q)$, sendo adotado uma significância de 95%, margem de erro de 5%, prevalência de ações pessoais para manter o controle durante o fim da vida que se aproxima um valor conservador de 50 e população (N) de 60 pacientes sob cuidados paliativos do local do estudo. Será realizado um teste piloto com 10% da amostra para avaliar a adequação dos instrumentos aos objetivos propostos pelo estudo, bem como à população. Ressalta-se que os participantes que responderem ao pré-teste, não entrarão na amostra final da pesquisa, caso o instrumento de coleta de dados precise sofrer alterações.

Critério de Inclusão:

ETAPA 1: Os critérios de elegibilidade serão: critério de inclusão, os artigos disponíveis na íntegra e gratuitos em todas as bases de dados selecionadas, publicados nos idiomas inglês, espanhol e português, que pudessem responder à pergunta norteadora do estudo e estivessem no recorte temporal entre 2017 a 2021. Para realização da TGN, sugere-se que sejam utilizados, no máximo, sete participantes (MCMILLAN; KING; TULLY, 2016). Assim sendo, o grupo será composto por cinco enfermeiros especialistas em cuidados paliativos.

ETAPA 2: Para o recrutamento dos sujeitos da amostra, será feito uso de uma amostragem não probabilística (LEOPARDI, 2002), por conveniência ou intencional com a aplicação dos critérios de elegibilidade. Para tanto, serão convidados a participar do estudo aqueles que se enquadrarem nos seguintes critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 18 anos; sob cuidados paliativos; e estar sendo assistido pelo serviço referenciado do estudo.

Critério de Exclusão:

ETAPA 1: os critérios de elegibilidade serão: critérios de exclusão foram estabelecidos: resumos, teses, dissertações, estudos de revisões, editoriais e carta ao leitor.

ETAPA 2: Para o recrutamento dos sujeitos da amostra, os critérios de exclusão serão: pacientes com dificuldade de comunicação verbal que impossibilite a coleta de dados; e pacientes desorientados em relação ao tempo, espaço e autopsiquicamente, avaliados a partir das respostas referentes a sua identificação (nome, data de nascimento e idade) e pelo item 1 do Mini Exame do Estado Mental-orientação (ANEXO - A) (BRUCKI et al., 2003).

Endereço: Rua Antônio Marques, 310
Bairro: Santo Amaro CEP: 50.100-130
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)3184-1271 Fax: (81)3184-1271 E-mail: cep_huoc.procape@upe.br

COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE



Continuação do Parecer: S. 736.655

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os indicadores do resultado de enfermagem "término de vida com dignidade-1307" em pacientes sob cuidados paliativos.

Objetivo Secundário:

- Construir as definições conceituais e operacionais dos indicadores resultado de enfermagem "término de vida com dignidade-1307" em pacientes sob cuidados paliativos;
- Verificar a adequação das definições conceituais e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem "término de vida com dignidade-1307" em pacientes sob cuidados paliativos;
- Identificar a graduação dos indicadores do resultado de enfermagem "término de vida com dignidade-1307" em pacientes sob cuidados paliativos; - Associar dados clínicos e sócio demográficos com os indicadores do resultado de enfermagem "término de vida com dignidade-1307" em pacientes sob cuidados paliativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O(s) procedimento(s) utilizado(s) referente à aplicação do instrumento na etapa online em ambiente virtual é de ter constrangimento por divergir de opiniões/ideias de outros especialistas, violação do sigilo e da confidencialidade dos dados e do anonimato. Para minimizar esse risco, dará liberdade ao participante para não responder quaisquer questionamentos e o respeito dos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.

Resalta-se ainda que os dados coletados referente a esta etapa ficarão armazenados sem identificação para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações da reunião virtual serão deletados de qualquer registro em plataformas virtuais, ambiente compartilhado ou "nuvem", assegurando o sigilo e a confidencialidade das informações. Já em relação a etapa presencial, a aplicação do instrumento poderá(ão) trazer algum desconforto de ocorrência emocional no que se refere a compartilhar informações pessoais, ou até mesmo em falar sobre seu processo de finitude. Esse risco será reduzido com a tomada de algumas providências: ficar atento a qualquer sinal verbal e/ou não verbal de desconforto;

minimizar desconfortos, fazendo uso de biombo/divisória móvel, tornando o local mais reservado;

Endereço: Rua Amélio Marques, 310
Bairro: Santo Amaro **CEP:** 50.100-130
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2184-1271 **Fax:** (81)2184-1271 **E-mail:** csp_huoc.procape@upe.br

**COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE**



Continuação do Parecer: S.136.855

dar liberdade ao participante para não responder quaisquer questões; assegurar a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem; garantir o acesso aos resultados; e garantir o respeito dos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.

Benefícios:

Este estudo contribua para uma maior visibilidade do término de vida com dignidade para os pacientes em cuidados paliativos, além de poder ofertar diretamente aos pacientes um momento acolhedor para se fazer um novo olhar sobre o modo como gastamos o nosso tempo restante e

sobre a nossa ideia acerca da vida e da morte. Além disso, servirá não só para estudantes, mas também para os profissionais da saúde e sociedade, no intuito de que os conhecimentos sobre essa temática possam ser aprimoradas a fim de favorecer um cuidado integral para os pacientes, sendo este de qualidade e que possa atender as reais necessidades multidimensionais de cada indivíduo. Destaca-se também como benefício desta

pesquisa na etapa online em ambiente virtual: o agrupamento de pessoas de diferentes localizações, o uso de instrumentos digitais favorecendo rapidez no envio, redução de custos, maior velocidade na coleta de resultados e comodidade aos participantes.

Resalta-se, ainda, a oportunidade do especialista de refletir sobre a aplicação do Processo de Enfermagem (PE), sobre o resultado de enfermagem "término de vida com dignidade", sobre a prática do enfermeiro no cenário de cuidar dos cuidados paliativos e obtenção de conhecimento sobre o resultado de enfermagem "término de vida com dignidade", a partir dessa troca de pensamentos e informações de outros profissionais de diferentes localizações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Da forma apresentada o projeto encontra-se em conformidade com as resoluções vigentes (Resolução 466/12, Norma Operacional 001/13 CNS-MS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados atendendo o protocolo de pesquisas, em conformidade com as resoluções vigentes (Resolução 466/12, Norma Operacional 001/13 CNS-MS).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o CEP-HUOC/PROCAPE, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se, pela aprovação da proposta ao projeto de pesquisa, não apresentando óbice ético, devendo o pesquisador enviar à Plataforma Brasil, relatório parcial caso durante a pesquisa for demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento e um relatório final

Endereço: Rua Amóbio Marques, 310
Cidade: Santo Amaro **CEP:** 50.100-130
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81) 3184-1271 **Fax:** (81) 3184-1271 **E-mail:** cep_huoc.procape@upe.br

**COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE**



Continuação do Parecer: S.736.855

após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados .

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-HUOC/PROCAPE, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se, pela aprovação da proposta ao projeto de pesquisa, não apresentando óbice ético, devendo o pesquisador enviar à Plataforma Brasil, relatório parcial caso durante a pesquisa for demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento e um relatório final após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados .

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2019610.pdf	03/11/2022 10:26:41		Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_DO_SETOR.pdf	03/11/2022 10:25:31	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	24/10/2022 20:02:27	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ESPECIALISTAS_corrigido.pdf	24/10/2022 19:54:16	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VOLUNTARIOS_corrigido.pdf	24/10/2022 19:51:46	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE_CORRIGIDO.pdf	24/10/2022 19:31:55	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA.pdf	24/10/2022 19:31:15	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PLATAFORMA_BRASIL_ver_sao_corrigida.pdf	10/09/2022 12:31:59	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AS_PENDENCIAS.pdf	10/09/2022 12:31:10	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ESPECIALISTAS_modificado.pdf	10/09/2022 12:30:53	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_VOLUNTARIOS_modificado.pdf	01/09/2022 19:53:38	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito

Endereço: Rua Antônio Marques, 310
 Bairro: Santo Amaro CEP: 50.100-130
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)3184-1271 Fax: (81)3184-1271 E-mail: cep_huoc.procape@upe.br

COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE



Continuação do Parecer: 5.736.855

Ausência	TICLE_VOLUNTARIOS_modificado.pdf	01/09/2022 19:53:38	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_PLATAFORMA_B RASIL.pdf	08/08/2022 21:58:17	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	DECLARACAO_VINCULO.pdf	06/07/2022 16:38:46	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DADOS_ES PECIALISTA.pdf	04/07/2022 15:18:10	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DADOS_VO LUNTARIOS.pdf	04/07/2022 15:15:15	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.pdf	04/07/2022 12:47:14	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_ANCHIETA.pdf	29/06/2022 19:21:08	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_CECILIA.pdf	29/06/2022 19:20:36	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_ANTHONY.pdf	29/06/2022 19:19:44	ANTHONY MOREIRA GOMES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 03 de Novembro de 2022

Assinado por:

ROSANA ALMEIDA DE MORAES
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Amâncio Marques, 310

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-130

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3184-1271

Fax: (81)3184-1271

E-mail: cep_huoc.procape@upe.br