



ATUALIZAÇÃO

Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado

Ângela Simões¹, Paula Sapeta¹

1. Departamento de Enfermagem Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB), Castelo Branco, Portugal.

Resumo

Atualmente sabe-se que resultados positivos em saúde derivam de fatores como valorização e respeito, participação nas decisões, autoestima positiva e capacidade de exercer controle sobre a própria vida, indicando que a percepção do paciente sobre a própria dignidade é elemento central do cuidado. Trata-se de conceito complexo, difícil de definir por falta de clareza quanto ao que implica, mas fundamental na enfermagem. Este artigo apresenta revisão de literatura com o objetivo de discutir aspectos da dignidade no contexto da ética do cuidado.

Palavras-chave: Pessoaalidade. Cuidados de enfermagem. Ética.

Resumen

Concepto de dignidad en la enfermería: un análisis teórico de la ética del cuidado

Actualmente se sabe que los resultados positivos en salud derivan de factores como la valoración y el respeto; la participación en las decisiones, la autoestima positiva y la capacidad para ejercer control sobre la propia vida, señalando que la percepción del paciente sobre la propia dignidad es un elemento central del cuidado. Se trata de un concepto complejo, difícil de definir, por la falta de claridad respecto de lo que implica, pero fundamental en enfermería. Este artículo presenta una revisión de la literatura con el objetivo de discutir aspectos de la dignidad en el contexto de la ética del cuidado.

Palabra clave: Personeidad. Atención de enfermería. Ética.

Abstract

The concept of dignity in nursing care: a theoretical analysis of the ethics of care

We know today that positive health outcomes derive from the intersection of various factors such as valuation and respect; involvement in decisions, positive self-esteem, and the ability to exercise control over one's own life by pointing out that the individual's perspective on dignity is a central element in high-quality care. Dignity is a complex concept, difficult to define for lack of clarity of what the concept implies, but it is fundamental in Nursing courses. This theoretical article intends to present the narrative review about the concept of dignity in Nursing care, carried out in the context of the PhD in Nursing, at Universidade de Lisboa (University of Lisbon), aiming to discuss aspects of dignity in the context of Nursing care ethics.

Keywords: Personhood. Nursing care. Ethic.

Declaram não haver conflito de interesse.

A “dignidade” ocupa lugar de destaque no âmbito dos direitos humanos, na filosofia do movimento *hospice* e em diversos contextos. A maioria dos documentos ético-jurídicos e deontológicos está repleta de alusões a essa palavra. No entanto, a análise profunda de seu conteúdo traz à tona a complexidade do conceito e a falta de clareza em sua definição. Dessa forma, ao não ter significado evidente, a ideia de dignidade corre o risco de desaparecer sob prioridades mais tangíveis¹.

Os diversos entendimentos têm levado a discussões sobre o significado, conteúdo e utilidade do termo. Muitos argumentam que o conceito é vazio e inútil, podendo ser substituído por “autonomia” sem perda de sentido².

Devido a esta falta de clareza conceptual, na hora de acompanhar uma pessoa nos seus momentos de maior vulnerabilidade (...) fazemo-lo com a melhor das intenções, mas cada um baseado na sua maneira particular de compreender e, portanto, de cuidar das pessoas, e talvez, inadvertidamente, de “desconsiderá-la” na sua particularidade peculiar³.

Para evitar dogmatismos nessa definição é importante estabelecer qual característica do conceito será destacada. Pode-se começar pelo seu significado comum, que em todas as línguas está ligado à forma como se entende o valor da *pessoa*. No entanto, nem sempre o termo remete a esse sentido humano, sendo por vezes entendido como meio para resultado com valor em si mesmo. Assim, uma abstração (dignidade) é definida por outra abstração (valor), de modo a ignorar sua clara multidimensionalidade.

Dignidade nas teorias de enfermagem

A enfermagem é, ao mesmo tempo, disciplina e “ciência prática”⁴⁻⁶. Essa última é utilizada para se referir a sistemas filosóficos de moderado realismo, com métodos de investigação e campo do conhecimento associados à organização de situações concretas⁷. Portanto, como disciplina, a enfermagem é orientada para a prática.

O termo “disciplina” se refere a campo do conhecimento sob perspectiva educacional e ao modo de sistematizar ideias e conceitos específicos. Nesse sentido, “disciplina prática” alude ao caminho para o conhecimento que tem a função de explicar e descrever fenômenos da prática, organizando o saber para fundamentar ações concretas⁸.

Além de disciplina, a enfermagem constitui-se como profissão com conceitos globais e metaparadigmas que estruturam seu conhecimento⁴. Teorias organizam formalmente esse conhecimento, apresentando conjunto de conceitos que, inter-relacionados, formam modo próprio de ver o mundo. A teorização facilita a compreensão da realidade, favorece a reflexão e evita a banalização da observação dos fenômenos, incluindo elementos científicos no entendimento e na análise da realidade.

Desde os primórdios da profissão, há a preocupação de desenvolver teorias. Conceitos como “cuidado”, “bem-estar”, “ambiente”, “comunicação”, “segurança” e “saúde” direcionam a prática antes mesmo de serem estruturados em uma teoria de enfermagem. A viagem dos tempos de Florence Nightingale até os dias de hoje foi longa e árdua. Passou de ofício aprendido a profissão, indo da subordinação paciente à responsabilidade e autonomia, da aplicação exclusivamente prática à fundamentação científica^{5,9}.

Apesar de os especialistas em enfermagem explorarem metaparadigmas de diferentes modelos e reconhecerem a centralidade da dignidade para a disciplina, não há teorização acerca do conceito. Alguns autores se referem explicitamente à promoção da dignidade^{10,11}, outros preferem abordagem mais implícita ao conceito⁷, e outros sequer se referem a ele¹². Na abordagem humanística, o respeito a tal valor é considerado central^{10,13-17}.

Florence Nightingale¹⁸ escreveu sobre o trabalho do enfermeiro em “*Notes on nursing*”, publicado pela primeira vez em 1859. Embora diversas questões relevantes sejam abordadas, não há referência específica à dignidade do doente. Na década de 1960, Virginia Henderson¹⁹, em sua definição de enfermagem, amplamente citada e adotada pelo International Council of Nurses (ICN), não se refere à promoção da dignidade, mas em “*Nature of nursing: reflections after 25 years*” o termo é mencionado várias vezes²⁰.

Imogene King, em 1971, propôs que o objetivo final da enfermagem é melhorar a saúde do paciente e, quando não for possível, permitir a ele morrer com dignidade²¹. A autora identificou a comunicação como pedra angular para estabelecer metas adequadas e manter expectativas realistas.

Elas estabeleceram cinco fatores como base fundamental: atividades de vida, aspectos que afetam as atividades de vida, tempo de vida, dependência/independência e processo de enfermagem. Consideraram que, enquanto algumas pessoas realizam de forma independente atividades básicas, outras podem precisar da assistência do enfermeiro.

Nesse processo, relações de confiança preparam o paciente mentalmente, preservando sua autoestima.

Outro modelo, a teoria da relação pessoa a pessoa de Joyce Travelbee²², foi bastante influenciado pela filosofia existencial e pelas ideias de Viktor Frankl. A autora defende o relacionamento terapêutico, ou “pessoa a pessoa”, como meta a ser alcançada ao final de várias interações entre seres humanos, durante as quais desenvolve-se a capacidade de estabelecer vínculos interpessoais. Esse processo implica compromisso entre os envolvidos, levando o sujeito a transcender-se e interessar-se pelo bem-estar do outro.

De acordo com Travelbee²², o sofrimento é experiência humana fundamental, que afeta a todos, e assim é tanto generalizado como único. Ele está relacionado a valores individuais e à questão do sentido: quem, por exemplo, encontra significado na doença consegue encontrar sentido na vida. Sendo assim, a comunicação é pré-requisito do cuidado de enfermagem, e a solidariedade é construída pelo respeito e a compreensão. Ser capaz de ver a outra pessoa como ela é exige relação passo a passo, ver o ser humano por trás dos “rótulos”, considerando-o como unidade inseparável composta por corpo e mente²².

Paterson e Zderad²³, por sua vez, propuseram a teoria humanística de enfermagem, que revela olhar articulado do conhecimento científico, das vivências do cuidado, do encontro existencial, do face a face. Segundo as autoras, o ser que cuida tem o privilégio de estar com pessoas que vivenciam diversos significados de *ser-no-mundo*, no tempo e no espaço, nas mais diferentes idades, desde o nascimento até a morte. Por meio da sensibilidade, da consciência autêntica e da reflexão acerca destas experiências existenciais compartilhadas, o enfermeiro busca conhecer o ser humano.

Assim, percebe-se que para alcançar a inter-relação humana no cuidado é necessário conhecer a si e o outro. A abertura do encontro autêntico é possível pelo compartilhar, reconhecendo a complexidade do indivíduo em suas relações com o outro e com o mundo, compreendendo-o como ser essencial e existencial, em sua natureza, condição, experiências e em seu processo de “ser mais”. Desse modo, Paterson e Zderad²³ acreditam que para viver e conviver com o outro é preciso conhecê-lo em seu espaço vivido, em dada temporalidade. Ou seja, os enfermeiros devem ver o mundo pelos olhos do paciente.

Voltando ao conceito objeto deste estudo, cabe mencionar Watson¹⁰, que colocou a preservação da dignidade humana como parte integrante do cuidado, propondo como núcleo da ciência da enfermagem as relações transpessoais. Segundo a autora, a enfermeira

deve estimular essas relações para restaurar o equilíbrio da mente do paciente, ajudando-o a perceber como está e como pode vir a ser. Este equilíbrio acabaria por levá-lo à recuperação e ao bem-estar¹⁰. Roach¹⁶ confirma a perspectiva de Watson, considerando humanidade e dignidade indissociáveis. E, no mesmo sentido, Jacobs aponta que *o fenômeno central da enfermagem não é a saúde ou algum tipo de restauração do equilíbrio holístico e harmonia, mas o respeito pela dignidade humana*²⁴.

Dignidade como imperativo ético no cuidado

A dignidade é muito importante para todos os envolvidos no cuidado^{25,26}. Até agora, poucos estudos tentaram definir o conceito ou demonstrar sua extensão na prática clínica. Portanto, conclui-se que precisar seu significado é um desafio, visto tratar-se de termo abstrato e subjetivo, difícil de ser mensurado^{25,27-30}, embora estudado por muitos^{25,29-39}.

A preocupação em promover a dignidade no cuidado parece ter começado no contexto de cuidados paliativos⁴⁰⁻⁴², ampliando seu campo para incluir discussões sobre saúde e serviços sociais prestados a vasta gama de indivíduos vulneráveis ou marginalizados, como idosos, sem-abrigo, pessoas em situação de pobreza, com doença mental etc.⁴³⁻⁴⁹

Em artigo sobre o tema, Mairis reconhece a importância da dignidade, porém percebe que o conceito tem significados diferentes para cada pessoa. A autora entrevistou 20 estudantes de enfermagem a fim de investigar a percepção que têm do conceito. Três atributos essenciais se destacaram entre os resultados: 1) manutenção do autorrespeito; 2) manutenção da autoestima; e 3) valorização dos padrões individuais. Os entrevistados consideraram a dignidade atributo pessoal ao qual se dá pouco valor; a menos que o indivíduo esteja vulnerável, sentindo que pode perdê-la³¹.

Definindo-a como crença compartilhada entre a humanidade, Haddock²⁵ afirma que seu efeito afeta a capacidade de manter ou promover a dignidade do outro. Para o autor, esse conceito permite a pessoa sentir-se importante e valiosa na relação com as outras, sendo respeitada inclusive em situações de ameaça. Haddock destaca ainda a distinção entre *ter*, *ser tratado* e *dar* dignidade a outras pessoas, ressaltando a dimensão subjetiva e dinâmica do conceito e enfatizando a importância dos relacionamentos²⁵.

Na enfermagem, o estudo de Haddock identificou a importância da autoconsciência, da contra-transferência, da avaliação adequada e completa do paciente e da compreensão mais profunda de

valores culturais e significados. Descreve-se ademais o poder dos enfermeiros de manterem e promoverem a dignidade, entendendo os doentes e tratando-os com atenção nos momentos em que se sentem vulneráveis²⁵. Esta ideia foi sistematicamente enfatizada por estudos posteriores^{26,28,50-52}.

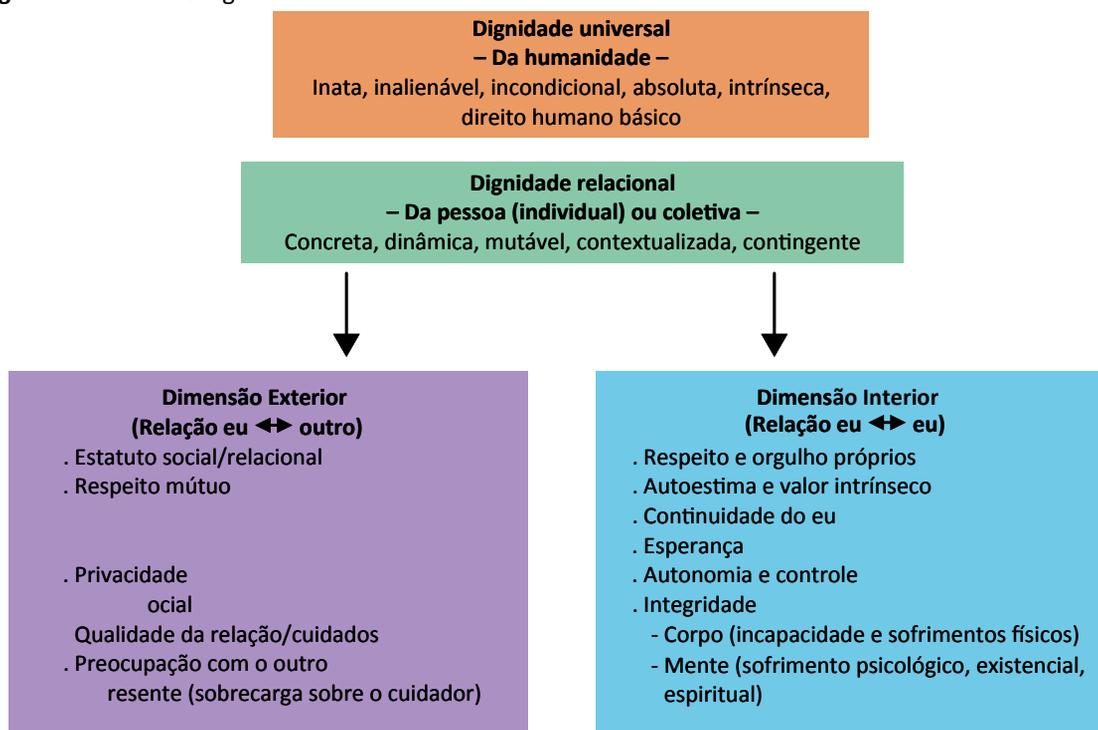
No âmbito da enfermagem, uma das primeiras análises filosóficas da dignidade foi publicada em 1998 por Leila Shotton e David Seedhouse¹, que a viam como a capacidade de a pessoa exercer suas competências ou, em condições particulares, receber auxílio para tanto. Segundo eles, a dignidade está diretamente relacionada à interação dinâmica entre circunstâncias e capacidades. Falta dignidade quando o indivíduo sente-se incompetente, inadequado ou extraordinariamente vulnerável¹.

Street e Kissane⁵³ ampliam a compreensão da ideia entendendo-a como incorporada e socialmente construída, sendo então subjetiva, multidimensional, situacional e contextual. No mesmo sentido, ao explorar a dignidade no contexto de cuidados paliativos, Street e Love⁵⁴ mostraram a importância de ouvir as necessidades e desejos das pessoas, demonstrando que a privacidade não significa só ter um quarto particular, mas respeito e reconhecimento da dimensão psicológica, social e espiritual do doente.

Desde 1995, Chochinov⁵⁵ estuda a dignidade de pessoas com doenças terminais, tendo agrupado as questões colocadas pelos pacientes em três categorias: 1) preocupações relacionadas à doença (*illness-related issues*), ou seja, como a doença afeta a dignidade pessoal; 2) recursos pessoais da dignidade (*dignity-conserving repertoire*), o impacto das perspectivas e experiências pessoais na dignidade; e 3) recursos sociais da dignidade (*social dignity inventory*), como a qualidade da interação com outros influencia a dignidade (Figura 1). Os temas de cada categoria forneceram a base para o atual modelo (*dignity model*)⁵⁵ e o movimento *dignity in care*, que dá orientação terapêutica a profissionais de saúde, ressaltando aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais/existenciais que podem afetar o doente.

Em 2008, dando continuação ao trabalho desenvolvido, Chochinov e colaboradores⁵⁶ apresentaram instrumento composto por 25 itens que permitiu avaliar o sentimento de dignidade em pacientes em fim de vida. A escala foi adaptada para o português em 2009, por António Gonçalves⁵⁷, recebendo o nome de escala da dignidade do doente (Quadro 1). O instrumento avalia a presença de sintomas, sofrimento existencial, paz interior, dependência, suporte social e outros indicadores relacionados a atividades da vida diária, como sensação de controle, capacidade de “lutar” e capacidade de aceitação⁵⁷.

Figura 1. Modelo de dignidade humana



Fonte: Adaptado de Julião e Barbosa⁵⁸

Quadro 1. Escala da dignidade do doente

Preocupações relacionadas à doença	Recursos pessoais de dignidade	Recursos sociais de dignidade
<p>Nível de independência Acuidade cognitiva Capacidade funcional</p> <p>Sofrimento sintomático Sofrimento físico Sofrimento psicológico Incerteza médica Ansiedade relacionada à morte</p>	<p>Perspectivas protetoras da dignidade Continuidade do eu Preservação de papéis Elaboração de legado Manutenção do orgulho próprio Manutenção da esperança Autonomia e controle Aceitação Resiliência</p> <p>Práticas protetoras da dignidade Viver o momento Manutenção da normalidade Procura de conforto espiritual</p>	<p>Fronteiras de privacidade</p> <p>Apoio social</p> <p>Compaixão no cuidar</p> <p>Sobrecarga sobre os cuidadores</p> <p>Preocupações com o futuro</p>

Fonte: Adaptado de Julião e Barbosa⁵⁸

Para Fenton e Mitchell²⁸, embora seja essencial no cuidado, a dignidade é relativamente pouco abordada na literatura de enfermagem. As autoras destacam a obrigação profissional de não ignorar as necessidades do indivíduo em meio às exigências da prática de enfermagem. Entretanto, em contraste com Fenton e Mitchell, Jacelon e colaboradores⁵² afirmam que o tema é frequentemente discutido na literatura de cuidados de saúde, ainda que seu significado nem sempre seja claro. Por análise conceitual, utilizando a literatura e dados de cinco grupos focais com amostra diversificada de idosos, os pesquisadores concluíram que *a dignidade é característica inerente do ser humano, que pode ser sentida como atributo do self, e se manifesta através de comportamento que demonstra respeito por si próprio e pelos outros*⁵⁹.

Alguns estudos trouxeram contribuições específicas para a compreensão da dignidade do paciente. O trabalho qualitativo de Woolhead e colaboradores⁶⁰ identificou vários tópicos relacionados ao tema, como identidade, autoestima/estima, integridade, confiança, direitos humanos, igualdade, autonomia, independência e controle. O estudo de Black e Dobbs⁶¹ explorou o entendimento dos idosos acerca do sentimento de dignidade, identificando três componentes fundamentais: 1) dignidade como autonomia, entendida como capacidade de tomar decisões em todos os aspectos da vida (esta foi a ideia que mais prevaleceu); 2) dignidade relacional, que descreve a importância das interações; e 3) dignidade de autoidentidade, que inclui orgulho, aceitação pessoal e apreciação de si mesmo⁶¹.

Estudo de Jacelon⁴⁹ analisou como idosos percebem o conceito enquanto hospitalizados. As entrevistas foram realizadas na admissão, durante a internação e no momento da alta. Nos estágios iniciais da entrada no hospital, os participantes concordaram

que receber tratamento para poder voltar para casa era mais importante do que manter a dignidade. Contudo, durante o internamento, os participantes relataram que sentiam-se negativamente afetados pelos procedimentos a que eram submetidos e pelo modo como eram tratados pela equipe. Verificou-se que quanto maior o tempo de hospitalização, mais ênfase dão os idosos ao respeito à dignidade⁴⁹.

Há duas dimensões diferentes quando se fala sobre o assunto: a concreta, essencial e absoluta; e a relativa, ou interna. A primeira está associada ao corpo, portador da dignidade e da liberdade do ser humano. A segunda se refere a como a própria realidade é percebida. A dignidade essencial e absoluta é inviolável e caracteriza-se por liberdade, responsabilidade, dever, serviço, orgulho, respeito, honra e independência. Esses valores, nem sempre diretamente visíveis, são influenciados pela cultura dominante. Quando descuidadamente manuseados ou não assegurados, há violação da dignidade. Para restabelecê-la é preciso alterar o contexto de modo a destacar tais valores³⁸.

A vulnerabilidade humana torna-se óbvia quando valores significativos já não podem ser garantidos, e soluções concretas para preservar a dignidade parecem indisponíveis. No contexto específico dos idosos, pode-se experimentar situações em que capacidades importantes, como “tomar conta de si”, já não podem ser exercitadas. Em tarefas simples, como tomar banho, lavar roupas ou arrumar a casa, o paciente passa a depender da ajuda de alguém. “Ser digno dessa ajuda” move-se então em direção ao topo da hierarquia de valores, restabelecendo a experiência de dignidade possível³⁸. A hierarquização interna de valores altera a externa, limitando-se ao que pode ser alcançado no contexto. A vida pode ganhar novo significado, e a dignidade ser restituída³⁸.

Woolhead e colaboradores⁶⁰ estudaram idosos de diferentes origens socioeconômicas e níveis de saúde e incapacidade em contextos institucionais e comunitários. A amostra incluiu 72 participantes com idade superior a 65 anos. Os resultados indicaram que a dignidade era percebida como identidade, direito humano e autonomia⁶².

Gallagher³³ identifica dois valores fundamentais na enfermagem: autorrespeito, que se refere à dignidade pessoal, e respeito ao outro. Ambos são experimentados subjetivamente, como percepção da própria dignidade, revelada pelo comportamento em relação a si e aos outros. A autora recomenda visão compreensiva da competência ética, que inclua o ver, refletir, saber, fazer e ser³³.

Confirmando o já citado trabalho de Haddock²⁵, Griffin-Heslin²⁹ a identificou como fundamental nos cuidados de enfermagem, enfatizando a importância do respeito, da autonomia, da capacitação e da comunicação. Indo além, a autora expandiu a compreensão do conceito ao destacar sua complexidade, formada por vários atributos que podem ser retratados de diferentes formas²⁹.

O estudo de Tadd⁶³, a mais abrangente pesquisa europeia sobre o tema, considerou o ponto de vista de idosos e profissionais de saúde e do serviço social. A autora também estabeleceu três dimensões para esse conceito: identidade, direitos humanos e autonomia. Os dados sugeriram que cada uma delas pode ser mantida ou comprometida pelo comportamento da pessoa ou da equipe e pelo contexto⁶³.

Arino-Blasco, Tadd e Boix-Ferrer⁶⁴ investigaram as implicações morais da dignidade humana a partir da visão dos profissionais de saúde. Essa ampla pesquisa, que envolveu 85 grupos focais com 424 profissionais de saúde em seis países europeus, identificou fatores essenciais à prestação de cuidados: promoção da autonomia e independência; abordagem holística e centrada na pessoa; manutenção da identidade e encorajamento do envolvimento nos cuidados; participação e capacitação; comunicação eficaz e respeito. Foram identificadas também circunstâncias que constituem o cuidado indigno: a invisibilidade; a despersonalização; a humilhação e o abuso; e abordagens mecanicistas do cuidar⁶⁴.

Em revisão de literatura, Franklin, Ternstedt e Nordenfelt⁶⁵ referiram que nenhum dos 14 estudos que formaram o corpus de sua pesquisa representaram de forma adequada a complexidade do conceito, embora todos tivessem algo a oferecer como parte do quadro emergente. Ao que parece, é mais fácil identificar quando a dignidade não é central para o cuidado do

que identificar seu significado⁶⁵. Para os autores, *cuidados indignos estão associados à invisibilidade, despersonalização e tratamento do indivíduo como objeto*⁶⁶, podendo envolver humilhação e abuso, bem como abordagens mecanicistas do cuidar, de modo que *as pessoas podem não conseguir definir “dignidade” (...), mas sabem quando ela não está presente*⁶⁷.

Clark³⁶ refere-se à questão tanto como direito objetivo, que pode ser concedido, quanto como sentimento experimentado subjetivamente. A pesquisadora considera a dignidade direito humano fundamental a fim de destacar sua importância e valor.

Periyakoil, Noda e Kraemer³⁷ investigaram a manutenção da dignidade no final da vida mediante temas que surgiram a partir de dados e da literatura existente. O estudo concluiu que: 1) todos possuem dignidade intrínseca; e 2) a dignidade extrínseca permanece fora da pessoa, sendo influenciada pela forma como é tratada pelos outros. Os subtemas da dignidade intrínseca incluíram autonomia, autoestima e espiritualidade, todos, quando presentes, capazes de despertar sentimento de esperança. Já a extrínseca foi observada quando as necessidades físicas e emocionais eram atendidas, havia respeito, e a privacidade e a confidencialidade eram tratadas como prioridade³⁷.

Julião e Barbosa⁵⁸ apresentam modelo baseado na integração de ideias e conceitos de Nordenfelt³², Jacobson³⁴ e Chochinov⁵⁵. Para os autores, o conceito abarca a dignidade universal e relacional – esta última formada por duas dimensões *complementares, dinâmicas e interligadas*⁶⁸ que se desenvolvem a partir da universal.

Edlund e colaboradores³⁸ tentaram chegar a compreensão mais profunda do conceito, a partir de seu significado, alcance e natureza. As pesquisadoras identificaram *valores da dignidade absoluta*, que envolvem tudo o que pertence aos seres humanos, tais como santidade, liberdade, responsabilidade e dever de servir aos semelhantes.

Para as autoras, o valor absoluto da pessoa é constante, não podendo ser posto em causa nem retirado. A “dignidade relativa” espelha a absoluta, mas é mutável, moldada pelos valores incorporados pelos humanos, incluindo a moral e traços culturais que conferem importância e significado às ações e fenômenos no ambiente. Esses traços servem como símbolos da dignidade que é experimentada em relação a alguém ou alguma coisa. Quando alguém atua sobre esses símbolos, o ser humano pode interpretar essa ação como ameaça ou violação. A mutabilidade desta dimensão é processo pelo qual a dignidade pode ser destruída, mas também reestabelecida³⁸.

Sulmasy³⁹ apresenta três tipos de dignidade: intrínseca, atribuída e *inflorescente*. A intrínseca diz respeito à dignidade inata; a atribuída é o valor, a estatura moral que as pessoas se concedem mutuamente por atos de atribuição; e, por fim, *inflorescente* define os indivíduos que “florescem”, vivendo suas vidas de acordo com a dignidade inerente ao ser humano³⁹.

Van Gennip e colaboradores⁶⁹ indicam que as condições relacionadas à doença não afetam diretamente a dignidade dos pacientes, mas a forma como estes se percebem. Os autores propuseram o *model of dignity in illness*, composto por três elementos que moldam a autopercepção: o *self individual*, relacional e social. O *self individual* refere-se à autoavaliação interna, privada, feita por indivíduo autônomo com base em sua percepção do próprio valor e experiências. O *relacional* refere-se à dignidade formada em interações dinâmicas e recíprocas, e o *social* diz respeito à dimensão do sujeito como objeto social, definido pelo discurso coletivo sobre a doença⁶⁹.

Considerações finais

Na atualidade, o conceito de dignidade é considerado multidimensional, influenciado pelo ambiente sociocultural e pela história pessoal^{25,28,31-33,50,53-56}, compreendendo dimensões internas, como a valorização de si, e dimensões externas, como a valorização por parte de outros^{32,33,50,53,56}. E, ao ser socialmente construída, a dignidade torna-se difícil de definir. Em consequência, torna-se complicado também

estabelecer como mantê-la em intervenções explícitas centradas no paciente, especialmente idosos⁵². Portanto, embora muito se debata sobre o assunto, faltam respostas práticas sobre como promovê-la e mantê-la.

Considerando sua importância é surpreendente que, até o momento, o conceito tenha sido negligenciado na investigação empírica, carecendo de base sólida para a prática dos enfermeiros no dia a dia. É responsabilidade dos profissionais descrever ou definir conceitos de forma operacional. Sem compreensão por parte de seus praticantes, gera-se ambiguidade e confusão, pois a falta de orientação cria inconsistência na prática e incompatibilidade entre o ponto de vista do profissional e do paciente. Embora muitas vezes considerada inata nos cuidados de enfermagem⁴¹, é interpretada de vários modos²⁸ e, por sua indefinição, corre o risco de ter o significado diluído, tornando-se uma palavra esvaziada de importância.

O estudo e a promoção da dignidade pelos profissionais de saúde – e particularmente pelos enfermeiros – tem de ser reformulados. A revisão aqui apresentada mostra a grande complexidade do tema, com fatores e dimensões muito diversos que se interligam e se influenciam, estando na essência da enfermagem. Por isso, é importante desenvolver estudos que remetam a cuidados promotores da dignidade, procurando compreender como o enfermeiro, o doente e os demais atores desenvolvem o processo de cuidado.

Referências

1. Shotton L, Seedhouse D. Practical dignity in caring. *Nurs Ethics* [Internet]. 1998 [acesso 1º abr 2019];5(3):246-55. DOI: 10.1177/096973309800500308
2. Macklin R. Dignity is a useless concept. *BMJ* [internet]. 2003 [acesso 1º abr 2019];327:1419-20. DOI: 10.1136/bmj.327.7429.1419
3. Román Maestre B. Persona como ser en relación: la dignidad como naturaleza intrínseca, fuente de respeto y de cuidado. In: Benito E, Barbero J, Dones M, editores. *Espiritualidad en clínica: una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Madrid: Seccpal; 2014. p. 21-8. p. 21.
4. Fawcett J. *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. 3ª ed. Philadelphia: Davis Company; 2012.
5. Alligood MR, Tomey AM, organizadores. *Nursing theorists and their work*. 7ª ed. Maryland Heights: Elsevier Mosby; 2010.
6. Pearson A, Vaughan B, Fitzgerald M. *Nursing models for practice*. 3ª ed. Oxford: Heinemann; 2005.
7. Orem D. *Nursing concepts of practice*. 5ª ed. New York: McGraw-Hill; 1995.
8. Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook* [Internet]. 1994 [acesso 1º abr 2019];42(6):255-9. DOI: 10.1016/0029-6554(94)90045-0
9. Meleis AI, editor. *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer; 2010.
10. Watson J. *Enfermagem: ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência; 1999.
11. Jacobs BB. Respect for human dignity: a central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through consilience of knowledge. *Adv Nurs Sci* [Internet]. 2001 [acesso 1º abr 2019];24(1):17-35. Disponível: <https://bit.ly/2P9bEb9>

12. Neuman B. The Neuman systems model. 3ª ed. Norwalk: Appleton and Lange; 1995.
13. Gaut DA. Development of a theoretically adequate description of caring. *West J Nurs Res* [Internet]. 1983 [acesso 1º abr 2019];5(4):312-24. DOI: 10.1177/019394598300500405
14. Halldorsdottir S. Five basic modes of being with another. In: Gaut DA, Leininger MM, editoras. *Caring: the compassionate healer*. New York: National League for Nursing Press; 1991. p. 37-49.
15. Sherwood G, Starck P. Preface. In: Gaut DA, Leininger MM, editoras. *Op. cit.* p. ix-xi.
16. Roach MS. *The human act of caring: a blueprint for the health professions*. Ottawa: The Canadian Hospital Association Press; 1992.
17. Nåden D, Eriksson K. Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. *Nurs Sci Q* [Internet]. 2004 [acesso 1º abr 2019];17(1):86-91. DOI: 10.1177/0894318403260652
18. Nightingale F. *Notes on nursing: what it is, and what it is not* [Internet]. New York: D. Appleton; 1860 [acesso 9 nov 2012]. Disponível: <https://bit.ly/MzGA10>
19. Henderson V. The concept of nursing. *J Adv Nurs* [Internet]. 2006 [acesso 2 maio 2019];53(1):21-34. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03660.x
20. Henderson V. *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education – reflections after 25 years*. New York: National League for Nursing Press; 1994.
21. Funnell R, Koutoukidis G, Lawrence K, editoras. *Tabbner's nursing care: theory and practice*. 5ª ed. Chastwood: Elsevier; 2008.
22. Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company; 1966.
23. Paterson J, Zderad L. *Humanistic nursing* [Internet]. New York: John Wiley; 1976 [acesso 12 set 2012]. Disponível: <https://bit.ly/2GddlL4>
24. Jacobs BB. *Op. cit.* p. 25.
25. Haddock J. Towards further clarification of the concept "dignity". *J Adv Nurs* [Internet]. 1996 [acesso 1º abr 2019];24(5):924-31. Disponível: <https://bit.ly/2UYtL90>
26. McIntyre M. Dignity in dementia: person-centered care in community. *J Aging Stud* [Internet]. 2003 [acesso 1º abr 2019];17(4):473-84. DOI: 10.1016/S0890-4065(03)00064-1
27. Baillie L. The impact of urological conditions on patients' dignity. *Int J Urol Nurs* [internet]. 2007 [acesso 1º abr 2019];1(1):27-35. DOI: 10.1111/j.1749-771X.2006.00003.x
28. Fenton E, Mitchell T. Growing old with dignity: a concept analysis. *Nurs Older People* [Internet]. 2002 [acesso 1º abr 2019];14(4):19-21. DOI: 10.7748/nop2002.06.14.4.19.c2212
29. Griffin-Heslin VL. An analysis of the concept dignity. *Accid Emerg Nurs* [Internet]. 2005 [acesso 15 abr 2019];13(4):251-7. DOI: 10.1016/j.aeen.2005.09.003
30. Milton CL. The ethics of human dignity: a nursing theoretical perspective. *Nurs Sci Q* [Internet]. 2008 [acesso 1º abr 2019];21(3):207-10. DOI: 10.1177/0894318408320142
31. Mairis ED. Concept clarification in professional practice: dignity. *J Adv Nurs* [Internet]. 1994 [acesso 1º abr 2019];19(5):947-53. Disponível: <https://bit.ly/2UT2jJV>
32. Nordenfelt L. The varieties of dignity. *Health Care Anal* [Internet]. 2004 [acesso 1º abr 2019];12(2):69-81. DOI: 10.1023/B:HCAN.0000041183.78435.4b
33. Gallagher A. Dignity and respect for dignity: two key health professional values: implications for nursing practice. *Nurse Ethics* [Internet]. 2004 [acesso 1º abr 2019];11(6):587-99. DOI: 10.1191/0969733004ne744oa
34. Jacobson N. Dignity and health: a review. *Soc Sci Med* [Internet]. 2006 [acesso 1º abr 2019];64(2):292-302. DOI: 10.1016/j.socscimed.2006.08.039
35. Condon BB, Hegge M. Human dignity: a cornerstone of doctoral education in nursing. *Nurs Sci Q* [Internet]. 2011 [acesso 1º abr 2019];24(3):209-14. DOI: 10.1177/0894318411409425
36. Clark J. Defining the concept of dignity and developing a model to promote its use in practice. *Nurs Times* [Internet]. 2010 [acesso 1º abr 2019];106(20):16-9. Disponível: <https://bit.ly/2v70o5S>
37. Periyakoil V, Noda AM, Kraemer HC. Assessment of factors influencing preservation of dignity at life's end: creation and the cross-cultural validation of the preservation of dignity card-sort tool. *J Palliat Med* [Internet]. 2010 [acesso 1º abr 2019];13(5):495-500. DOI: 10.1089/jpm.2009.0279
38. Edlund M, Lindwall L, von Post I, Lindström UÅ. Concept determination of human dignity. *Nurs Ethics* [Internet]. 2013 [acesso 1º abr 2019];20(8):851-60. DOI: 10.1177/0969733013487193
39. Sulmasy DP. The varieties of human dignity: a logical and conceptual analysis. *Med Health Care Philos* [Internet]. 2013 [acesso 1º abr 2019];16(4):937-44. DOI: 10.1007/s11019-012-9400-1
40. Abiven M. *Para uma morte mais humana: experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2001.
41. Johnson ML. Dignity for the oldest old: can we afford it? *J Gerontol Soc Work* [Internet]. 1998 [acesso 15 abr 2019];29(2-3):155-68. DOI: 10.1300/J083V29N02_10
42. Pannuti F, Tanneberger S. The Bologna eubiosia project: hospital-at-home care for advanced cancer patients. *J Palliat Care* [Internet]. 1992 [acesso 1º abr 2019];8(2):11-7. Disponível: <https://bit.ly/2KH8Frl>
43. Gostin L. Human rights in mental health: a proposal for five international standards based upon the Japanese experience. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 1987 [acesso 1º abr 2019];10(4):353-68. DOI: 10.1016/0160-2527(87)90018-5
44. Kovach CR. Evolving images of human dignity. *J Gerontol Nurs* [Internet]. 1995 [acesso 15 abr 2019];21(7):5-6. DOI: 10.3928/0098-9134-19950701-05
45. Moody HR. Why dignity in old age matters. *J Gerontol Soc Work* [Internet]. 1998 [acesso 15 abr 2019];29(2-3):13-38. DOI: 10.1300/J083V29N02_02

46. Pullman D. The ethics of autonomy and dignity in long-term care. *Can J Aging* [Internet]. 1999 [acesso 1º abr 2019];18(1):26-46. Disponível: <https://bit.ly/2UBjioo>
47. Lothian K, Philp I. Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *BMJ* [Internet]. 2001 [acesso 1º abr 2019];322(7287):668-70. Disponível: <https://bit.ly/2GomJlM>
48. Miller AB, Keys CB. Understanding dignity in the lives of homeless persons. *Am J Community Psychol* [Internet]. 2001 [acesso 1º abr 2019];29(2):331-54. DOI: 10.1023/A:1010399218126
49. Jacelon CS. The dignity of elders in an acute care hospital. *Qual Health Res* [Internet]. 2003 [acesso 1º abr 2019];13(4):535-56. DOI: 10.1177/1049732302250762
50. Duarte Enes SP. An exploration of dignity in palliative care. *Palliat Med* [Internet]. 2003 [acesso 1º abr 2019];17(3):263-9. DOI: 10.1191/0269216303pm699oa
51. Seedhouse D, Gallagher A. Undignifying institutions. *J Med Ethics* [Internet]. 2002 [acesso 1º abr 2019];28(6):368-72. DOI: 10.1136/jme.28.6.368
52. Jacelon CS, Connelly TW, Brown R, Proulx K, Vo T. A concept analysis of dignity for older people. *J Adv Nurs* [Internet]. 2004 [acesso 1º abr 2019];48(1):76-83. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03170.x
53. Street AF, Kissane DW. Constructions of dignity in end-of-life care. *J Palliat Care* [Internet]. 2001 [acesso 1º abr 2019];17(2):93-101. DOI: 10.1177/082585970101700205
54. Street AF, Love A. Dimensions of privacy in palliative care: views of health professionals. *Soc Sci Med* [Internet]. 2005 [acesso 1º abr 2019];60(8):1795-804. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.08.021
55. Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2006 [acesso 1º abr 2019];56(2):84-103. Disponível: <https://bit.ly/2UIGYTZ>
56. Chochinov HM, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson LJ, Harlos M *et al.* The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2008 [acesso 1º abr 2019];36(6):559-71. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018
57. Gonçalves AL. Adaptação linguística para português da escala da dignidade do doente. In: Barbosa A, coordenador. *Investigação quantitativa em cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012. p. 63-73.
58. Julião M, Barbosa A. O conceito de dignidade em medicina. In: Barbosa A, coordenador. *Investigação qualitativa em cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012. p. 239-69.
59. Jacelon CS, Connelly TW, Brown R, Proulx K, Vo T. Op. cit. p. 81.
60. Woolhead G, Calnan M, Dieppe P, Tadd W. Dignity in older age: what do older people in the United Kingdom think? *Age Ageing* [Internet]. 2004 [acesso 1º abr 2019];33(2):165-70. DOI: 10.1093/ageing/afh045
61. Black K, Dobbs D. Community-dwelling older adults' perceptions of dignity: core meanings, challenges, supports and opportunities. *Ageing Soc* [Internet]. 2014 [acesso 1º abr 2019];34(8):1292-313. DOI: 10.1017/S0144686X13000020
62. Woolhead G, Calnan M, Dieppe P, Tadd W. Op. cit. p. 166.
63. Tadd W. Dignity and older Europeans. *Qual Ageing* [Internet]. 2005 [acesso 16 abr 2019];6(1):1-19. Disponível: <https://bit.ly/2GeWFby>
64. Arino-Blasco S, Tadd W, Boix-Ferrer J. Dignity and older people: the voice of professionals. *Qual Aging* [Internet]. 2005 [acesso 16 abr 2019];6(1):30-6. DOI: 10.1108/14717794200500006
65. Franklin LL, Ternstedt BM, Nordenfelt L. Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nurs Ethics* [Internet]. 2006 [acesso 1º abr 2019];13(2):130-46. DOI: 10.1191/0969733006ne8510a
66. Franklin LL, Ternstedt BM, Nordenfelt L. Op. cit. p. 2.
67. Lewis I. Speech by Ivan Lewis MP, Parliamentary Under Secretary of State for Care Services, 14 November 2006: Dignity in care campaign launch [Internet]. London: The National Archives; 14 nov 2006 [acesso 27 fev 2014]. Disponível: <https://bit.ly/2VPUF06>
68. Julião M, Barbosa A. Op. cit. p. 269.
69. van Gennip IE, Pasman HR, Oosterveld-Vlug MG, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. The development of a model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013 [acesso 1º abr 2019];50(8):1080-9. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.12.014

Participação dos autores

O artigo foi elaborado pelas duas autoras.

Correspondência

Ângela Simões – Rua Professor Sebastião António Morão Correia, lote A, 137, 4º direito CEP 6000-473. Castelo Branco, Portugal.

Ângela Simões – Doutora – angela.simoies@gmail.com

 0000-0003-1535-9350

Paula Sapeta – Doutora – paulasapeta@ipcb.pt

 0000-0001-6667-2326

