

Termos da CIPE® empregados pela equipe de enfermagem na assistência à pessoa em cuidados paliativos**Terms of the ICNP® used by the team of nurses assisting people in palliative care**

Rudval Souza da Silva¹, Maria Miriam Lima da Nóbrega²,
Ana Claudia Torres Medeiros³, Núbia Virgínia Almeida de Jesus⁴, Álvaro Pereira⁵

¹ Enfermeiro, Doutor em Enfermagem. Professor Assistente da Universidade do Estado da Bahia, Campus VII. Salvador, BA, Brasil. E-mail: rudvalsouza@yahoo.com.br.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br.

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: anaclaudia.tm@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Salvador, BA, Brasil. E-mail: nubia.gms@hotmail.com.

⁵ Enfermeiro, Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. E-mail: alvaro_pereira_ba@yahoo.com.br.

RESUMO

Este estudo objetivou identificar os termos empregados pela equipe de enfermagem da UTI de um hospital especializado em oncologia, na assistência à pessoa em cuidados paliativos, que caracterizam a linguagem específica da Enfermagem, e mapeá-los com o Modelo de Sete Eixos da CIPE® 2011. Foi desenvolvido no período de janeiro a abril de 2013, por meio de entrevista com profissionais da equipe de enfermagem. Das entrevistas foram extraídos e agrupados termos que configuram a assistência à pessoa em cuidados paliativos. Feito o mapeamento, foram obtidos 432 termos. Finalizada a padronização dos termos, foi realizado o mapeamento cruzado e identificados os termos constantes e não constantes na CIPE® 2011. Foram encontrados 167 termos constantes e 95 não constantes. Com a realização deste estudo, conhecemos termos utilizados pela equipe enfermagem na assistência à pessoa em cuidados paliativos, o que possibilitará apresentar contribuições para a terminologia na área.

Descritores: Enfermagem; Classificação; Terminologia; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the terms that characterize specific nursing jargon, used by the nursing team at the intensive care unit of an oncology hospital when assisting people in palliative care, as well as mapping them alongside with the 7-Axis Model of the ICNP® 2011. This study was conducted between January and April 2013 through interviews with the nursing team professionals. The terms that characterize assistance to people in palliative care were identified in the interviews and later grouped together. Once the mapping was finished, 432 terms were identified. After the terms had been standardized, we applied cross-mapping and identified the terms that were either listed or not listed in the ICNP® 2011. We found 167 listed terms and 95 that were not listed. The development of this study allowed to learn the terms used by the nursing team when assisting people in palliative care, which will enable further contributions to the terminology of this area.

Descriptors: Nursing; Classification; Terminology; Palliative Care.

INTRODUÇÃO

Na sociedade moderna, há um isolamento da morte quase como uma negação de sua existência. Esse comportamento deixa a pessoa que está morrendo, seus familiares e amigos totalmente despreparados para algo que é inevitável. Nessa linha de raciocínio, observamos que, no cotidiano da equipe de saúde, falar espontaneamente com a pessoa em processo de morrer, que é uma necessidade preeminente dela, é cada vez mais difícil. Isso nos remete a conceber a morte com um sentimento negativo, como algo contagioso e ameaçador, motivo pelo qual os vivos possivelmente se afastam de modo involuntário daqueles que estão morrendo, e isso causa o que se pode denominar de morte social⁽¹⁾.

Certamente, as atitudes da modernidade ainda existem na realidade atual, até mesmo porque é difícil perceber, no início do Século XXI, que alguma coisa tenha sido radicalmente mudada. Assim, devido às mudanças no comportamento humano, o simbolismo de uma boa morte, derivado de um processo de interação social em que os homens estabelecem relações comportamentais uns com os outros, surge com um novo simbolismo na pós-modernidade – o controle do processo de morrer e da morte⁽²⁾.

Na transição para a pós-modernidade, desponta a ideia de se controlar o morrer, levando-se em consideração o advento dos cuidados paliativos no campo das Ciências da Saúde. A diferença chave no simbolismo da boa morte entre a era pré-moderna e a pós-moderna tem relação com o elemento controle, que aparece na área da saúde, no qual se espera da pessoa que passa pelo processo de morte que tenha uma participação ativa na tomada de decisões no final da vida⁽²⁾.

Nesse contexto, surge a filosofia dos cuidados paliativos, a qual, segundo a Organização Mundial de Saúde⁽³⁾, é uma abordagem que busca melhorar a vida dos pacientes e de seus familiares, em face de problemas associados com doenças com risco de vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento com a identificação

precoce, a avaliação e o tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Esses cuidados nasceram, primordialmente, para atender aos pacientes oncológicos em estágio avançado da doença. Hoje esses cuidados têm se estendido a todas as pessoas portadoras de alguma doença que cause dor intensa, fora de possibilidades de cura, bem como outros sintomas físicos, emocionais e/ou espirituais, que tornam a vida extremamente intolerável. Os cuidados são direcionados ao paciente para cuja doença não mais existe possibilidade de cura, mas do qual se pode cuidar, com o objetivo de melhorar a qualidade do processo de morrer e da morte⁽⁴⁾.

Assim, considerando que é possível proporcionar cuidados de enfermagem de boa qualidade e com dignidade para esses pacientes, é cada vez mais premente a necessidade de sistematizar e organizar essas práticas. Esse movimento dá ao enfermeiro subsídios para o julgamento clínico e terapêutico, fundamentado em um cuidado humano individualizado e ético, tomando por base o Processo de Enfermagem.

Para contribuir com esse modelo de cuidado, os enfermeiros têm estudado meios de descrever os fenômenos pelos quais são responsáveis. Nesse contexto, destacam-se os registros de enfermagem como um instrumento para evidenciar os conceitos inerentes à prática de enfermagem. Nos serviços de saúde, os registros de enfermagem facilitam a comunicação e a continuidade da assistência. Contudo, esses registros ainda são incipientes (diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem), e isso contribui para a invisibilidade da Enfermagem profissional na atenção à saúde⁽⁵⁾.

Entre os elementos que caracterizam o processo de cuidar, destaca-se o diagnóstico de enfermagem, isto é, o julgamento clínico realizado pelo enfermeiro acerca de um fenômeno da prática profissional, que direciona a seleção das intervenções de enfermagem. Esse fenômeno pode representar o estado de saúde ou adoecimento da

pessoa e as potencialidades de complicações que requerem intervenções de enfermagem⁽⁶⁾.

No domínio dos cuidados paliativos, ainda são incipientes as pesquisas com foco nos diagnósticos de enfermagem, em especial, quando se trata dos cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que pouco contribui para elucidar os fenômenos de interesse para a prática de enfermagem. No Brasil, ainda não se disseminou um sistema de classificação que represente o domínio da Enfermagem de forma abrangente⁽⁷⁾.

No cotidiano dos profissionais de enfermagem, é possível localizar termos para compor todos os seus elementos inerentes ao processo de cuidar, contudo ainda há uma dificuldade em enquadrá-los para que todos os profissionais deem o mesmo significado diante das diferentes realidades clínicas, regionais ou culturais, com o objetivo de criar nomenclaturas combinadas e de formar um sistema de classificação que uniformize a linguagem⁽⁸⁾.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) surgiu como o marco unificador, com a finalidade de atender à necessidade de desenvolver uma terminologia capaz de descrever a prática de enfermagem mundialmente e de dar visibilidade à contribuição da Enfermagem nos sistemas de informação. Os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, elaborados a partir da composição de termos constantes e não constantes na CIPE[®], podem ser organizados em grupos significativos para a prática de enfermagem, direcionados para uma área ou especialidade, na perspectiva de satisfazer a uma necessidade da prática na construção de sistemas manuais ou eletrônicos de registros de pacientes⁽⁹⁾.

A versão da CIPE[®] utilizada no presente estudo - CIPE[®] 2011 - tem como base o Modelo dos Sete Eixos, atendendo à Norma ISO 18.104 - Integração de um modelo de terminologia de referência para a Enfermagem⁽¹⁰⁾ disposta nos eixos: Ação, Cliente, Foco, Julgamento, Localização, Meios e Tempo.

Visando acompanhar os avanços em pesquisa que vêm acontecendo em todo o mundo utilizando-se da CIPE[®] e contribuir com os serviços de cuidados paliativos, subsidiando-os com estudos sobre diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem e aumentando a visibilidade da Enfermagem, propusemos esta pesquisa, cujos objetivos foram identificar os termos empregados pela equipe de Enfermagem da UTI de um hospital especializado em oncologia, no cuidado ao paciente em processo de morrer e morte, que caracterizam a linguagem específica da Enfermagem, e mapear os termos identificados com os do Modelo de Sete Eixos da CIPE[®] 2011.

MÉTODO

No que diz respeito ao método, trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, realizada no período de janeiro a abril de 2013, em que foram utilizados dados secundários da dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, intitulada "O cuidar para uma boa morte: significado para a equipe de enfermagem de uma UTI"⁽¹¹⁾, cujo estudo teve como lócus um hospital especializado em oncologia da cidade de Salvador - Bahia. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição pesquisada, em observância aos aspectos éticos preconizados na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e aprovado com o protocolo nº 264/10.

Para identificar os termos, utilizamos dados da dissertação, que foi desdobrada em um projeto de tese, cuja primeira etapa consistiu em identificar os termos, o que a configurou como uma pesquisa metodológica, desenvolvida a partir das entrevistas da dissertação feitas com os profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiras e técnicos de enfermagem) de uma UTI de um hospital especializado em oncologia, tendo como objeto de estudo o cuidado para uma boa morte⁽¹¹⁾.

Os termos - substantivos, verbos, sintagmas e acrônimos - foram identificados por meio da gravação e

da transcrição das entrevistas e de leitura crítica e analítica, com o objetivo de preencher as lacunas de novos termos para designar novos conceitos que caracterizam a prática da enfermagem com focos nos cuidados paliativos.

A identificação dos termos foi feita por dois dos autores; em seguida, foi revisada por mais três profissionais com experiência em estudos com sistemas de classificação. Assim, identificamos um total de 915 termos, que passaram por um processo de normalização⁽¹²⁾ quanto ao gênero (masculino) e ao número (singular), retiramos as duplicações de termos, procedemos às correções gráficas e removemos os tempos verbais, o que resultou em um total de 432 termos, que foram digitados no *software Microsoft Office Excel*® 2010, por meio da técnica de “*cross-mapping*”, que possibilitou o cruzamento com os termos da CIPE® 2011, utilizando-se o *software Microsoft Office Access*® 2010 para identificar termos constantes e não constantes nessa terminologia.

Depois de feito o mapeamento, exportamos a tabela para o *software Microsoft Word*® 2010 e procedemos à análise e à classificação dos termos, com base nos seguintes critérios⁽¹³⁾: a) o termo da CIPE® 2011 é igual ao termo usado nas falas dos profissionais da equipe de Enfermagem em relação ao cuidado com a pessoa em processo de terminalidade, ou seja, existe concordância entre termo e definição; b) o termo da CIPE® é similar ao usado pela equipe de enfermagem, isto é, não existe concordância do termo, mas o significado é idêntico; c) o termo da CIPE® é mais abrangente do que o utilizado pela equipe de enfermagem, ou seja, o termo da nomenclatura é mais específico, restrito; d) o termo da CIPE® é mais restrito, ou seja, é mais limitado; e e) não existe concordância entre o termo da CIPE® e o termo identificado. Convém ressaltar que, antes de classificar os termos, foi necessário utilizar um dicionário⁽¹⁴⁾ para saber seu significado e seus respectivos sinônimos, para selecionar os que, de fato, não constam na CIPE® e que

poderão ser incluídos numa próxima revisão, constituindo o Banco de Termos do estudo.

Os termos foram distribuídos entre os eixos Ação, Cliente, Foco, Julgamento, Localização, Meios e Tempo, conforme o Modelo de Sete Eixos da CIPE®, levando em consideração a congruência do significado do termo e as definições de cada eixo⁽¹⁵⁾.

RESULTADOS

Neste estudo, dos 432 termos selecionados, foram identificados 167 constantes na CIPE® 2011; desses, 39 foram classificados como similares, e 95, não constantes - quatro termos considerados como mais abrangentes, nove, mais restritos, e 82, que não apresentaram concordância com os termos da CIPE® 2011. Restou um total de 170 termos considerados como lixo terminológico, resultantes da extração de termos e que pertencem a outras áreas ou indicam expressões pseudoterminológicas que aparecem de forma casual nas falas dos entrevistados e não caracterizam a prática da enfermagem com focos nos cuidados paliativos⁽¹²⁾.

O Quadro 1 apresenta os termos identificados nas entrevistas com os profissionais da equipe de enfermagem e que constam na CIPE® 2011.

Os termos não constantes foram distribuídos nos sete eixos da CIPE® levando-se em consideração os termos que não apresentaram concordância (Quadro 4), os mais abrangentes (Quadro 2) e os mais restritos (Quadro 3). Foram classificados em cada eixo: oito termos no eixo Ação; cinco, no eixo Cliente; 33, no eixo Foco; 17, no eixo Julgamento; um, no eixo Localização; 27, no eixo meio; e quatro, no eixo Tempo.

Quadro 1: Apresentação dos termos identificados nas entrevistas e constantes na CIPE[®] 2011. Salvador, BA, Brasil, 2013.

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

Quadro 2: Apresentação dos termos mais abrangentes em relação aos termos da CIPE[®] 2011. Salvador, BA, Brasil, 2013.

Eixo	Termos mais abrangentes	Termos da CIPE [®] 2011
Foco	Doença	Incidência de doença
Julgamento	Esperado	Nível esperado
Meio	Área de saúde	Serviços de saúde
	Invasivo	Dispositivo invasivo

Quadro 3: Apresentação dos termos mais restritos em relação aos termos da CIPE[®] 2011. Salvador, BA, Brasil, 2013.

Eixo	Termos mais restritos	Termos da CIPE [®] 2011
Foco	Ação problemática	Problemática
	Prazer	Alegria
	Ventilação	Interagindo na ventilação
	Processo psicológico	Psicológico
	Processo secretor	Secreção
Meio	Colchão	Colchão caixa de ovo
	Dispositivo de aquecimento	Aquecimento
	Musicoterapia	Música ambiente
	Oxigenoterapia	Oxigênio

Quadro 4: Apresentação dos termos não constantes na CIPE[®] 2011. Salvador, BA, Brasil, 2013.

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

DISCUSSÃO

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) tem empreendido esforços para desenvolver e dar consistência à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), para atender às diversidades culturais da Enfermagem em todo o mundo. Para tanto, tem solicitado dos enfermeiros que desenvolvam pesquisa em seus ambientes de trabalho para garantir a natureza dinâmica dessa terminologia e possibilitar a inclusão de novos termos, bem como conceitos para diagnósticos/resultados e/ou intervenções de enfermagem, o que contribui para o dinamismo da classificação.

Segundo orientações no site do CIE⁽¹⁶⁾, esse órgão acolhe as recomendações de enfermeiros e dos demais usuários da CIPE[®] em todo o mundo, a partir dos resultados de pesquisas, a fim de ter uma classificação clinicamente relevante, válida e útil para a prática profissional do enfermeiro, com dados sensíveis à variação cultural e à circunstância local. Nessa perspectiva, o CIE adotou os seguintes critérios para avaliação e aceite dos termos integrantes de cada eixo e/ou definições para diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem: o conceito pertencer ao domínio da Enfermagem; ser útil à prática clínica; o conceito e sua definição não deve ser redundante, levando-se em consideração os conceitos já constantes da CIPE[®]; ser apoiado por evidências científicas, por meio de estudos de revisão da literatura – validação de conteúdo ou validação clínica e, por fim, cada conceito deve seguir a estrutura da CIPE[®], que adota como parâmetro de normalização a Norma ISO 18.104 - Integração de um modelo de terminologia de referência para a Enfermagem⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Considerando que o eixo Foco representa a área de atenção e relevância para a Enfermagem^(6,10), optamos por direcionar a discussão para os termos desse eixo com foco nos cuidados paliativos.

Dentre os termos que se enquadram no eixo Foco, foi possível classificar cada termo não constante, nos 21

subeixos inerentes ao eixo foco, seguindo as regras de classificação e tomando como base a árvore taxonômica da CIPE[®] Versão 2.0⁽¹⁰⁾.

No subeixo **Apoio Social**, identificamos os seguintes termos: *aspecto estético, anasarca e constrangimento*, o que reflete a aparência física da pessoa. Esse fator é importante quando se trata de pacientes em cuidados paliativos, considerando-se que com o declínio clínico e/ou psicológico da pessoa em cuidados paliativos, os cuidados direcionados para a higiene e o conforto físico tendem a exigir uma dimensão cada vez maior em consequência da perda de autonomia e da dificuldade de se autocuidar⁽¹⁸⁾.

Essas mudanças refletem na dinâmica familiar, por isso é ainda mais importante que a equipe se preocupe em apoiar a família diante das mudanças ocorridas no corpo da pessoa em processo de terminalidade e os consequentes constrangimentos que elas causam. Isso remete ao que já é preconizado pela OMS, quando define os cuidados paliativos e o cuidado com a família, que é, em grande parte, o cuidado oculto, tido como certo e crucialmente importante para a promoção de uma boa morte⁽¹⁹⁾.

Como **Características**, apareceram apenas dois termos: *profissional e papel do enfermeiro*, que são relevantes, quando se trata do trabalho em equipe no contexto dos cuidados paliativos, haja vista o perfil profissional exercido pelo enfermeiro, tido como o elo entre o paciente/família e os demais membros da equipe, considerando sua peculiaridade de estar presente as 24 h do dia ao lado paciente⁽²⁰⁾.

Para desenvolver um trabalho em equipe inter e transdisciplinar, é indispensável que cada membro da equipe esteja atento à necessidade de desenvolver competências e habilidades para gerir as próprias emoções e os sentimentos, de forma adaptativa e inteligente, porquanto o controle emocional é imprescindível ao relacionamento interpessoal e à atividade profissional do paliativista⁽²¹⁾.

O **Estado**, como subeixo, é definido como uma condição de uma pessoa em relação à outra. Assim, foram identificados os seguintes termos: *amor e apoio moral*, como qualidades que são requeridas pela pessoa em cuidados paliativos, sejam o próprio paciente ou sua família. A primeira referência para a pessoa doente são os familiares e os amigos que o rodeiam. Logo, uma pessoa na condição de terminalidade precisa ser apoiada, escutada e reconhecida⁽²²⁾ como necessitada de apoio moral e de amor, e os profissionais da área de Enfermagem como integrantes da equipe de cuidados paliativos devem possibilitar o desenvolvimento das potencialidades da rede natural constituída pela pessoa, pela família, pelos amigos e pelos profissionais da equipe de cuidados paliativos.

O subeixo **Serviço** trata de uma subdivisão do **Conjunto de Atos** que representa os subsídios para sustentar as necessidades da pessoa. Entre os termos identificados, foi inserido nesse nível taxonômico o termo *rotina*, que representa, no contexto dos cuidados paliativos, o cotidiano daqueles que vivenciam a experiência de cuidar de uma pessoa em processo de morrer e de morte. A intensa rotina de cuidados com o paciente fora de possibilidades de cura instiga uma aproximação constante com a dor e o sofrimento, que podem conduzir o cuidador profissional a um profundo desgaste físico, psíquico e emocional, que poderá levá-lo a um alto nível de estresse^(2,11).

Complicação é um subeixo que corresponde aos fenômenos e se subdivide em **Fenômenos de Diagnóstico e Resultados**. Nesse nível, foram identificados os termos: *falta de oxigênio e carência*, o que pode representar, de fato, fenômenos de diagnóstico/resultados de enfermagem com a possibilidade de se implementarem intervenções de enfermagem para o alcance de resultados como uma ventilação confortável e um estado de bem-estar confortável e afetivo.

O termo carência pode ser entendido por vários ângulos. Uma das interpretações em cuidados paliativos está na carência de informações por parte da equipe de

cuidados paliativos, que contribua para que o paciente e sua família possam exercer seu direito ao tomar decisões com consciência e responsabilidade. Muitas vezes, a falta de informações e de clareza das ideias leva a uma conspiração do silêncio, o que compromete a relação entre o paciente e sua família, e entre eles e a equipe^(21,23).

A conspiração do silêncio, que é resultado de uma carência de informações e diálogo, é tida como um problema em potencial no cotidiano da pessoa em processo de terminalidade e sua família. A conspiração do silêncio pode ser diferente de acordo com as diferenças culturais e/ou a dinâmica familiar. Vale destacar que a conspiração pode ser parcial ou total e, nos cuidados de fim de vida, a situação pode se tornar ainda mais complexa⁽²⁴⁾.

Ação Problemática é um subeixo que representa as situações que requerem mais atenção da equipe de Enfermagem. Foram classificados nesse nível taxonômico os seguintes termos não constantes: *morte encefálica e oncologia*. Esses termos nos remetem a um gatilho acionador da conspiração do silêncio, diante do processo de transição do paradigma da terapia modificadora da doença para os cuidados paliativos, visando prevenir e aliviar o sofrimento e/ou melhorar a qualidade de vida. Falar de morte encefálica e do câncer é considerada uma situação complexa, que contribui para conspirar o silêncio e interferir nos canais de comunicação⁽²⁴⁾.

Entidade é um subeixo que se relaciona com o subeixo **Apoio Emocional**. Nesse nível taxonômico, só foi identificado a um termo: *apoio psicológico*. O apoio psicológico pode gerar intervenções de enfermagem de relevância para a prática de cuidar no âmbito dos cuidados paliativos, considerando-se que a dimensão psicológica é uma entre as dimensões humanas afetadas diante de uma condição de terminalidade⁽²⁻³⁾.

Apoio Familiar é um subeixo que se subdivide em **Fenômeno e Processo**, o que representa uma série de funções ou ações cuja finalidade é de alcançar um resultado. Nesse nível taxonômico, pode ser observado um número maior de termos que representam o

direcionamento das práticas de cuidado do enfermeiro e sua equipe diante de uma pessoa em processo de terminalidade. Os termos identificados foram: *assistência de enfermagem, boa morte, humanização, respeito, responsabilidade, singularidade, sobrevivência* e ética. Esses termos denotam uma subjetividade da prática profissional que envolve um nível de sensibilidade peculiar aos cuidados paliativos⁽²⁰⁾.

A família desempenha um papel significativo em cada etapa do processo de promoção da saúde, desde a investigação, o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento. Nesse contexto, é compreensível que os familiares desejem proteger seus entes queridos, e o processo de comunicação deve ser o mais efetivo possível, preconizando a escuta ativa, a fim de diminuir ou anular as possibilidades de se conspirar o silêncio e proteger a pessoa de potenciais malefícios, minimizando as preocupações sobre o futuro para o paciente⁽²⁴⁾.

No subeixo **Pensamento**, foram classificados os termos *experiência* e *ideia*. No **Profilático**, que se subdivide em **Efeito Adverso, Sinais e Sintomas**, só houve um termo: *queixa*. Isso talvez seja indício de que a maioria dos termos que poderiam estar inseridos nesse nível taxonômico seja de termos já constantes da CIPE®, como pode ser observado nos termos descritos no Quadro 1 – Eixo foco.

O subeixo **Apoio Espiritual** relaciona-se com uma dimensão humana que nos parece ainda estar longe de ser enfatizada pela equipe de saúde^(11,20). Todavia, nas falas que deram origem ao Banco de Termos deste estudo, foi possível identificar o termo *aspecto psicoespiritual*, que demonstra uma preocupação extremamente relevante diante de uma pessoa que se encontra em processo de morrer e de morte.

Em relação aos demais subeixos **Complicação Ausente e Entidade Ambiental**, constatou-se que, neste estudo, não foi possível identificar algum termo que possa contribuir com esse nível taxonômico da CIPE®, diante da ausência de termos que evidenciassem os conceitos do subeixo.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo abriu caminhos para que conheçêssemos os termos utilizados pela equipe de Enfermagem no cuidado voltado para a pessoa em processo de morrer e de morte, numa UTI de um hospital especializado em oncologia, o que possibilitará apresentar contribuições para o desenvolvimento de terminologias na área dos cuidados paliativos.

Os dados aqui apresentados constituem-se de uma primeira etapa do processo para a construção de enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem cujo propósito é de apresentar subsídios para o Catálogo CIPE® direcionado às pessoas em cuidados paliativos, dando continuidade à elaboração de uma terminologia que represente a Enfermagem em âmbito internacional.

Com esses resultados, esperamos que seja possível desenvolver uma ferramenta de tecnologia leve, constituída por elementos que representam a prática da equipe de Enfermagem, no contexto dos cuidados paliativos, com diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem validados e direcionados à demanda de cuidados passíveis de resolução, na perspectiva de preservar a dignidade da pessoa em processo de morrer e diante da morte, levando-se em consideração as peculiaridades inerentes à finitude.

Este estudo apresenta lacunas para que novos termos e conceitos sejam integrados à taxonomia que constitui a CIPE®, com foco nos cuidados paliativos para uma morte digna, o que contribui sobremaneira para padronizar uma linguagem que facilite a comunicação entre os profissionais de enfermagem e deles com os demais integrantes da equipe de cuidados paliativos.

O grande valor da inserção desses termos está na perspectiva de apoiar o cotidiano dos profissionais de enfermagem, em especial, os paliativistas, diante da prática de cuidar de pessoas com doenças fora de possibilidades de cura, no sentido de facilitar a documentação do Processo de Enfermagem, que é o principal meio de raciocínio clínico dentro de nossa área

de conhecimento, que facilita e dinamiza os registrados de pensamentos, informações, dúvidas e sentimentos de

que dispõe a equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Elia N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 2001.
2. Walters G. Is there such a thing as a good death? Palliative Medicine. 2004; 18(5):404-8.
3. World Health Organization. Definition of Palliative Care [Internet]. 2013 [cited 2013 abr 14]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
4. Silva EP, Sadigursky D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. Acta Paul Enferm. 2009; 21(3): 504-8.
5. Silva RS, Medeiros ACT, Nóbrega MML. Processo de Enfermagem na perspectiva dos cuidados paliativos. In: Silva RS, Amaral JB, Malagutti W, organizadores. Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari; 2013. p.119-37.
6. Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE® - Versão 1.0. São Paulo: Algor; 2007.
7. Bittencourt GKGD, Nóbrega MML. Meaning for the professional practice of terms attributed to actions of nursing - a descriptive study. Online Braz J Nurs [Internet]. 2006 [cited 2013 abr 14]; 5(3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/308>.
8. Andrade LL, Costa KNFM, Nóbrega MML, Oliveira JS, Accioly CMC. Termos identificados em uma clínica médica e classificados como não constantes na CIPE®. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 [cited 2013 abr 14];14 (2): 330-6. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/pdf/v14n2a13.pdf.
9. Nóbrega MML, Telma RG, Furtado LG, Albuquerque CC, Lima CLH. Nursing terminologies: the NANDA taxonomy to the International Classification for Nursing Practice. Rev enferm UFPE on line. [Internet]. 2008 [cited 2013 abr 14];2(4):454-61. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/333/pdf_408.
10. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE® - Versão 2.0. São Paulo: Algor; 2011.
11. Silva RS. O cuidar/cuidado para uma boa morte: significados para uma equipe de enfermagem intensivista. [dissertation]. Salvador: Escola de Enfermagem/UFBA; 2010. 114 p.
12. Pavel S, Nolet D. Manual de terminologia. Public works and government services: Canadá, 2002.
13. Leal MT. A CIPE® e a visibilidade da Enfermagem: mitos e realidades. Lisboa (PT): Lusociência; 2006.
14. Houaiss A. Dicionário Houaiss: sinônimos e antônimos. São Paulo: Publifolha; 2008.
15. International Council of Nurses. Guidelines for ICNP® Catalogue development. [Internet]. 2008 [cited 2013 abr 14]. Available from: http://www.icn.ch/icnp_Catalogue_Devlp.pdf
16. International Council of Nurses. ICNP® Concept Submission and Review Guideline [Internet]. Geneva: ICN; 2011 [cited 2013 abr 14]. Available from: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/icnpr-conceptsubmission-and-review-guideline/>.
17. Cubas MR, Denipote AGM, Malucelli A, Nóbrega MML. A norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologias de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2010 [cited 2013 abr 14];18(4). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
18. Pereira I, Sera CTN, Caromano FA. Higiene e conforto. In: Oliveira RA Coordenador. Cuidado Paliativo. Caderno CREMESP. São Paulo: 2008. p. 195-219.
19. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 [cited 2015 mar 22];18(9): 2577-2588. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012.
20. Silva RS, Pereira A, Campos AER. Caring for the patient in the process of dying at the Intensive Care Unit. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2013 abr 14];45(3):738-744. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a27.pdf
21. Araújo MMT, Silva MJP, De Simone GG, Torales GMG. Inteligência emocional no trabalho em equipe em cuidados paliativos. Revista Bioethikos [Internet]. 2012 [cited 2015 mar 22];6(1):58-65. Available from: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/91/a06.pdf>
22. Sociedade Francesa de Acompanhamento e Cuidados Paliativos. Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidar, ética e práticas. Loures (PT): Lusociência; 2000.
23. Martíns AMJ, Zarazaga RE. Dolor y sufrimiento en enfermos oncológicos al final de la vida: el papel del conocimiento de la enfermedad. Med. Paliat. 2009;16(4):229-234.
24. Chaturvedi SK, Loiselle CG, Chandra PS. Communication with Relatives and Collusion in Palliative Care: a cross-cultural perspective. Indian Journal of Palliative Care. 2009; 15 (1):2-9.

Recebido: 06/11/2013.

Aceito: 18/03/2015.

Publicado: 30/06/2015.