

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE ENFERMAGEM**

**MELISSA CUNHA NASCIMENTO**

**A CONCEPÇÃO DE UM CUIDADO DIGNO A PESSOA COM UMA DOENÇA  
CARDÍACA: uma revisão integrativa**

SÃO LUÍS  
2019

**MELISSA CUNHA NASCIMENTO**

**A CONCEPÇÃO DE UM CUIDADO DIGNO A PESSOA COM UMA DOENÇA**

**CARDÍACA: revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) como requisito parcial para o título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Líscia Divana Carvalho Silva.

SÃO LUÍS  
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Cunha Nascimento, Melissa.

A CONCEPÇÃO DE UM CUIDADO DIGNO A PESSOA COM UMA DOENÇA CARDÍACA:  
revisão integrativa / Melissa Cunha Nascimento.

- 2020.

59 f.

Orientador(a): Liscia Divana Carvalho Silva.

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, UFMA,  
2020.

1. Cuidados de Enfermagem. Cardiopatia. 2. Direitos civis.  
Princípios morais. Dignidade Humana. 3. Doença das coronárias. I.  
Divana Carvalho Silva, Liscia. II. Título.

**MELISSA CUNHA NASCIMENTO**

**A CONCEPÇÃO DE UM CUIDADO DIGNO A PESSOA COM UMA DOENÇA  
CARDÍACA: revisão integrativa**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a banca de defesa do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra Liscia Divana Carvalho Silva (Orientadora)  
Doutora em Ciências  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra Andrea Cristina Oliveira Silva  
Doutora em Ciências  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra Rosilda Silva Dias  
Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental  
Universidade Federal do Maranhão

*Este trabalho é dedicado ao Bacharel em Enfermagem que promete honrar seu compromisso proferindo o juramento oficial:*

“Solenemente, na presença de Deus e desta assembléia, juro:  
dedicar minha vida profissional a serviço da humanidade, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana, exercendo a enfermagem com consciência e fidelidade; guardar os segredos que me forem confiados; respeitar o ser humano desde a concepção até depois da morte; não praticar atos que coloquem em risco a integridade física ou psíquica do ser humano; atuar junto à equipe de saúde para o alcance da melhoria do nível de vida da população; manter elevados os ideais de minha profissão, obedecendo os preceitos da ética, da legalidade e da moral, honrando seu prestígio e suas tradições.”

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à Deus, pela minha vida e pela vida daqueles que eu amo, pelo Seu suporte diário, pelo Seu cuidado comigo, por Suas bênçãos derramadas sobre a minha vida desde o meu nascimento até o dia de hoje e pela oportunidade de concluir mais uma etapa da minha vida estudantil.

Ao meu pai José Luis do Nascimento Filho (in memoriam) a quem dedico a minha formatura juntamente à minha mãe Denise Maria Cunha, por acreditarem no meu potencial, por sonharem meus sonhos, por me apoiarem, incentivarem e se dedicarem tanto para que eu pudesse ter o melhor estudo durante toda minha vida.

À minha irmã Jamile Cunha Nascimento, pelo seu suporte em diversas situações; ao meu sobrinho querido Tiago Nascimento Araújo, pelos momentos inocentes de alegria e distração; às minhas tias, aos meus tios, aos meus primos e primas, a todos meus familiares que influenciaram direta e indiretamente para meu crescimento pessoal e acadêmico.

Às minhas amigas de infância do Colégio Literato, Aline de Oliveira Rezende, Karoline Maciel Santos, Luiza de Jesus Queiroz, Marcella Carvalho Chaves, por, mesmo longe fisicamente, estarem sempre presentes nos bons e maus momentos, e em especial Sophia Luiza Rodovalho Mereb por estar sempre disposta a me ajudar em todas as situações, por me incentivar, por me apoiar, por me aconselhar sempre a seguir os melhores caminhos, por ser benção de Deus na minha vida, uma irmã.

Às minhas amigas de curso que já concluíram, Leticia Teixeira Torres, Luana Cristina Melo de Oliveira e Mayllane Lays Barbosa, por me apoiarem diversas vezes durante a graduação, pelos momentos de distração e pelo companheirismo.

À minha orientadora Prof Dra Liscia Divana Carvalho Dias, por tanta paciência e compreensão, por não desistir de mim mesmo quando eu merecia ter sido deixada de lado, por insistentemente me ajudar, por sutilmente me cobrar um bom trabalho e dedicação.

À minha banca, Prof Dra Andrea Cristina Oliveira Silva e Prof Dra Rosilda Silva Dias e estendo o agradecimento a todo Departamento de Enfermagem da UFMA, pela disponibilidade da minha banca em meio a tantas tarefas impostas, e aos demais por tantos ensinamentos compartilhados.

E por fim, ao meu grupo de estágio e a todos companheiros de profissão que tive oportunidade de conhecer e conviver.

"A razão da dignidade humana consiste na vocação do homem para a comunhão com Deus. Pois o homem, se existe, é somente porque Deus o criou por amor. E por amor se mantém conservado"  
(GS19,1)

## RESUMO

A dignidade é um direito essencial da pessoa, reconhecida como valor central em diferentes culturas, entretanto, seu discurso parece controverso, pois não há um consenso sobre seu significado. O cuidado digno é indispensável à vida, de modo que se torna a própria essência da Enfermagem. A temática é instigante e a concepção ontológica adotada aponta para diversos valores, reforçando a necessidade de compreendê-la sob uma concepção histórica, filosófica, ética, política, cultural social e epistemológica. O objetivo do estudo foi investigar artigos científicos que contenham concepções do cuidado digno sob a ótica da pessoa com uma doença cardíaca, de seus familiares e de enfermeiros, e responder a questão norteadora acerca desse tema. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Estudo realizado entre os meses de outubro e novembro de 2019 nas seguintes bases de dados: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); *National Center for Biotechnology Information and National Library of Medicine* (PUBMED) e *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS). Incluiu-se artigos publicados na íntegra entre os anos de 2015 a 2019. Foram excluídos trabalhos de conclusão de curso, editoriais, dissertações, teses, artigos de revisão, duplicados e em outros idiomas, além do português, inglês e espanhol. Obteve-se uma amostra de 11 (onze) artigos selecionados nas seguintes bases de dados de indexação: LILACS (n = 0), MEDLINE (n=6) e PUBMED (n = 5). Observou-se significativa escassez de artigos brasileiros. O cuidado digno precisa ser compreendido e ativamente promovido. Observou-se no estudo que a representação de um cuidado digno reflete na concepção dos principais envolvidos nesse processo (paciente, familiar e profissional) relacionados ao reconhecimento dos direitos e deveres, a educação, filosofia da instituição e aspectos sociais e culturais envolvidos. Na concepção do cuidado digno à pessoa com uma doença cardíaca as condições que ameaçam a dignidade são as instalações físicas inadequadas, escassez de equipamentos, ambiente sujo, falta de conforto, segurança, barulho excessivo, escassez de enfermeiros, caráter, falta de gentileza, desmotivação, irritabilidade, baixos salários, pouca experiência e falta de homogeneidade no cuidar. Destacam como fatores para promoção do cuidado digno a privacidade, confidencialidade, higienização, autonomia, comunicação, relacionamento interpessoal atencioso, harmonioso e respeitoso. Na concepção da família o cuidado digno está relacionado ao agir com compaixão, amizade, bondade, afeto, apoio emocional, tranquilidade, consideração, empatia, confiança, satisfação, promoção da autonomia, autocuidado e respeito às crenças e práticas religiosas. Na concepção dos enfermeiros existem limitações para o cuidado digno como a desconfiança, comunicação, julgamento, falta de privacidade, restrição física, higiene negligenciada, estresse, rotinas, incapacidade de seguir sua própria consciência, carga de trabalho intensa, escassez de funcionários. Faz-se necessário pensar, refletir e discutir individualmente e com seus pares, sobre como a dignidade pode ser aplicada, considerando as necessidades dos indivíduos, oportunizando o conhecimento dos sentimentos e das expectativas de todos os envolvidos na situação de vida e de saúde.

**Palavras-chave:** Direitos civis. Princípios morais. Dignidade Humana. Cuidados de Enfermagem. Cardiopatia.

## ABSTRACT

Dignity is an essential right of any person, recognized as a central value in different cultures, meanwhile, his speech seems controversial, as there is no consensus on its meaning. Proper care is life indispensable so that it becomes the essence of nursing. The theme is exciting and the adopted ontological conception points to several values, reinforcing the need to understand it from a historical, philosophical, ethical, political, social and epistemological conception. The aim of the study was to investigate scientific articles that point out the conceptions of proper care for patients with heart disease, their families and nurses. It is an integrative literature review. The study was conducted between October and November 2019 in the following databases: Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); National Center for Biotechnology Information and National Library of Medicine (PUBMED) and Virtual Health Library (VHL). Articles published in full from 2015 to 2019 were included. Final papers, editorials, dissertations, theses, review articles, duplicates, and other languages were excluded. And with method not clearly described review. A sample of 11 (eleven) selected articles was obtained from the following indexing databases: LILACS (n = 0), MEDLINE (n = 6) and PUBMED (n = 5). A significant shortage of Brazilian articles was observed. Proper care needs to be understood and actively promoted. It was observed in the study that the representation of proper care reflects in the conception of the main involved in this process (patient, family and professional) related to the recognition of rights and duties, education, philosophy of the institution and social and cultural aspects involved. In the conception of the cardiac patient, the conditions that threaten dignity are inadequate physical facilities, lack of equipment, dirty environment, lack of comfort, safety, excessive noise, lack of nurses, character, lack of kindness, demotivation, irritability, low salaries, little experience and lack of homogeneity in care. They highlight as factors for the promotion of proper care privacy, confidentiality, hygiene, autonomy, communication, attentive, harmonious and respectful interpersonal relationships. In the conception of the family, dignified care is related to acting with compassion, friendship, kindness, affection, emotional support, tranquillity, consideration, empathy, trust, satisfaction, promotion of autonomy, self-care and respect for religious beliefs and practices. In the conception of nurses, there are limitations to proper care such as distrust, communication, judgment, lack of privacy, physical restriction, neglected hygiene, stress, routines, inability to follow their own conscience, intense workload, shortage of employees. It is necessary to think, reflect and discuss individually and with their peers about how dignity can be applied, considering the needs of individuals, providing the knowledge of the feelings and expectations of all involved in life and health.

**Keywords:** Civil Rights. Moral principles. Human dignity. Nursing care. Heart disease. Coronary artery disease.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| <b>FLUXOGRAMA 1</b> - Etapas percorridas durante a coleta de dados.....   | 23 |
| <b>QUADRO 1</b> - Classificação do nível de evidência dos artigos.....  | 24 |
| <b>QUADRO 2</b> - Título e tipo de estudo delineado conforme artigos incluídos na revisão integrativa.....  | 26 |
| <b>QUADRO 3</b> - Autores, ano de publicação, país de origem, área de conhecimento, objetivo e metodologia dos artigos inclusos na revisão integrativa..... | 27 |
| <b>QUADRO 4</b> - Título e conclusão conforme artigos inclusos na revisão integrativa.....  | 29 |

## LISTA DE SIGLAS

|         |  |
|---------|--|
| COFEN   | - Conselho Federal de Enfermagem                                 |
| SAE     | - Sistematização da Assistência de Enfermagem                    |
| NANDA   | - <i>Nursing Diagnosis Association</i>                           |
| LILACS  | - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde   |
| MEDLINE | - <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i> |
| DECS    | - Descritores em Ciências da Saúde                               |
| TCLE    | - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                     |
| ANOVA   | - <i>Analysis of Variance</i>                                    |
| SPSS    | - <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>             |
| JAAC    | - <i>Journal of the American College of Cardiology</i>           |
| JAMA    | - <i>Journal of the American Medical Association</i>             |

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 13  |
| <b>2 OBJETIVO</b> .....   | 19  |
| <b>3 METODOLOGIA</b> .....  | 191 |
| <b>3.1 Tipo de Estudo</b> .....   | 20  |
| <b>3.2 Coleta de dados</b> .....  | 20  |
| <b>3.3 Etapas da revisão Integrativa</b> .....                                | 20  |
| <b>3.3 Aspectos éticos</b> .....  | 22  |
| <b>4 RESULTADOS</b> .....   | 23  |
| <b>5 DISCUSSÃO</b> .....  | 34  |
| <b>5.1 Concepção do cuidado digno à pessoa com uma doença cardíaca.</b> ..... | 34  |
| <b>5.2 Concepção do cuidado digno sob a ótica da família</b> .....            | 39  |
| <b>5.3 Concepção do cuidado digno sob a ótica dos enfermeiros</b> .....       | 43  |
| <b>6 CONCLUSÃO</b> .....  | 48  |
| REFERÊNCIAS .....   | 50  |
| APÊNDICE 1 .....  | 54  |
| ANEXO 1 – Parecer do Colegiado do Curso de Enfermagem da UFMA .....           | 57  |

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente a dignidade da pessoa humana era tratada apenas na filosofia e religião, já que as normas de Direito Humanitário do século XIX eram voltadas ao tratamento das vítimas de guerra e a proteção humanitária dirigida aos militares e às populações civis. Sabe-se que os direitos humanos estão em constante processo de construção e reconstrução, iniciado desde a Revolução Francesa, após promulgação do Código Napoleônico, que trazia conceitos de liberdade individual, igualdade perante a lei, direito à propriedade privada, divórcio e o primeiro código comercial (CLOS; GROSSI, 2016).

O termo dignidade deriva da palavra *dignitus*, termo em latim que significa competência, assim também no termo *dignus*, que se remete a valor derivado (MATITI; TROREY, 2004). Embora o termo “dignidade humana” esteja presente em demasia nas pesquisas mais recentes, o seu significado ainda necessita de consenso entre os pesquisadores. Além disso, sua alusão, no sentido mais lógico, faz menção à dignidade como um valor intrínseco de um indivíduo devido a ser humano (BORHANI; ABBASZADEH; RABORI, 2015).

Uma das mais avançadas conquistas no mundo, em termos de direitos e garantias individuais foi o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da própria existência da Constituição e do Estado Democrático de Direito. O princípio da dignidade da pessoa humana impõe ao Estado, além do dever de respeito e proteção, a obrigação de promover as condições que viabilizem e removam todo tipo de obstáculos que impeçam as pessoas de viverem com dignidade (SOUZA, 2013).

A Constituição Federal de 1.988 em seu artigo 1º, inciso III, regra que a República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados, Municípios e Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988). Assim, o princípio fundamental consagrado pela Constituição Federal apresenta-se em uma dupla concepção, primeiro porque prevê um direito individual protetivo em relação ao próprio estado e aos demais indivíduos e, em segundo porque estabelece verdadeiro dever de tratamento igualitário dos próprios semelhantes. O Estado Democrático de Direito fundamenta-se nos princípios dos direitos das pessoas,

sejam eles individuais ou coletivos, os quais visam, em última instância, à garantia da dignidade da pessoa humana (CLOS; GROSSI, 2016).

Nessa perspectiva, configura-se a exigência de a pessoa respeitar a dignidade de seu semelhante tal qual a Constituição Federal exige que lhe respeitem a própria. Essa concepção resume-se a três princípios do direito romano: *honestere* (vive honestamente), *alterum non laedere* (não prejudique ninguém) e *suum cuique tribuere* (dê a cada um o que lhe é devido) (BRASIL, 2017). Dessa forma, a bioética fundamenta-se no respeito à dignidade da pessoa humana e é regida pelos princípios da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça. Tais princípios estabelecem que as questões éticas, suscitadas pelos rápidos avanços na ciência, e suas aplicações tecnológicas, devem ser examinadas com o devido respeito à dignidade e aos direitos humanos. A dignidade da pessoa humana engloba necessariamente respeito e proteção da integridade física e psíquica (LIMA; MCLLFATRICK, 2015).

Embora as discussões sobre bioética se particularizem de maneira que necessita de uma fundamentação à parte, é impossível não suscitar questionamentos de sua natureza relacionados à dignidade humana. Na assistência à saúde, em suas diferentes gerações e culturas, a bioética emerge no contexto da oferta dos melhores cuidados disponíveis, considerando os princípios não-maleficência e justiça (para a garantia de assistência digna), necessários e compatíveis à pessoa na condição de paciente perante a prestação dos cuidados de enfermagem, exigindo ações baseadas em valores éticos (ALMEIDA; AGUIAR, 2011; RATES; PESSALACIA; MATA, 2014).

A dignidade sempre foi um sentimento ou atributo de grande menção a nível internacional, sobretudo pelo uso nas religiões e na fundação dos direitos humanos, de modo que sua restrição afeta diretamente outros sentimentos e valores, como corpo, espírito e moralidade (VAN GENNIP, 2013). A dignidade está relacionada diretamente com o valor humano, e mediante quaisquer necessidades de saúde, ainda que haja risco de perda da manutenção vital de maneira orgânica, a dignidade permanece viva, de modo que implica na consideração do valor humano, independentemente das limitações de saúde impostas à pessoa doente (SHARP, 2012; SLETTEB; NORTVEDT, 2015).

O ser humano não se reduz à sua natureza, à sua materialidade espaço-temporal e nem a uma função, mas é uma pessoa. Por sua condição pessoal, o ser

humano transcende a sua dimensão natural e material. Qualquer tentativa de reduzir a pessoa a um nível subumano viola a sua dignidade e o seu valor. A dignidade humana é um patrimônio sagrado e inviolável, pois a pessoa é a imagem divina na terra, segundo a tradição judaico-cristã. Deus é a magnitude fundante do ser pessoal, livre e social do ser humano. O ser humano é uma grandeza indefinível e misteriosa, assim como Deus o é. A pessoa é um reflexo do mistério de Deus. Assim, o mesmo respeito e a mesma veneração que se tem por Deus deve-se ter pela pessoa, sua imagem-representação (OLIVEIRA, 2016).

A ligação entre direitos fundamentais e a dignidade humana por ser relevante pode vir a dificultar a individualização de alguns direitos específicos, ou seja, no caso do direito da pessoa a saúde que está ligado ao direito a vida e a própria dignidade fica difícil verificar até que ponto se trata de um ou do outro. Concomitantemente, o cuidar é um processo que envolve contato próximo com o ser humano, denotando assisti-lo em suas necessidades de saúde, o que envolve atos, comportamentos e atitudes, que dependem do contexto e das relações estabelecidas entre o usuário, o profissional e a instituição. Ademais, é uma manifestação da preservação da potencialidade, no aspecto saudável, dos cidadãos e depende de uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, desenvolvendo, assim, a dignidade no cuidado (SOUZA, 2013).

O processo de cuidar é remetido ao enfermeiro, como profissional responsável por respeitar, reconhecer e realizar ações visando um cuidado digno, sensível, competente e resolutivo, a fim de garantir os direitos da pessoa humana, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) do Brasil, órgão fiscalizador e normatizador do exercício profissional (CLOS; GROSSI, 2016). O COFEN estabelece o cuidado como um fenômeno inerente à profissão por fazer parte do ser e, este se diferencia dos demais por ser humano e relacional. Isto só ocorre devido à convivência entre as pessoas, admitindo desse modo, inúmeras variâncias, com intensidades e divergências que tornam cada cuidado uma prática única (COFEN, 2017).

O cuidado é uma atitude indispensável à vida humana, de modo que se torna a própria essência da Enfermagem. Como função literal do enfermeiro, considera-se que se estabelece sentido na razão do “fazer enfermagem”, na oferta e recepção de cuidados, sobretudo aqueles de maior necessidade, mediante uma situação de problema, devendo os enfermeiros possuir suas concepções fincadas

em outros atributos, que não somente o físico, mas também o humanístico, e assim engajando outros instrumentos, como o respeito, valor e dignidade (VALE; PAGLIUCA, 2011).

O cuidado sustentado por esse processo, na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) considera primordial a identificação das necessidades dos indivíduos e intervenções necessárias em busca do seu bem-estar. No contexto do cuidado digno, destaca-se a incorporação desta nuance as necessidades psicossociais previstas nas teorias, a exemplo a Teoria de Wanda Horta e, inclusive, nas taxonomias como a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), com destaque para o diagnóstico de enfermagem “Risco de comprometimento da dignidade humana” (RIBEIRO et al., 2016).

Manookian, Cheraghi e Nasrabadi (2014) enfatizam a dignidade na perspectiva da enfermagem como intrínseco à natureza humana, na prestação de cuidados centrados na pessoa e no respeito aos direitos do paciente e sua família. Desse mesmo modo, Baillie (2009) destaca a dignidade como uma composição de vários sentimentos, em especial, a paz, a boa condição física e o comportamento. A dignidade humana no contexto da necessidade de cuidados é uma questão fundamental como parte dos direitos do indivíduo (SHAHRIARI et al., 2012).

Esse sustentáculo, que valoriza a dignidade humana enquanto essência para um cuidado baseado em premissas científicas, proporciona benefícios importantes a todos aqueles assistidos pela enfermagem, uma vez que, o respeito seja incorporado a este princípio, estabelecendo a capacidade dos profissionais de enfermagem reconhecerem as necessidades e singularidades de seus clientes, sob os mais variados domínios, permitindo todas as perspectivas de problemas (SOUZA; VALADARES, 2011; RIBEIRO et al., 2016).

A dignidade é um valor intangível e direito essencial da pessoa humana, reconhecida como valor central em diferentes culturas, entretanto, seu discurso parece controverso, pois não há um consenso sobre seu significado, estando relacionada a conceitos diversos como: direito, moralidade, integridade, liberdade, autonomia, inclusão, justiça, solidariedade, compaixão e coragem. Essa temática é instigante e a concepção ontológica adotada aponta para diversos valores, reforçando a necessidade de compreender a dignidade da pessoa humana, sob uma análise histórica, filosófica, ética, política, cultural social e epistemológica (GALLAGHER, ZABOLI, VENTURA, 2012).

Pesquisas apontam a restrita sucessão de investigações científicas no campo da enfermagem sobre a dignidade humana, especialmente em relação à doença cardíaca, que apesar de se constituir num problema de saúde pública mundial, ainda são limitadas as produções científicas que associam dignidade e doença cardíaca (ALBERS et al., 2013; MANOOKIAN; CHERAGHI; NASRABAD, 2014; RABORI; ABBASZADEH; BORHANI, 2016). Sabe-se que diante de uma situação de necessidade ou incapacidade, o indivíduo tem seu poder e autoridade diminuídos sobre si, e a situação que o coloca sob uma hospitalização, pode afetar com afinco, a dignidade inerente ao fato de ser humano (BORHANI; ABBASZADEH; RABORI, 2016). Nessa perspectiva, elegeu-se como pergunta de pesquisa: O que significa o cuidado digno para uma pessoa com uma doença cardíaca, para seus familiares e para os enfermeiros?

A compreensão da dignidade, no contexto da saúde, perpassa por muitas discussões que exigem o exploro da realidade, como a pessoa com uma doença e seus familiares principalmente às suas experiências na ameaça à sua dignidade, ou seja, como reagem mediante inúmeras situações, de modo que a relação destes dois grandes conceitos (dignidade e cuidado) exige uma dialética reflexiva, que por durante muito tempo fora discutida empiricamente (GALLAGHER et al. 2008; SLETTEB; NORTVEDT, 2015).

Especialmente, em relação à doença cardíaca, a dignidade da pessoa traduz-se pela perda da independência, da capacidade de realizar suas próprias escolhas, de tomar decisões e participar das atividades que lhe são impostas. Quando chegado esse momento da perda da independência, não há mais a capacidade de atender suas próprias necessidades como lhes convém, e, nesse espaço que se faz tão necessária a Enfermagem e seu processo de cuidar (HYMAYUN et al.,2008; ONAL; CIVANER, 2015).

A necessidade de valorização da personalização dos cuidados de enfermagem prestados no ambiente hospitalar é urgente e de extrema importância, haja vista que a ciência enfermagem destaca-se por ser a maior representação de cuidado direto aos pacientes, nas diversas assistências à saúde. Embora esse contato se torne íntimo mediante o duradouro tempo de cuidado, ainda permeia a ideia de que a utilização dos muitos recursos tecnológicos presentes nos hospitais sustenta a cura, de modo que isto se configura como uma ilusão, que pode ser conseguida a qualquer custo (VASQUES et al., 2016).

Após o diagnóstico de uma doença cardíaca, segue a fase de tratamento (clínico ou cirúrgico), recuperação e reabilitação. Sabe-se que o objetivo da reabilitação cardíaca não é somente melhorar a capacidade funcional cardiovascular, mas a qualidade de vida da pessoa, controlando os fatores de risco coronariano, reduzindo a probabilidade de recorrência, morbidade e mortalidade. Dessa forma, ao ser diagnosticado com uma doença grave, o ser humano se depara com sentimento de insegurança, solidão, medo e desamparo, o que o leva a buscar na equipe de saúde não apenas o tratamento/ cura, mas também segurança, afeto e solidariedade, ou seja, um cuidado digno (GALTER; RODRIGUES; GALVÃO, 2010).

## **2 OBJETIVO**

- Investigar artigos científicos que contenham concepções do cuidado digno sob a ótica da pessoa com uma doença cardíaca, de seus familiares e de enfermeiros.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cujo método de pesquisa estabelece uma importante ferramenta ao permitir a análise de subsídios na literatura de forma ampla e sistemática, além de divulgar dados científicos produzidos por diferentes autores (NETO; MARQUES; FERNANDES; NÓBREGA, 2016).

A revisão integrativa geralmente se refere à pesquisa, seleção e análise de publicações sobre um tópico é configurada como um tipo de revisão que reúne os resultados de estudos desenvolvidos por diferentes metodologias, permitindo aos revisores sintetizar resultados sem prejudicar a associação de análise epistemológica dos estudos empíricos incluídos, para isto, o processo, de maneira lógica, requer revisores para analisar e resumir dados de atenção primária de forma sistemática e rigorosa (SOARES, 2014).

### **3.2 Coleta de dados**

O período da coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2019. A seleção dos artigos foi realizada por pares, previamente definidos entre o pesquisador e um pesquisador-revisor especialista em Ciência da Documentação, que desenvolveram seus trabalhos de forma independente e coube a ambos a decisão final de incluir ou excluir um determinado estudo. Deste modo, garantiu-se a validade da revisão realizada

### **3.3 Etapas da revisão Integrativa**

A revisão integrativa foi realizada por meio do modelo descrito por Mendes, Silveira e Galvão (2008), que é dividido em seis etapas: identificação do tema e seleção da hipótese para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem e busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão

integrativa; interpretação dos resultados e a apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A primeira etapa foi constituída pela seleção da hipótese por meio da pergunta norteadora: Quais as concepções de um cuidado digno a pessoa com uma doença cardíaca, seus familiares e enfermeiros? Delimitou-se como objetivo para responder à questão norteadora apresentar o grau de evidências do cuidado digno a pessoa cardiopata a partir de uma revisão integrativa.

A segunda etapa consistiu no estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão a fim de nortear a busca e seleção dos artigos. Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre os anos de 2015 a 2019. Os critérios de exclusão foram: estudos com indivíduos portadores de outras doenças, editoriais, resenhas, monografias, dissertações, teses e estudos complementares.

Para a identificação dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*; *National Center for Biotechnology Information and National Library of Medicine (PUBMED)*.

Para recuperação da informação com conteúdo maximizado e exato, utilizou-se na busca, a terminologia dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), um vocabulário trilingue, controlado, desenvolvido como terminologia padrão em Ciências da Saúde, usado na indexação dos mais variados perfis de trabalhos científicos, de modo que amplia o acesso, navegação e recuperação em variadas fontes de informações (PEREIRA; MONTERO, 2012).

Nesse sentido, os descritores utilizados de acordo com DeCS foram traduzidos à partir das seguintes palavras-chave em língua portuguesa: Respeito, Direitos civis, Princípios morais, Liberdade, Autonomia pessoal, Solidariedade, Empatia, Coragem, Dignidade, Dignidade humana, Personalidade, Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Cardiopatia. Todas essas palavras-chave foram traduzidas devidamente em línguas inglesa e espanhola e como estratégia avançada foi utilizada de forma combinada a busca com os operadores booleanos “AND” e “OR” por meio da busca avançada.

A terceira etapa consistiu na categorização dos resultados por meio da composição de um quadro composto por: ano da publicação, título, autores, nível de evidência, metodologia, resultados e conclusão ou considerações, apresentados em

forma textual (APÊNDICE I).

Na quarta etapa realizou-se o grau de adequação de cada artigo avaliado por meio de uma escala Likert de quatro (4) pontos de acordo com os critérios e a qualidade metodológica dos resultados, conforme Jackson (1980). Assim, os valores da escala de Likert serão: um (1) ponto se o artigo foi pouco relevante para o quadro teórico da justificativa do estudo; dois (2) pontos se foi relevante para o quadro teórico da justificativa do estudo, mas com baixa qualidade metodológica; três (3) pontos se foi relevante para a metodologia da pesquisa, mas com resultados pouco interessantes para o estudo; quatro (4) pontos se foi relevante para a metodologia, resultados, conclusão e o quadro teórico revisão.

Na quinta etapa foram realizadas as interpretações dos artigos e a discussão dos resultados para evidenciar o nível de evidências que apontam para um cuidado digno numa doença grave e incapacitante, a doença cardíaca.

A sexta etapa consiste na apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

### **3.3 Aspectos éticos e administrativos**

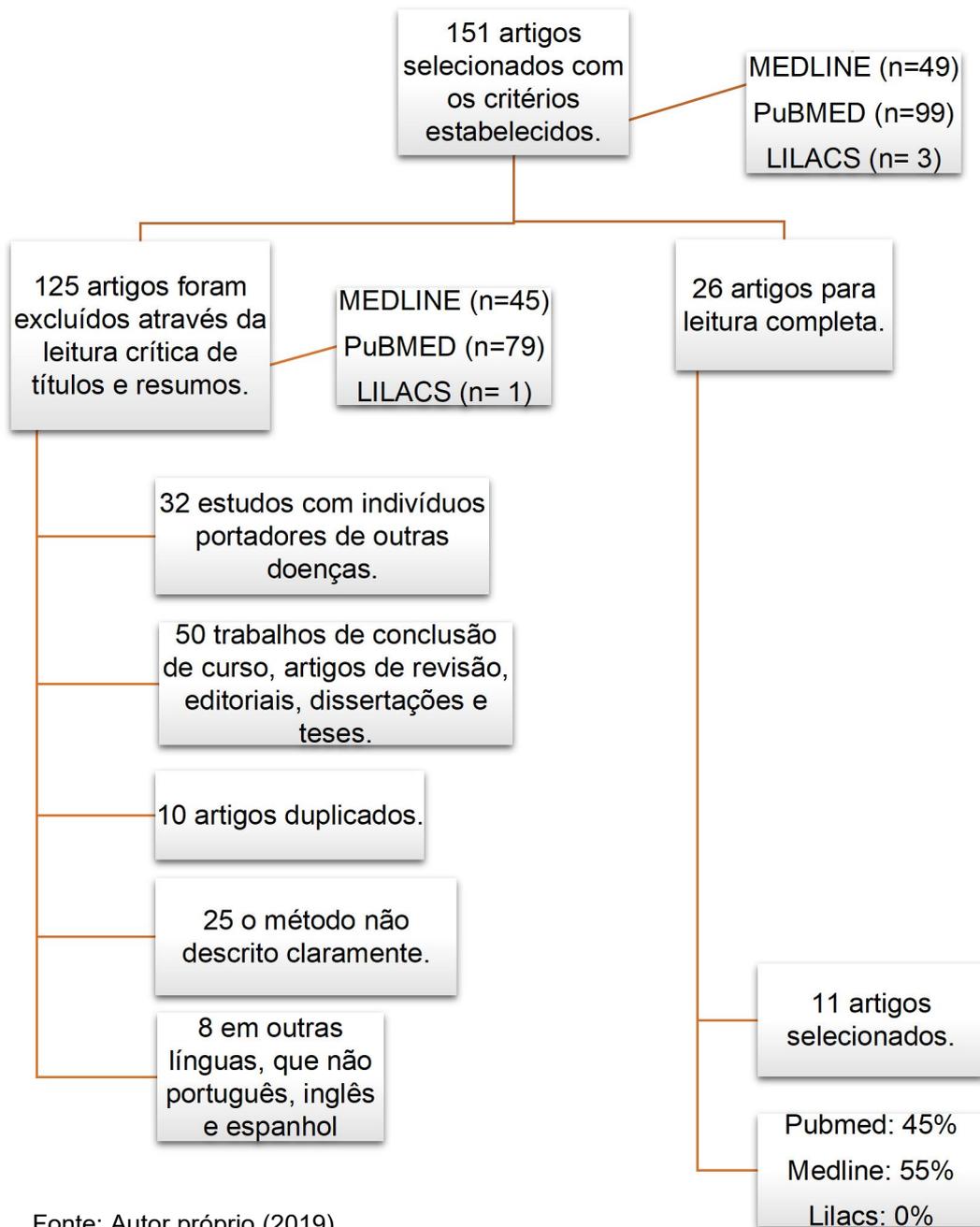
Esta pesquisa foi realizada de acordo com a Lei dos Direitos Autorais nº 9.610 de fevereiro de 1998 que versa sobre obras intelectuais e os direitos dos autores (BRASIL, 1998). Sendo assim, a pesquisa foi condicionada ao parecer favorável do Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão- UFMA (ANEXO A) e devidamente conduzida no sentido de não plagiar quaisquer trabalhos, realizando devidamente a citação de fontes e autoria e dispensando tratamentos adequados aos dados obtidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) não foi utilizado por tratar-se de uma revisão integrativa.

## 4 RESULTADOS

No fluxograma 1 abaixo são apresentadas as estratégias de busca, elegibilidade e seleção dos artigos incluídos.

Fluxograma 1 - Busca, elegibilidade e seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa. São Luís- MA, 2019.



Fonte: Autor próprio (2019)

De acordo com o fluxograma 1, foram selecionados 151 artigos, destes 125 artigos foram excluídos por não serem estudos publicados na íntegra, abordarem no título ou resumo apenas o cuidado, qualidade de vida ou outras doenças, bem como trabalhos de conclusão de curso, editoriais, dissertações, teses, artigos de revisão, duplicados, método não claramente descrito e em outros idiomas. Assim, 26 artigos foram então selecionados para leitura crítica dos textos na íntegra, dos quais 15 foram excluídos por não se enquadrarem no recorte temporal estabelecido e que não respondiam a pergunta de pesquisa estabelecida.

A amostra foi composta de onze (11) artigos que abordavam de maneira direta o tema proposto.

No quadro 1 são apresentados os títulos dos artigos e a distribuição dos valores da escala Likert, de acordo com a relevância apresentada segundo Jackson, 1980.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos e valores de relevância de acordo com a pontuação da escala *Likert* incluídos na revisão integrativa. São Luís- Maranhão, 2019.

| <b>Artigo</b> | <b>Título</b>  | <b>Escala<br/><i>Likert</i></b> |
|---------------|--|---------------------------------|
| 1             | Collaborative Care of Parents Who Have a Child with Congenital Heart Disease.  | 1                               |
| 2             | Applying Self-Determination Theory to Health-Related Quality of Life for Adolescents with Congenital Heart Disease.          | 1                               |
| 3             | Development of nurses' skills in motivational interviews to promote a healthy lifestyle in coronary artery disease patients. | 1                               |
| 4             | Contribution of transpersonal care to cardiac patients in the postoperative period of heart surgery.                         | 4                               |
| 5             | Patient Dignity in Coronary Care: Psychometrics of the Persian Version of the Patient Dignity Inventory                      | 4                               |
| 6             | The relationship between human dignity and medication adherence in patients with heart failure                               | 4                               |
| 7             | Cirurgia de revascularização miocárdica: mudanças na vida de indivíduos e o cuidado de si                                    | 4                               |
| 8             | Test of a Dignity Model in patients with heart failure   | 4                               |

Quadro 1 – Distribuição dos artigos e valores de relevância de acordo com a pontuação da escala *Likert* incluídos na revisão integrativa. São Luís- Maranhão, 2019 (Cont.).

|    |   |   |
|----|---|---|
| 9  | Illness trajectory in heart failure: narratives of family caregivers  | 4 |
| 10 | Human dignity of patients with cardiovascular disease admitted to hospitals of Kerman, Iran, in 2015              | 4 |
| 11 | Facilitators and Threats to the Patient Dignity in Hospitalized Patients with Heart Diseases: A Qualitative Study | 4 |

**Fonte:** Autor próprio (2019)

Observa-se no quadro 1 que dos 11 artigos selecionados, oito artigos obtiveram 4 pontos, ou seja, relevante para a metodologia, resultados, conclusão e o quadro teórico da revisão e três artigos obtiveram 1 ponto, pouco relevante para o quadro teórico da justificativa do estudo, de acordo com a escala recomendada por Jackson (1980).

Os artigos selecionados foram identificados nas bases de dados LILACS, MEDLINE e PUBMED.

Os onze (11) artigos foram selecionados nas seguintes bases de dados: LILACS (n = 0), MEDLINE (n = 6) e PUBMED (n = 5), como demonstrado no gráfico 1.

No quadro 2 são apresentados o título, ano, país e tipo de estudo dos artigos selecionados.

Quadro 2 – Distribuição dos artigos segundo o título, ano, país, e abordagem metodológica utilizado dos artigos incluídos na revisão integrativa. São Luís- Maranhão, 2019.

| <b>Artigo</b> | <b>Título</b>  | <b>Ano</b> | <b>País</b> | <b>Abordagem metodológica</b> |
|---------------|--|------------|-------------|-------------------------------|
| 1             | Collaborative Care of Parents Who Have a Child with Congenital Heart Disease.  | 2019       | EUA         | Qualitativo                   |
| 2             | Applying Self-Determination Theory to Health-Related Quality of Life for Adolescents with Congenital Heart Disease.          | 2019       | EUA         | Quantitativo                  |
| 3             | Development of nurses' skills in motivational interviews to promote a healthy lifestyle in coronary artery disease patients. | 2019       | Holanda     | Qualitativo                   |

Quadro 2 – Distribuição dos artigos segundo o título, ano, país, e abordagem metodológica utilizado dos artigos incluídos na revisão integrativa. São Luís- Maranhão, 2019 (Cont.)

|    |   |      |          |                          |
|----|---|------|----------|--------------------------|
| 4  | Contribution of transpersonal care to cardiac patients in the postoperative period of heart surgery               | 2017 | Brasil   | Qualitativo              |
| 5  | Patient Dignity in Coronary Care: Psychometrics of the Persian Version of the Patient Dignity Inventory           | 2015 | Irã      | Qualitativo              |
| 6  | The relationship between human dignity and medication adherence in patients with heart failure                    | 2017 | Irã      | Qualitativo-quantitativo |
| 7  | Cirurgia de revascularização miocárdica: mudanças na vida de indivíduos e o cuidado de si                         | 2018 | Brasil   | Qualitativa              |
| 8  | Test of a Dignity Model in patients with heart failure  | 2016 | Irã      | Qualitativo              |
| 9  | Illness trajectory in heart failure: narratives of family caregivers  | 2018 | Portugal | Qualitativo              |
| 10 | Human dignity of patients with cardiovascular disease admitted to hospitals of Kerman, Iran, in 2015              | 2016 | Irã      | Quantitativo             |
| 11 | Facilitators and Threats to the Patient Dignity in Hospitalized Patients with Heart Diseases: A Qualitative Study | 2015 | Irã      | Qualitativo              |

**Fonte:** Autor próprio (2019)

Na classificação dos artigos, oito (8) artigos foram oriundos de estudos qualitativos, apenas dois (2) artigos apresentaram abordagem quantitativa e um (10) apresentou abordagem quali-quantitativa, podendo indicar que os pesquisadores da área têm mais interesse na pesquisa qualitativa. Em relação às publicações, observam-se três (3) artigos divulgados em periódicos de enfermagem e oito (8) em periódicos da medicina. Nesta revisão foi possível perceber que, quanto aos locais onde foram realizados os estudos, houve predominância de pesquisas realizadas no Irã com cinco (5) publicações, dois (2) estudos nos EUA, dois (2) no Brasil, um (1) na Holanda e um (1) em Portugal, demonstrando que a liderança e discussão do tema ainda pode estar regionalizada.

O quadro 3 refere-se ao método tipo de estudo dos artigos selecionados.

Quadro 3 – Descrição do método utilizado na elaboração dos artigos incluídos na revisão integrativa. São Luís- Maranhão, 2019.

| Artigo | Descrição do Método  |
|--------|--|
| 1      | Em uma pesquisa on-line nacional, 53 mães e 12 pais descreveram o cuidado colaborativo para bebês após a intervenção na doença cardíaca congênita em relação às facetas do conceito de Bowlby do modelo de trabalho interno do cuidado. Os pais identificaram preocupação com 24 problemas ou objetivos comuns do dia-a-dia (questões; 10 para parceiro, 9 para médico, 5 para outros cuidadores), classificou a importância e a dificuldade do problema, indicaram uma intenção de procurar e usar a ajuda (uso da ajuda) e identificaram a ajuda fonte.              |
| 2      | Foi realizado um delineamento correlacional, não experimental, transversal, em uma amostra de 92 participantes com doença cardíaca congênita, com idades entre 13 e 18 anos. Para análise dos dados, as correlações de Pearson foram usadas para explorar associações entre variáveis, e as hipóteses foram testadas usando regressão linear múltipla.   |
| 3      | O design era um estudo antes-depois de uma estratégia de aprendizado como acompanhamento de um breve workshop do Mo-Int. Em intervalos (em média) de quatro meses, os enfermeiros recebiam, três vezes, feedback e treinamento por telefone e e-mail sobre o uso das habilidades Mo-Int em conversas gravadas em áudio sobre mudança de estilo de vida com pacientes com doenças cardiovasculares. A consistência Mo-Int das habilidades de comunicação dos enfermeiros foi pontuada usando o Esquema de Objetivos de Entrevistas Motivacionais 2.1 (faixa de 0 a 32). |
| 4      | Método qualitativo, por meio da pesquisa-cuidado, realizado com dez pessoas que realizaram cirurgia cardíaca em um hospital especializado, de junho a agosto de 2013, no município de Fortaleza-CE. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, com base no processo Clínica Caritas.   |
| 5      | O instrumento PDI-Inventário de Dignidade do Paciente foi traduzido para persa. Em seguida, foi distribuído entre 220 pacientes, juntamente com outros 4 questionários relacionados à ansiedade, depressão, desesperança e qualidade de vida. O coeficiente alfa de Cronbach foi calculado e a análise dos componentes principais e análises de correlação foram realizadas. A validade do construto foi baseada em questionários validados: Inventário de Ansiedade de Beck, Inventário de Depressão de Beck, Beck Escala de Desesperança e SF-36 Health Survey.      |

Quadro 3 – Descrição do método utilizado na elaboração dos artigos incluídos na revisão integrativa. São Luís- Maranhão, 2019 (Cont.)

|    |   |
|----|---|
| 6  | Um número total de 300 pacientes com insuficiência cardíaca admitidos no Centro Cardíaco Mazandaran, no Irã, participaram deste estudo por censo. As amostras foram selecionadas com base em critérios de inclusão, como um diagnóstico de insuficiência cardíaca por um cardiologista, por um período mínimo de seis meses e em uso de pelo menos um medicamento cardíaco. Os dados foram coletados por meio de questionários demográficos, clínicos, de dignidade humana e de adesão a medicamentos durante um período de três meses em 2016. |
| 7  | Realizada com dez indivíduos submetidos a cirurgia de revascularização miocárdio, em um hospital escola do Sul do Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista narrativa e submetidos à análise temática. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa   |
| 8  | A coleta de dados foi realizada por meio de quatro questionários específicos. Participaram um total de 130 pacientes internados em enfermarias cardíacas em hospitais afiliados a Teerã e a Universidade de Ciências Médicas Shahid Beheshti. Este estudo aprovado pelo Comitê de Pesquisa de Shahid Beheshti Universidade de Ciências Médicas.   |
| 9  | Utilizado um método fenomenológico hermenêutico inspirado na filosofia ricœuriana. Cuidadores portugueses de familiares com insuficiência cardíaca avançada participaram de duas entrevistas reflexivas em um período de quatro meses.  |
| 10 | Estudo com 200 pacientes internados em unidades de terapia intensiva de hospitais afiliados a Universidade de Ciências Médicas Kerman, Irã. Os participantes foram selecionados pelo método de amostragem aleatória. A compreensão da dignidade foi avaliada através da versão persa confiável e válida do Inventário de Dignidade do Paciente.   |
| 11 | Este estudo de análise de conteúdo foi realizado em Kerman, Irã. Vinte (20) pacientes internados em unidades coronarianas e cinco (5) funcionários foram selecionados por meio de amostragem intencional em e entrevistas em profundidade. Os pesquisadores também usaram documentação e diários de campo até a saturação dos dados. A análise qualitativa dos dados foi realizada simultaneamente com a coleta de dados.   |

**Fonte:** Autor próprio (2019)

Os quadros 4 e 5 referem-se aos objetivos, resultados e conclusão dos artigos selecionados.

Quadro 4 – Descrição do objetivo e resultados dos artigos incluídos na revisão integrativa. São Luís- Maranhão, 2019.

| Artigo | Objetivo  | Resultados   |
|--------|---|--|
| 1      | Descrever o cuidado colaborativo dos pais de um bebê com doença cardíaca congênita com o parceiro, os médicos e os cuidadores substitutos.  | Todos os cinco itens relacionados aos cuidadores foram identificados por pelo menos 44% dos 11 pais como certa preocupação. Todos os dias, problemas e metas comuns eram geralmente relatados como mais importantes do que difíceis. Dois itens identificados como problemas: "Falando sobre mudança de vida" e "Lidando com o estresse", eram uma preocupação para cerca de 50% dos pais e identificados por pelo menos 74% como muito importante e 72% como moderadamente a muito difícil. |
| 2      | Examinar a relação entre as três necessidades inatas da Teoria da Autodeterminação, autogestão do cuidado e adesão ao tratamento e a relação com a qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com congênita doença cardíaca. | Dados demográficos e clínicos foram coletados: 15 ± 1,6 anos; 59% do sexo masculino; 65% branco; 43% de doença cardíaca congênita leve; doença cardíaca congênita grave de 25%. As variáveis, análises de regressão revelaram parentesco ( $\beta = 0,64$ ) e competência ( $\beta = 0,79$ ), $R^2 = 0,56$ , $p < 0,001$ ; no entanto, autonomia e autogestão dos cuidados e adesão ao tratamento não contribuíram com variação significativa para a qualidade de vida relacionada à saúde.  |
| 3      | Avaliar o treinamento de enfermeiros para usar habilmente o Mo-Int em um programa de prevenção secundária para pacientes com doença cardiovascular.   | Dos 24 enfermeiros, 13 completaram todas as gravações em áudio. A alteração média na consistência Mo-Int desses completadores entre a primeira e a última gravação de áudio foi de 6,4 (intervalo de confiança de 95% 3,2 a 9,5). Essa mudança indica uma melhoria da prática de Entrevista Motivacional para um grau principalmente suficiente.   |

Quadro 4 – Descrição do objetivo e resultados dos artigos incluídos na revisão integrativa. São Luís- Maranhão, 2019 (Cont.)

|   |   |  |
|---|---|--|
| 4 | <p>Conhecer a contribuição da teoria de Watson para o cuidado de enfermagem dirigido ao ser com cardiopatia no pós-operatório de cirurgia cardíaca.</p> | <p>Foram construídas quatro categorias temáticas: Consciência de ser cuidado por outro ser, Sistema de crenças e subjetividade, Relação de ajuda-confiança e Expressão dos sentimentos. Compreendeu-se que a realização da cirurgia acarretou transformações na vida dos pesquisados-cuidados, as quais foram relacionadas ao processo de serem cuidados por outras pessoas.</p>   |
| 5 | <p>Medir várias fontes de angústia relacionadas a dignidade dos pacientes por meio da aplicação do inventário de dignidade do paciente cardíaco.</p>    | <p>A análise fatorial apoiou quatro dimensões, incluindo a perda da dignidade humana, angústia emocional e incerteza, alterações na capacidade e na imagem mental e perda da independência. Os fatores de carga variaram entre 0,5 e 0,83. O alfa de Cronbach do questionário foi alto 0,85, e as das 4 dimensões também foram altas, variando entre 0,80 e 0,91. Foi encontrada correlação entre a versão persa do Inventário de Dignidade do Paciente e a 4 outros questionários.</p>  |
| 6 | <p>Determinar a relação entre dignidade humana e adesão à medicação em pacientes com insuficiência cardíaca.</p>  | <p>O escore médio de adesão à medicação foi de 5,82, sugerindo baixa adesão à medicação entre os pacientes, e o escore médio de dignidade humana foi de 81,39. Houve relação negativa entre adesão à medicação e ameaça à dignidade humana (<math>r = - 0,6</math>, <math>P &lt; 0,001</math>), ou seja, quanto maior a pontuação da ameaça, menor a adesão à medicação dos pacientes. Após o ajuste dos efeitos de potenciais variáveis de confusão, ainda houve correlação entre a adesão à medicação e as variáveis de dignidade humana e suas dimensões.</p> |

Quadro 4 – Descrição do objetivo e resultados dos artigos incluídos na revisão integrativa. São Luís- Maranhão, 2019 (Cont.)

|    |  |  |
|----|--|--|
| 7  | Analisar as mudanças provocadas pela Cirurgia de Revascularização Miocárdica e o cuidado de si de indivíduos revascularizados.                                   | Da análise emergiu a categoria “mudanças provocadas pela cirurgia de revascularização do miocárdio” e “o cuidado de si de indivíduos revascularizados com as subcategorias”. As falas catalogadas enfatizaram: o cuidar imediato; a mão dupla do cuidado; a imposição do cuidado; a valorização da vida; mudança de atitude nos relacionamentos e a família mais próxima.  |
| 8  | Investigar fatores relacionados à dignidade em pacientes com insuficiência cardíaca e testar a validade do modelo de dignidade.                                  | Correlação significativa mostrou o seguinte: preocupações relacionadas à doença com dignidade-escore do repertório conservador, entre preocupações relacionadas à doença com dignidade social, entre preocupações com a dignidade que conserva a pontuação do repertório e entre a dignidade social com a pontuação de dignidade. O Índice de Ajuste e o Índice de Ajuste Comparativo foram calculados acima de 0,9. |
| 9  | Explorar o significado de ser um cuidador familiar na insuficiência cardíaca avançada e compreender como a dignidade é mantida em contextos do cuidado familiar. | Os dez cuidadores familiares incluídos neste estudo foram duas filhas e oito cônjuges com idade média de 70 anos. Foram identificados dois temas principais: (1) Luta entre força interior e senso de dever; (2) Luta entre sentimentos de fardo e segurança.  |
| 10 | Determinar o <i>status</i> de dignidade em pacientes com doença cardiovascular internado em unidades de terapia intensiva cardíaca no Irã.                       | Os pacientes que foram capazes de ler, escrever ou falar em persa foram incluídos no estudo. Uma correlação estatística significativa foi observada entre a dignidade humana e as características demográficas de gênero e frequência de internações em unidade de terapia intensiva. Houve diferença significativa entre os que moravam sozinhos e os que moravam com a família ( $P < 0,05$ ).                     |
| 11 | Compreender a dignidade em pacientes hospitalizados com uma  | Surgiram três temas centrais: a) Contexto do cuidado, que inclui ambiente humano e ambiente físico, b) cuidados holísticos seguros, incluindo atender às   |

|  |                  |  |
|--|------------------|--|
|  | doença cardíaca. | necessidades dos pacientes, tanto no hospital e após a alta, c) Criando uma sensação de segurança e um relacionamento eficaz entre paciente e enfermeiro, incluindo um relacionamento respeitoso e conta a família na equipe de saúde. |
|--|------------------|--|

Fonte: Autor próprio (2019)

Quadro 5 – Conclusão dos artigos incluídos na revisão integrativa. São Luís- Maranhão, 2019.

| <b>Artigo</b> | <b>Conclusão</b>  |
|---------------|---|
| 1             | Os enfermeiros estão em posição de avaliar e apoiar a colaboração dos pais nas relações com o parceiro, o clínico e a cuidadora em busca de problemas e objetivos diários. As perguntas da pesquisa, com desenvolvimento e testes adicionais, foram usadas para avaliação do profissional e adaptação da intervenção para apoiar o cuidado colaborativo dos pais com bebês com doença cardíaca congênita. |
| 2             | Estudo constatou que relacionamento e competência foram significativamente associados à qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes com doença cardíaca congênita; no entanto, autonomia e autogestão do cuidado e adesão ao tratamento não foram considerados. Esses achados demonstram a importância de examinar ainda mais a relação e a competência em adolescentes com doença coronariana. |
| 3             | O acompanhamento de um ano em um workshop do Mo-Int com feedback e treinamento melhora as habilidades dos enfermeiros. Os profissionais de saúde devem estar cientes da importância de um acompanhamento do treinamento em habilidades complexas de comunicação, para desenvolver e preservar a competência.  |
| 4             | Em relação a teoria de Watson no cuidado ao cardiopata no pós-operatório foi possível compreender a importância do cuidado transpessoal para planejamento e promoção dos cuidados dos enfermeiros.  |
| 5             | O instrumento “inventário de dignidade do paciente cardíaco” é uma ferramenta útil na mensuração da dignidade e angústia dos pacientes coronarianos e que pode ser utilizada em língua persa países.  |
| 6             | A dignidade dos pacientes pode melhorar a adesão aos medicamentos, o que teoricamente pode melhorar a saúde dos pacientes e reduzir a hospitalização frequente.   |

Quadro 5 – Conclusão dos artigos incluídos na revisão integrativa. São Luís- Maranhão, 2019 (Cont.).

|    |   |
|----|---|
| 7  | Após a cirurgia cardíaca, os indivíduos passam a repensar suas atitudes consigo e com as outras pessoas, valorizando a vida, saúde e família. Os bens materiais e problemas que permeiam o cotidiano tornam-se menos relevantes, procuravam assumir atitudes que lhe tragam prazer e bem-estar.   |
| 8  | Há necessidade de utilizar ferramentas apropriadas para avaliar aspectos da dignidade dos pacientes pela equipe de saúde. A atenção para esta questão na prática clínica cotidiana pode facilitar os profissionais de saúde / enfermeiros a melhorar potencialmente o cuidado digno, desenvolver qualidade de atendimento e tratamento e melhorar a satisfação dos pacientes. |
| 9  | Ao utilizar a teoria de Watson no cuidado ao cardiopata no pós-operatório, foi possível compreender a importância do cuidado transpessoal para expansão dos cuidados da enfermeira.   |
| 10 | Os pacientes internados em unidades de terapia intensiva enfrentam inúmeros problemas associados à dignidade humana em quatro dimensões. Recomenda-se a realização de um estudo para investigar a relação entre dignidade, doenças cardiovasculares, qualidade de vida, ansiedade e depressão.  |
| 11 | Os resultados deste estudo mostraram que o contexto do cuidado também é importante para a dignidade do paciente como ambiente físico e cuidados holísticos seguros.   |

**Fonte:** Autor próprio (2019)

## 5 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na revisão integrativa foram separados em três categorias, envolvendo a concepção do cuidado digno à pessoa com uma doença cardíaca.

### 5.1 Concepção do cuidado digno sob a ótica da pessoa com uma doença cardíaca.

A dignidade é o valor intrínseco do indivíduo, formado no relacionamento com amigos, família e sociedade (GENNIP, et al., 2013). A dignidade sempre foi considerada importante em todos os países e religiões, sendo à base dos direitos humanos (BORHANI; ABBASZADEH; RABORI, 2016). Para Arie (2015) dignidade é um conceito cultural, acredita-se que a definição e compreensão são determinadas socialmente e culturalmente. Os padrões e expectativas em relação à manutenção da dignidade são definidos de acordo com atitudes, valores e percepções individuais (MATITI; TROREY, 2008).

Dignidade é um conceito humanitário mais frequentemente associado com atenção e como resultado na prestação de cuidados de saúde. Na ciência de enfermagem, o conceito de dignidade é parte integrante do cuidado holístico e está inserido na dimensão moral do cuidado, um direito humano (GALLAGHER, 2004). Há um consenso generalizado de que os enfermeiros precisam proporcionar dignidade no atendimento e ter papéis de liderança em sua promoção (BAILLIE; GALLAGHER, 2009).

Segundo o estudo de Dobber, et al., (2018), o cuidado ao paciente com uma doença cardíaca deve ser realizado por meio de estratégias de acompanhamento, comunicação eficaz, ações de empoderamento, facilidade no acesso aos serviços de saúde, análise de riscos, intervenções comportamentais de saúde e programas de reabilitação cardíaca. A promoção da saúde deve preservar e promover a dignidade da pessoa (MUSSI et al., 2016).

Dois estudos recentes, um publicado no *Journal of the American College of Cardiology* (JAAC) e outro no *Journal of the American Medical Association* (JAMA) de ensaios clínicos randomizados e controlados sobre a prestação de cuidados

paliativos em indivíduos com insuficiência cardíaca grave, mostraram que a adoção de cuidados dignos melhora significativamente a qualidade de vida reduzindo, assim, os sintomas da doença cardíaca e a necessidade de intervenções (O'DONNELL; SCHAEFER; STEVENSON; et al., 2018).

O estudo de Dobber, et al., (2018), realizado na Holanda sobre a qualidade de vida na prevenção das doenças cardiovasculares, aponta que apenas 30% a 50% dos pacientes coronarianos adotam um estilo de vida saudável após descobrirem a doença. A dignidade é considerada como um componente integral de qualidade de vida (SMITH; BENJAMIN; BONOW, et al., 2011).

Vehling e Mehnert (2014), em estudo realizado no Irã, concluíram que as mulheres experimentam mais problemas associados à dignidade humana do que os homens. Já, no estudo realizado na Inglaterra por Hall, Dodd e Higginson (2014), não foi encontrado relação entre gênero e problemas associados à dignidade humana. Infere-se que essa diferença de resultados entre os estudos pode ser devido às diferenças culturais entre os países.

Estudo qualitativo realizado nos Estados Unidos com pacientes hospitalizados identificou como fator ameaçador à dignidade a utilização de enfermaria mista, ou seja, a permanência no mesmo local de pacientes de sexos diferentes. Para os pacientes, o alojamento misto, sem distinção por sexo pode afetar a dignidade. A falta de privacidade, a exposição corporal ao sexo oposto, causa constrangimento e situações desconfortáveis. Segundo, os pacientes os gestores deveriam esforçar-se para permitir enfermarias que alojem um único sexo e que deveriam considerar o nível de dependência, pois muitas vezes ficam pacientes independentes na mesma enfermaria daqueles com problemas mais graves. Os participantes destacam como fatores para promoção da dignidade, a privacidade principalmente na higienização, a comunicação adequada, a oferta de tratamento em domicílio por profissionais que já os conhecem, a oferta de cuidados paliativos em casos terminais e o cuidado adequado da dor e outros sintomas, oferecendo-se o máximo de conforto (BAILLIE, 2008; ALBERS, 2011).

Baillie (2007) ressalta que para os pacientes a dignidade consiste na preservação de sentimentos como sensação de relaxamento, controle e respeito. O ambiente, comportamento, privacidade, confidencialidade das informações, comunicação, seleção, controle e interferência no cuidado e o respeito, podem causar impacto à sua dignidade.

No estudo qualitativo de Borhani, Abbaszadeh e Rabori (2015), realizado no Irã, o cuidado digno, na perspectiva do paciente coronariano, está relacionado ao ambiente físico e características humanas. Destacam como condições que ameaçam a dignidade as instalações físicas inadequadas, escassez de equipamentos, ambiente sujo, falta de conforto e o barulho excessivo (equipamentos e conversas). Entre as características individuais, apontam a escassez de enfermeiros, o tipo de caráter, falta de gentileza, motivação, irritabilidade, baixos salários, pouca experiência e falta de homogeneidade no cuidado. Reconhecem que os enfermeiros mais experientes agem com mais respeito e consideram que as crenças individuais como a religiosidade e espiritualidade são condições para um cuidado digno.

Além da limpeza do ambiente hospitalar as circunstâncias individuais, como a personalidade e caráter são fatores que afetam a dignidade humana (WEBSTER, BRYAN, 2009; MATITI, BAILLIE, 2013). Dodd e Higginson (2014) também consideraram o caráter importante para a dignidade.

O estudo de Bagheri, Yaghmaei, Ashktorab e Zayeri (2018) mostra que pessoas com doença cardíaca experimentam limitações em suas vidas devido à capacidade física e funcional prejudicada. Essas restrições podem fazer com que percam seus relacionamentos e apoio social, e experimentem mudanças na identidade, nos papéis sociais, na sua vida. Na concepção dos pacientes a dignidade tem sido ameaçada na família e comunidade devido às limitações físicas causadas pela doença. As relações interpessoais (comunicação, respeito, privacidade e autoridade) e recursos ambientais (instalações e espaço físico) são fatores relacionados a dignidade que são experimentados, concedidos ou obtidos por meio das interações em ambientes sociais (casa, trabalho, lazer, unidade de saúde).

Na literatura existem modelos de cuidados integrados com o intuito de preservar a dignidade das pessoas. Dentre esses modelos, pode-se citar o estudo de Abbaszadeh et al., (2015) que utiliza o instrumento “Inventário de Dignidade do Paciente” para medir a dignidade e as preocupações em relação a mesma, especialmente nos pacientes com doenças crônicas, como os cardíacos. Esse instrumento é um questionário válido e confiável criado por Chochinov em 2002 e utilizado para medir várias fontes de sofrimento relacionadas com a dignidade dos pacientes, considerando os aspectos filosóficos, psicológicos, sociais e culturais

envolvidos.

Desta forma, a dignidade é um conceito cultural, tanto a sua definição como a sua manutenção são social e culturalmente determinadas. Os padrões e expectativas dos indivíduos relacionadas à manutenção da dignidade são definidos de acordo com atitudes, valores e percepções individuais. A diferença cultural dos países dificulta a definição ou padrão de dignidade e a sua manutenção e promoção. Assim, para esclarecer essas situações relacionadas à dignidade, é essencial que estudos prospectivos e longitudinais sejam realizados. Como a dignidade representa a essência do cuidado de enfermagem, é nosso dever profissional esclarecer os fatores que ameaçam ou promovem a dignidade dos pacientes e oferecer soluções para a prestação de cuidados mais dignos. Os comportamentos, a comunicação e atitude da equipe são os principais fatores que podem influenciar a preservação da dignidade do paciente, contribuindo para as relações de confiança (BAGHERI; YAGHMAEI; ASHKTORAB; ZAYERI, 2018).

No estudo de Borhani, Abbaszadeh e Rabori (2015) para os pacientes coronarianos uma comunicação eficaz é importante para o cuidado digno. A comunicação e o diálogo respeitosos são considerados fundamentais. Comunicar-se adequadamente com a família do paciente e reconhecê-la como apoio social torna-se essencial, ajuda no tratamento e promove a dignidade. A educação do paciente e da família do paciente é formada por meio de uma comunicação eficaz. O diálogo com respeito promove a dignidade tanto em pacientes quanto nos enfermeiros. A comunicação efetiva, o relacionamento interpessoal atento, harmonioso e respeitoso permite que os pacientes expressem facilmente suas preocupações e, como resultado, sua ansiedade é reduzida. A comunicação, sem dúvida, é um fator eficaz na manutenção da dignidade.

Bagheri, et al., (2016) ressalta que como os pacientes cardíacos apresentam sintomatologia variada (dispneia, tontura, angina de peito, edema ascite), as limitações impostas pela doença, causam problemas no trabalho, na vida familiar e social, como o isolamento e depressão, que afetam a satisfação e a qualidade de vida (PIHL; FRIDLUND; MARTENSSON, 2010). Nessa perspectiva, a pesquisa de Van Gennip, et al. (2013) mostra que a doença, a incapacidade, as limitações, a perda da autonomia, a falta de privacidade, o sofrimento com tratamentos e hospitalização podem afetar o valor intrínseco da pessoa. Restringir a dignidade pode afetar o corpo, o espírito, a moralidade e a espiritualidade das

pessoas e colocá-las em risco de estresse e desconforto.

No estudo de Maldaner et al., (2018) com adolescentes portadores de doença cardíaca congênita, o autocuidado está configurado na perspectiva da autonomia dos sujeitos. A autonomia, compreendida como algo inerente ao ser humano, ou passível de ser desenvolvida ao longo da vida é importante para superação das dificuldades diárias enfrentadas. O autocuidado é percebido como uma atitude desenvolvida em todas as situações de vida. Nesse sentido, entende-se que a enfermagem torna-se fundamental, utilizando a educação em saúde para instrumentalizar os indivíduos com problemas cardíacos para o cuidado de si.

Para Rabelo, Sousa e Silva (2017), diante do contexto de severidade, representatividade epidemiológica das doenças cardíacas que demandam procedimentos complexos e cuidados de enfermagem especializados, a produção de conhecimento nessa temática pode subsidiar as ações e estratégias de saúde. Os indivíduos com uma doença cardíaca grave podem apresentar sentimentos distintos, desde felicidade, por sentir a importância de ser cuidado, até sentimentos de incapacidade, por não conseguir realizar atividades básicas, como cuidar do próprio corpo. Uma situação revelada pelos pacientes cardíacos é o constrangimento de terem a intimidade violada pela equipe de enfermagem durante os cuidados com a higiene de seus corpos. O enfermeiro deve ter habilidade e sensibilidade que permitam que o cuidado prestado seja realizado de forma genuína, com amor, praticado com senso de responsabilidade. Desse modo, pode-se observar que acolher o outro de forma amorosa, ressaltando o estar junto, estabelece condições para que se instaure um ambiente de reconstituição (healing) necessário para boa recuperação, que deve permear cada ação de cuidado, cada atitude intencional, preocupação e atenção. Posto isso, ao permitir-se estar presente de forma genuína na relação de cuidado, o enfermeiro possibilita a revelação da pessoa de quem cuida, não de forma passiva, mas ativa no processo de cuidar.

Entretanto, de acordo com Mehdipour-Rabori, Abbaszadeh e Borhani (2016), os padrões psicológicos, sociais, culturais e religiosos dos diferentes países torna um desafio à compreensão universal da dignidade, e, conseqüentemente a promoção de um cuidado digno. A falta de entendimento do conceito de dignidade do paciente pode dificultar o processo de tratamento ou impedir o retorno do próprio paciente aos centros de saúde (SHAHRIARI, et al., 2012).

O estudo de Seyedeh, Somayeh e Amininasab et al., (2017) realizado em

paciente cardíacos no Irã mostrou relação significativa entre a adesão à medicação e a dignidade humana e suas dimensões (sintomas de angústia, paz de espírito, dependência, apoio social e sofrimento existencial). O estudo revelou uma relação significativa entre o cuidado digno e adesão a terapêutica medicamentosa. Os dados mostraram que a habilidade para o cuidado com dignidade, com competência, sensibilidade e respeito aumenta a confiança e, conseqüentemente, a adesão à medicação.

## **5.2 Concepção do cuidado digno sob a ótica da família**

Sabe-se que a doença cardíaca é uma situação crônica que afeta a pessoa, família e comunidade, pois causa da insatisfação com a situação de vulnerabilidade, a qual contribui para o isolamento social e redução da qualidade de vida (MEHDIOUR-RABORI; NEMATOLLAHI, 2014). Assim, a adaptação sobre a vida e modo de viver depende, dentre outros fatores, das características individuais, rede de apoio, comorbidades associadas e intervenções realizadas. A enfermagem representa o principal elo entre o paciente, ambiente e familiar, podendo qualificar o indivíduo, no caso com uma doença cardíaca, para o cuidado de si (MALDANER *et al.*, 2018).

Jacelon e Henneman (2014) esclarecem que há uma relação significativa entre o número de internações hospitalares e os problemas da doença em si à dignidade do paciente. O número de hospitalizações é afetado pela gravidade e classificação da doença. Segundo Borhani, Abbaszadeh e Moosavi (2014), estudos demonstram que existe uma relação entre o tipo de doença e a dignidade, ou seja, quanto mais crônica e grave a doença, mais a dignidade do paciente pode ser afetada.

Pesquisas apontam a necessidade de compreender mais sobre a temática para sensibilizar a sociedade em lidar com o adoecimento e em promover a saúde com dignidade, pois há dificuldades na concepção do entendimento e na prática do cuidado, em diferentes culturas, países e, conseqüentemente nas abordagens as pessoas doentes (GALLAGHER, 2014; ARIE, 2015). A cultura é um fator influente na concepção da família sobre o cuidado digno ao doente. No oriente, a dignidade é um conceito que está associado com as relações interpessoais e consideram a família como a mais importante fonte de apoio em levar uma vida

digna no lar (LEE, 2010)

O estudo de Sampaio, Renaud e Leão (2019) esclarece que ser familiar de uma pessoa doente significa uma mistura de sentimentos de incerteza e vulnerabilidade. Significa experimentar a segurança apesar da doença e concentrar-se em outros recursos que facilitam a vida. O apoio da equipe de saúde parece aliviar o fardo, principalmente ajudando a pessoa com uma doença avançada e incentivando uma vida normal em casa. A família percebe que o estresse da prestação de cuidados afeta sua própria saúde e, portanto, prejudica sua capacidade de agir. Os familiares experimentaram maior vulnerabilidade quando enfrentam situações que causam sofrimento do parente. Preservar a dignidade, do ponto de vista de alguns familiares, é um senso de responsabilidade no cumprimento de suas funções. A família descreve como componentes fundamentais no cuidado aos pacientes o respeito à dignidade, a privacidade e a oportunidade de exercer escolha sobre os cuidados e tratamento.

Segundo Reid (2012), os familiares associam a definição de dignidade à compaixão. Descrevem que agir com compaixão-dignidade é agir com bondade, consideração, empatia e identificação com o outro, muitas vezes vulneráveis a dor e sofrimento. Envolve também a criação de espaço para ouvir e dar voz a expressão de emoção, fornecendo a oportunidade para a discussão de sentimentos. Em suma, compaixão e dignidade requer ver a pessoa no paciente (o outro), e responder com conformidade.

O cuidado digno precisa ser compreendido e ativamente promovido. Comportamentos negativos, incluindo agressividade, a insensibilidade e a humilhação e incitam práticas desrespeitosas que contrapõem os princípios da dignidade (REID, 2012). As discussões a respeito de dignidade pelos familiares revelam que a qualidade no cuidado está relacionada à experiência e à intenção dos profissionais de saúde, principalmente na intenção de cuidar e na vontade de comprometer-se com ações de cuidar (REID, 2012). Um cuidado digno perpassa pela atenção dos profissionais dispensada aos pacientes no cuidado com respeito, refletindo a certeza que sua voz seja ouvida, o reconhecimento de uma comunicação, que mesmo sutil, pode revelar-se extremamente importante para promoção da dignidade (TEERI; VÄLIMÄKI; KATAJISTO, 2008).

A dignidade é desenhada a partir do ambiente do paciente com enfoque no apoio social, nos limites de privacidade física e no respeito às questões

psicológicas. Ressalta-se o desejo de cuidado, em que se aprecia a confiança de serem tratados como amigos, enfatizando-se a importância da sensibilidade e da escuta qualificada para a construção de relacionamentos. A amizade transmitida aos pacientes e as famílias, proporcionam uma sensação de segurança através da comunicação e o uso seletivo de humor (TEERI, VÄLIMÄKI, KATAJISTO, 2008; CASTLEDINE, 2008).

Feris (2015) considera importante o ambiente físico e as características pessoais na promoção da dignidade humana e, ressalta que é necessária uma abordagem multifacetada para criar um ambiente saudável para manter a dignidade dos pacientes. Baillie (2009) destaca o apoio social na promoção da dignidade em pacientes hospitalizados.

Nesse contexto, reconhece-se que os pacientes cardíacos têm necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais e a negligência dessas necessidades ameaça a sua dignidade e o seu autocuidado. Torna-se importante ter um relacionamento respeitoso com os pacientes e familiares, proporcionar apoio emocional, contribuindo para sua tranquilidade. A sensação de segurança, incluindo a física, mental e espiritual, é outro contribuinte para a dignidade. A segurança espiritual inclui o respeito às crenças e práticas religiosas, melhorando a religiosidade e espiritualidade (BORHANI; ABBASZADEH; RABORI, 2015).

O estudo de Maldaner *et al.*, (2018) mostra que os profissionais de saúde devem estimular o exercício do cuidado de si, para que se sintam importantes ao conviver com sua rede social, buscando atividades de lazer que proporcionem satisfação e prazer. O evento cardíaco tem impacto sobre as relações familiares, especialmente conjugais e o estresse causado pela doença pode fortalecer esses laços. Isso revela que o enfermeiro, além de estabelecer estratégias para incentivar o autocuidado, pode auxiliar para que pacientes e familiares fortaleçam os vínculos. Para isso é importante conhecer as mudanças enfrentadas pela doença cardíaca, compreender as ações e reações humanas, considerando os fatores que podem interferir no autocuidado. Percebe-se melhora nos relacionamentos e o desejo de viver mais próximo das pessoas com as quais tem afinidade, amizade e afeto. O autocuidado se manifesta quando entendem que precisam adotar uma postura ativa e autônoma em todas as situações da sua vida, tomando posse de si e de seu cuidado, assumindo atitudes que lhe tragam prazer e bem-estar.

De acordo com investigação realizada por Rabelo, Souza e Silva (2017),

o Processo de Enfermagem possibilita a aplicação da ampla estrutura teórica de enfermagem à prática clínica, tornando possível a atenção individualizada, ordenada e dirigida a prognósticos favoráveis. No contexto do cuidado a pessoa com uma doença cardíaca, o processo de enfermagem deve ser compreendido como um modelo tecnológico complexo que possibilita ofertar conforto, bem-estar físico e mental. Estudos utilizando o Processo de Enfermagem em cardiopatas na perspectiva da dignidade evidenciaram que o levantamento de diagnósticos de enfermagem estava associado a uma melhor análise das respostas à doença cardíaca (RODRIGUES, et al., 2016).

Segundo o estudo de Jorstad, et al., (2015), a educação em saúde e o empoderamento evidenciam-se como ferramentas eficazes para prevenção de agravos de saúde. Esse fato pôde ser observado em estudo realizado em um centro de reabilitação cardíaca home-based na Holanda, em que os pacientes e familiares acompanhados periodicamente por enfermeiros que receberam orientações sobre a doença e medidas de controle, apresentaram menos complicações decorrentes da doença. Encontros educativos individuais e grupais, visitas domiciliares, cartilhas impressas são metodologias válidas, que promovem o comportamento de autocuidado e favorecem o cuidado digno.

De acordo com Bagheri, et al., (2016) identificar e fortalecer a dignidade do paciente pode aumentar a confiança e satisfação com o atendimento, aprimorar os cuidados de enfermagem, reduzir a duração da hospitalização e melhorar os resultados do paciente. Destituir-se dessa concepção pode comprometer a saúde física e mental do paciente (LAM KK, 2007).

Segundo estudo realizado por Rates C, Pessalacia J e Mata L (2014), o cuidado digno, sob o olhar da bioética, envolve os princípios da responsabilidade e autonomia. Para atender a esses princípios, o enfermeiro deve voltar-se à liderança e competência que permitem ao profissional produzir uma direção estratégica com oportunidades para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, mobilização e gestão de recursos para a promoção da saúde (NUNCIARONI, et al, 2016).

Segundo o estudo de Shackleford, Kelley, Spratling (2019) o cuidado de enfermagem deve se concentrar na melhoria dos sistemas de apoio social e intervenções para aumentar a auto-eficácia dos indivíduos com uma doença cardíaca. A investigação de Bagheri, et al., (2016) completa afirmando, também, que o enfermeiro deve ser capaz de estimular a comunicação entre a equipe, o paciente

e seus familiares, no intuito de promover a qualidade da prestação de serviço e envolver todos no cuidado. Dessa forma, o enfermeiro demonstra competência no domínio “relação com o paciente” quando cria um clima de confiança mútua e estabelece parcerias com os pacientes; transmite uma sensação de estar presente e proporciona conforto e apoio emocional (NUNCIARONI, et al., 2016).

### **5.3 Concepção do cuidado digno sob a ótica dos enfermeiros**

Muitos pacientes cardíacos não reconhecem o seu estado de fragilidade, entretanto, a possibilidade de ajudá-los deverá ser pensada, planejada e executada. Os profissionais de saúde devem prestar cuidados conscientes motivados e apoiados no respeito aos direitos e a dignidade.

Como a dignidade representa a essência do cuidado de enfermagem, é dever do profissional esclarecer os fatores que ameaçam ou promovam a dignidade do paciente e oferecer soluções para proporcionar um cuidado mais digno (MANOOKIAN; CHERAGHI; NASRABADI, 2014). Os comportamentos de comunicação e a atitude da equipe são os principais fatores que podem influenciar a preservação da dignidade do paciente e levar a relacionamentos de confiança (TRANVAG; PETERSEN; NADEN, 2015).

A desumanização e a indignidade existem experienciadas nos momentos de violência, com maus tratos físicos e psicológicos, representando à completa e radical negação da dignidade. Da mesma forma, a jornada dupla ou tripla dos cuidadores, a sobrecarga de funções, as condições de trabalho, os baixos salários, a dificuldade em conciliar a vida familiar e profissional impõem um desgaste físico, psicológico e emocional a esses profissionais, contribuindo para um atendimento desqualificado e gerando um ambiente desfavorável ao desenvolvimento de uma assistência de qualidade (TEERI; VÄLIMÄKI; KATAJISTO; 2008).

Os profissionais são incentivados a desenvolver suas habilidades em ambientes onde a dignidade seja respeitada, aprender a prática de maneira que a dignidade não seja afetada com o intuito de envolver os usuários e respeitar as suas preferências, e para aprender a mudar o ambiente de modo que ele não ameace a dignidade das pessoas (ASKHAM, 2005).

Se os enfermeiros prestam um cuidado holístico seguro, mas não possuem uma comunicação eficaz, compromete a dignidade. O respeito à dignidade

dos pacientes cardíacos aumenta a qualidade cuidados prestados e, conseqüentemente influencia positivamente na qualidade de vida. A identificação dos fatores que facilitam e ameaçam a dignidade ajuda os enfermeiros na prestação de um cuidado respeitoso ao paciente cardiopata (BORHANI, ABBASZADEH, RABORI, 2015). Nessa perspectiva, uma estratégia comprovadamente eficaz para a melhoria da qualidade de vida e prevenção de complicações nesses pacientes com problemas cardíacos é a interação da equipe multiprofissional com o paciente e seus familiares (BARRY, 2015).

Segundo Stone (2010), para a efetiva qualidade de um cuidado, faz-se necessário uma comunicação efetiva, com conhecimento e otimização das expectativas dos pacientes, envolvendo-os nas decisões. Os profissionais de saúde devem se preocupar na maneira ideal de como esse cuidado pode ser realizado, com respeito a autonomia e individualidade. Para Castledine (2008), a autonomia requer independência e sensibilidade para realização de escolhas, o oposto é a heteronomia, em que as ações são realizadas ou controladas por outras pessoas. A capacidade de tomar decisões autônomas varia entre as pessoas e poderá afetar a dignidade quando

As ações humanizadas devem ser alicerçadas em cuidados respeitosos, e necessários a recuperação do paciente, sendo priorizada na prática consciente, uma comunicação adequada com uma relação não fragmentada do sujeito atendido. Para Gomes et al., (2008) um cuidado humanizado está diretamente relacionado com a dinâmica e competência do profissional, não importando a que serviço ou estrutura física se ofereça. Faltam critérios de organização nos atendimentos com possibilidade de práticas desumanas, que rompem o princípio da dignidade, sem diálogo, sem compromisso, com indiferença e descaso (TRENTINI; PAIM; VÁSQUEZ, 2011).

Frente à proximidade estabelecida, a pessoa será capaz de expor sentimentos com maior naturalidade. Após a identificação dos sentimentos negativos, é necessária sensibilidade do enfermeiro para identificar o momento em que esses sentimentos deixam de ser o esperado, normal e começam a prejudicar o bem-estar do sujeito, dificultando sua recuperação (RABELO; SOUSA; SILVA, 2017).

Percebe-se que muitos profissionais não oferecem um atendimento digno por não se sentirem verdadeiramente comprometidos, ocasionando uma sobrecarga de atividades, o que gera um ambiente de tensão, sem motivação para o

trabalho e conseqüentemente desfavorável ao desenvolvimento de uma assistência humanizada. Para implantação e implementação do cuidado digno é preciso trabalhar com mudanças de perspectivas, objetivando um desempenho pautado em valores de respeito à história e a vida de quem está sendo cuidado. Restrições impedem o acesso universal de qualidade, como a demanda aumentada pelos serviços, a falta de continuidade nos tratamentos e a falta de preparo dos enfermeiros. Muitas vezes o cuidado é realizado de maneira precária, falta clareza, atenção, sensibilidade e conscientização dos profissionais. Esses profissionais devem estabelecer uma relação não apenas tecnicista, mas, oferecer um cuidado integral e integrado com o sujeito (MINAYO, 2008).

É sabido que não é exatamente o local que humaniza ou dignifica as relações terapêuticas, mas sim o interesse empático e acolhedor que o enfermeiro desenvolve pelo paciente, para isso é necessário que seja responsável, comprometido e sensível nas suas relações, mantendo ou restaurando a saúde com dignidade, tornando o paciente ativo, participativo, produtivo e afetivo.

Rabelo, Sousa e Silva (2017), enfatiza que a busca por um apoio espiritual permite a pessoa que se encontra em situações de incertezas, uma possibilidade de apoio incondicional, trazendo benefícios positivos ao enfrentamento dos momentos angustiantes, promovendo a esperança de uma vida melhor. A esperança e fé em um plano espiritual são visualizadas após um adoecimento cardíaco. Sendo assim, percebe-se que as revelações de necessidade de cuidado, também, estão relacionadas às crenças. A crença em um ser superior permite uma nova possibilidade, não somente no meio físico, como também no espiritual. Diante disso, é importante que o enfermeiro busque realizar ações sem julgamento, estando autenticamente presente, mostrando-se como realmente é transparente e sem subterfúgios.

A capacidade de comunicar-se adequadamente foi relatada como o fator de mediação na manutenção do controle e independência para promoção da dignidade. Os enfermeiros referiram que a promoção da dignidade é um fenômeno complexo e bastante variável, sendo modificado de acordo com as experiências e expectativas de cada um. Transmitir uma atitude solidária e preocupar-se com o indivíduo, especialmente os mais vulneráveis, como os idosos, não negligenciando os cuidados, foi percebido como um desafio para esses profissionais (REID, 2012).

Estudo realizado na Inglaterra com o objetivo de verificar as situações

eticamente difíceis para os enfermeiros verificou-se sentimentos de frustração e impotência na tomada de decisão aos cuidados prestados. Os enfermeiros descreveram como situações éticas difíceis aquelas que afetam a dignidade dos pacientes, e exemplificaram como cuidados não dignos, por exemplo, a utilização não criteriosa da restrição física e a higiene negligenciada. Reconhecem que o equilíbrio entre autonomia e dignidade é desafiado e relatam como limitações ao cuidado digno, o estresse, as rotinas, a incapacidade de seguir sua própria consciência, a carga de trabalho intensa e a desproporção de funcionários e responsabilizam a si mesmos, os colegas, os pacientes, os familiares, a sociedade, as autoridades e ao sistema vigente (VATCHER, 2012).

Assim, é importante que o enfermeiro seja conhecedor da realidade em que atua, para que possa contribuir de forma mais eficaz na prestação de cuidados que colaborem para a recuperação da pessoa e, assim, favorecer a alta hospitalar o mais precoce possível. A fé e a religiosidade amparam esses seres e os permitiram sonhar com dias melhores. Diante disto, é importante que o enfermeiro utilize de subjetividade e crenças para incentivar a utilização da religiosidade nos momentos de dificuldades, respeitando as crenças, cultura e o modo de vida subjetivo de cada um, sem julgamentos. Na perspectiva dos enfermeiros, a qualidade do cuidado de enfermagem foi relacionada ao cuidado genuíno, sendo este considerado bom quando é dirigido com intencionalidade, amor e carinho. O ouvir e o conversar são relacionados como ações que diferenciam o cuidado prestado, isto demonstra que na prestação do cuidado o enfermeiro deve desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado ajuda e confiança (RABELO; SOUSA; SILVA, 2017).

Para Maldaner *et al.*, (2018) os enfermeiros podem auxiliar os pacientes, propondo espaços de discussões para trocar ideias, compartilhar vivências, minimizar angústias e instrumentalizá-los para o cuidado de si e impulsioná-los a repensar e a adquirir novas práticas. Assim, é importante que os enfermeiros compreendam como o paciente cardíaco lida com o processo de adoecimento e com o ambiente familiar, estimulando o autocuidado, a autonomia e independência dos indivíduos. Diante disso, é necessário que os enfermeiros instrumentalizem os familiares acerca da importância da autonomia do paciente cardíaco, oportunizando o cuidado de si e o cuidado compartilhado.

Em um estudo com objetivo de verificar os fatores na assistência de saúde que afetam a dignidade dos pacientes, a exposição corporal desnecessária foi

considerada como desconfortante e desrespeitosa, um cuidado não digno. Os motivos alegados pelos profissionais foram aumento no número de internações, maior rotatividade e escassez de leitos (BAILLIE, 2008).

A relação de cuidado estabelecida entre o ser que cuida e o ser que é cuidado depende da intencionalidade dos envolvidos, já que para se desenvolver um modo de cuidar transpessoal, faz-se necessária uma entrega genuína. Entre as ações de enfermagem, o ouvir e o conversar foram relacionados como ações que diferenciam o cuidado prestado, como sendo de forma amorosa ou por obrigação profissional, a exemplo e outras como a administração da medicação no horário certo e realização dos procedimentos de forma asséptica e com habilidade. Contudo, alguns enfermeiros relataram descompromisso da equipe na realização de procedimentos, os quais são realizados de forma descuidada, podendo ocasionar dano ou evento adverso. É necessário adentrar na relação de cuidado de forma genuína, pois a inautenticidade da relação dificulta a construção de um elo e, por consequência, prejudica a identificação das reais necessidades de cuidado, as quais serão identificadas de forma superficial. Assim, o enfermeiro deve se colocar na posição de ouvinte, permitindo que a pessoa expresse seus sentimentos (RABELO; SOUSA; SILVA, 2017).

Dweyer et al., (2009) esclarece que para realizar um cuidado digno, deve-se respeitar a forma de pensar, a identidade e a integridade do paciente. Um senso de dignidade foi descrito por membros da equipe como o atendimento as necessidades básicas afetadas, dentre elas, alimentação, higiene, conforto, segurança, privacidade e comunicação. Promover a dignidade significava prover essas necessidades básicas. Para isso, torna-se importante proporcionar uma escuta qualificada, ajudar o paciente a compreender formas de olhar ou de lidar com a própria situação, o reconhecimento imediato de problemas, o controle dos sintomas para evitar a perda de capacidades funcionais, a manutenção da autoestima e autorrespeito, incluir os pacientes nas decisões, ajudar a família a conversar e estabelecer metas alcançáveis, o reconhecimento que os pacientes também podem ser ativos, são alguns exemplos (CASTLEDINE, 2008).

Matiti e Trorey (2008) em seu estudo sobre a manutenção da dignidade em ambiente hospitalar aponta a importância da privacidade, a minimização da exposição do corpo do indivíduo. Corroborando com esse achado, Henderson et al., (2009) em estudo com objetivo de identificar potenciais ameaças à dignidade do

paciente, encontrou que um dos principais fatores que ameaçam a dignidade é a manutenção do ambiente físico que requer o uso de cortinas, cobertas ou lençóis utilizados em alguns procedimentos, intercorrências, transferências etc. Outras questões apontadas foram o fato dos profissionais entrarem e saírem dos quartos sem permissão, discutir o caso dos pacientes em local pouco adequado, como os corredores da enfermaria, onde outros pacientes podem ouvir e, finalmente, o profissional permanecer durante a eliminação urinária, ou seja, a utilização de urinóis apenas quando necessário (MATITI; TROREY, 2008).

A interação e comunicação com os enfermeiros também foi identificada como um importante aspecto relacionado à falta de respeito à dignidade do paciente, como conversas realizadas em ambientes inadequados, sem privacidade e o diálogo desenvolvido concomitante com outras atividades como anotações, procedimentos diversos etc. Conclui-se que o planejamento do cuidado é um fator fundamental no que tange principalmente o respeito à privacidade do paciente e uma comunicação afetiva com consideração e respeito são fundamentais para a preservação da dignidade (HENDERSON, 2009).

Segundo Teeri, Välimäki e Katajisto (2008), a equipe de saúde precisa estar ciente de que a comunicação promove a dignidade, inclusive o respeito à vontade de ouvir o paciente, oferecer informações e explicações suficientes sobre internação, cuidados prestados, fazendo-os, inclusive, reconhecerem as suas necessidades, como incentivo a independência e capazes de exercerem controle sobre si mesmos e sobre seu próprio ambiente. O monitoramento dessas situações torna-se necessária para manter a autonomia e, portanto, promover a dignidade.

Identificar se as necessidades dos pacientes foram satisfeitas, tratá-los com igualdade, ser sensível ao realizar um procedimento e oferecer conforto ao paciente são importantes. Além disso é fundamental a educação em saúde com orientações, informações, principalmente nos procedimentos realizados (MATITI; TROREY, 2008).

## **6 CONCLUSÃO**

A dignidade é um direito humano, parte integrante do cuidado, inserida na dimensão moral e ligada a essência da enfermagem que necessita ser compreendida e ativamente promovida.

Observou-se nessa pesquisa que a representação de um cuidado digno reflete na concepção dos principais envolvidos nesse processo (paciente, familiar e profissional) relacionados ao reconhecimento dos direitos e deveres, educação, filosofia da instituição e aspectos sociais e culturais envolvidos.

Na concepção da pessoa com uma doença cardíaca as condições que ameaçam a dignidade são as instalações físicas inadequadas, falta de equipamentos, ambiente sujo, falta de conforto, segurança, barulho excessivo, escassez de enfermeiros, falta de gentileza, desmotivação, irritabilidade, baixos salários, pouca experiência e falta de homogeneidade no cuidar. Destacam-se como fatores para promoção do cuidado digno a privacidade, confidencialidade, higienização, autonomia, comunicação, relacionamento interpessoal atencioso, harmonioso e respeitoso.

Na concepção da família o cuidado digno está relacionado ao agir com compaixão, amizade, bondade, afeto, apoio emocional, tranquilidade, consideração, empatia, confiança, satisfação, promoção da autonomia, autocuidado e respeito às crenças e práticas religiosas.

Na concepção dos enfermeiros existem limitações para o cuidado digno como a desconfiança, comunicação, julgamento, falta de privacidade, restrição física, higiene negligenciada, estresse, rotinas, incapacidade de seguir sua própria consciência, carga de trabalho intensa e escassez de funcionários.

Faz-se necessário pensar, refletir e discutir individualmente e com seus pares, sobre como a dignidade pode ser respeitada e garantida, considerando as necessidades assistenciais prioritárias, oportunizando o conhecimento dos sentimentos e das expectativas de todos os envolvidos na situação de vida e de saúde.

Como limitações do estudo considera-se a significativa escassez de artigos brasileiros. Pela complexidade da temática e a relevância em compreendê-la, enfatiza-se a necessidade de fomentar o desenvolvimento de pesquisas sobre a dignidade, o cuidado digno.

**REFERÊNCIAS**

AMININASAB, S; LOLATY, H; SHAFIPOUR, V. The relationship between human dignity and medication adherence in patients with heart failure. **Journal of Medical Ethics and History of Medicine**, v. 10, jun. 2017.

ASKHAM, J. The role of professional education in promoting the dignity of older people. **Quality in Ageing and Older Adults**, v. 6, p. 10–16, jul. 2005. DOI: 10.1108/14717794200500010.

BAILLIE, L. Mixed-sex wards and patient dignity: nurses 'and patients' perspectives. **British journal of nursing (Mark Allen Publishing)**, v. 17, p. 1220–5, out. 2008. DOI: 10.12968/bjon.2008.17.19.31461.

BARRY M. M., et al. The Comp HP Core **Competencies Framework for Health Promotion Handbook**. Health Promotion Research Centre. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) [Internet]. Paris: 2015. Available from: [http://www.fundadeps.org/recursos/documentos/450/CompHP\\_Project\\_Handbooks.pdf](http://www.fundadeps.org/recursos/documentos/450/CompHP_Project_Handbooks.pdf)

BATTEL-KIRK B, BARRY M. M., TAUB A, LYSOBY L. **A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies**. 2015. Disponível: [https://aran.library.nuigalway.ie/bitstream/handle/10379/2283/2009\\_](https://aran.library.nuigalway.ie/bitstream/handle/10379/2283/2009_)

CASTLEDINE, G. Achieving dignified care. **British journal of nursing (Mark Allen Publishing)**, v. 17, p. 127, fev. 2008. DOI: 10.12968/bjon.2008.17.2.28141.

FELIPE L. C., ARAÚJO A. R. A., VITOR A. F. Processo de enfermagem segundo o modelo do autocuidado em um paciente cardiopata restrito ao leito. **Revista de Pesquisa fund**. 2015 Feb 1];6(3):897-908. Available from: <http://www.index-f.com/pesquisa/2014/r6-897.php>

FRANGELLI T. B. O., SHIMIZU H. E. Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. **Rev Bras Enferm** 2012[cited 2016 Jul

02]; 65(4):667-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a17v65n4.pdf>.

GALLAGHER, A. Dignity and Respect for Dignity – Two Key Health Professional Values: Implications for Nursing Practice. **Nursing ethics**, v. 11, p. 587–99, dez. 2004. DOI: 10.1191/0969733004ne744oa.

GALLAGHER, A. Evaluation of the Royal College of Nursing's 'Dignity: At the heart of everything we do' campaign: Exploring challenges and enablers. **Journal of Research in Nursing**, v. 15, p. 15–28, jan. 2010. DOI: 10.1177/1744987109352930.

GOMES, A; MOURA, E; NATIONS, M; ALVES, M. Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. **Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp - REV ESC ENFERM USP**, v. 42, dez. 2008. DOI: 10.1590/S0080-62342008000400004.

HENDERSON, A, et al. Maintenance of patients' dignity during hospitalization: Comparison of staff–patient observations and patient feedback through interviews. **International Journal of Nursing Practice**, v. 15, p. 227–230, ago. 2009. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2009.01764.x.

JORSTAD H. T., et al. **Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after acute coronary syndrome: main results of the RESPONDE randomized trial**. 2015 Feb 1]; 99:1421-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3786610/pdf/heartjnl-2013-303989.pdf>

LEE, D. Guest Editorial: Privacy and dignity in residential care homes: Cross-cultural issues. **International journal of older people nursing**, v. 5, p. 3–4, mar. 2010. DOI: 10.1111/j.1748-3743.2010.00212.x.

MATITI, M; TROREY, G. Patients' Expectations of the Maintenance of Their Dignity. **Journal of clinical nursing**, v. 17, p. 2709–17, nov. 2008. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02365.x.

MINAYO, M. Sobre humanismo e humanização de cuidados à pessoa idosa 1. **Kairós Gerontologia**, v. 11, dez. 2009.

MUSSI C. M., et al. Home visit improves knowledge, self-care and adherence in heart failure: randomized Clinical Trial HELEN-I. **Rev Latino-Am Enfermagem** [Internet]. 2016 Jul 02]; 21(spe):20-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/04.pdf>

NUNCIARONI A. T., GALLAN M. C. B. J., AGONDI R. F., RODRIGUES R. C. M, CASTRO L. T. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em uma unidade de cardiologia. **Rev Gaúcha Enferm** .2016 Jul 02];33(1):32-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n1/a05v33n1.pdf>.

REID, J. Respect, Compassion and Dignity: The Foundations of Ethical and Professional Caring. **Journal of perioperative practice**, v. 22, p. 216–9, jul. 2012. DOI: 10.1177/175045891202200701.

RODRIGUEZ-GÁZQUEZ M. A., ARREDONDO-HOLGUIN E, HERRERA-CORTÉS R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2016 July 02]; 20(2):296-306. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/12.pdf>

RODRIGUES R. C. M., JOÃO T. M. S., GALLANI M. C. B. J., CORNÉLIO M. E., ALEXANDRE N. M. C. The “Moving Heart Program”: an intervention to improve physical activity among patients with coronary heart disease. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2016 July 02]; 21(spe):180-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/23.pdf>

SHARMA U, CLARKE M. **Nurses’ and community support workers’ experience of telehealth: a longitudinal case study**. BMC Health Serv Research [Internet].

2015. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3990032/pdf/1472-6963-14-164.pdf>

STONE, S. Treating older people with dignity and respect. **Nursing management (Harrow, London, England: 1994)**, v. 18, p. 22–3, jul. 2011. DOI: 10.7748/nm2011.07.18.4.22.c8590.

TEERI, SARI; VÄLIMÄKI, M; KATAJISTO, J; LEINO-KILPI, H. Maintenance of Patients' Integrity in Long-Term Institutional Care. **Nursing ethics**, v. 15, p. 523–35, ago. 2008. DOI: 10.1177/0969733008090523.

TRENTINI, M.; PAIM, L; VÁSQUEZ, M. L. A responsabilidade social da enfermagem frente à política da humanização em saúde. **Universidad del Valle - Facultad de Salud**, v. 42, p. 95–102, jun. 2011.

VATCHER, A. 'Delivering dignity' UK consultation. **Nursing ethics**, v. 19, p. 590–1, jul. 2012. DOI: 10.1177/0969733012449922.

**APÊNDICE 1**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM**



**ANEXO 1 – Parecer do Colegiado de Enfermagem da UFMA**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
 FUNDAÇÃO Instituída nos termos da Lei n.º 5.152 de 21/10/1966.  
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
 COORDENADORIA DO CURSO DE ENFERMAGEM

**PROJETO DE MONOGRAFIA**

**PARECER**

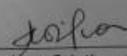
1. **TÍTULO:** A concepção de um cuidado digno a pessoa com uma doença cardíaca: uma revisão integrativa.
2. **ALUNO(A):** Melissa Cunha Nascimento
3. **ORIENTADOR(A):** Professora Dra. Liscia Divana Carvalho Silva
4. **INTRODUÇÃO:** Está organizada em contextualização sobre o tema, declaração do problema de pesquisa, relevância e justificativa. Apresenta estudos e manuais que fundamentam a pesquisa, destacam a relevância científica e a importância do cuidado digno a pessoa com doença cardíaca. Traz como pergunta de pesquisa: quais as concepções para um cuidado digno a pessoa com uma doença cardíaca?
5. **OBJETIVO GERAL**  
Investigar artigos científicos que apontem as concepções do cuidado digno a pessoa com uma doença cardíaca.
6. **PROCESSO METODOLÓGICO**  
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Todas as fases estão claramente explicadas.
7. **CRONOGRAMA E ORÇAMENTO**  
Adequado.
8. **TERMO DE CONSENTIMENTO/ ASPECTOS BIOÉTIICOS**  
Não necessita de apreciação em Comitê de Ética por se tratar de material de domínio público.
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA**  
Adequado.
12. **CONCLUSÃO DO PARECER:** Aprovado.

São Luís, 16/10/2019.

Prof<sup>a</sup> Jeanine Brondani  
 Enfermeira  
 CREA-MA 156641

Professor relator  
 Dra. Jeanine Porto Brondani

- **Aprovado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia \_\_\_\_\_
- **Aprovado "ad referendum"** do Colegiado de Curso em 16/30/19
- **Referendado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia   /  /

  
 Professora Dra. Andrea Cristina de Oliveira Silva  
 Coordenadora do Curso de Enfermagem