

EENF ESCOLA DE
ENFERMAGEM



FURG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE

EENF PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

MARIA LUZIA MACHADO GODINHO

**ABORDAGEM DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO PROCESSO
DE FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, MEDICINA E
PSICOLOGIA**

RIO GRANDE

2022

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**ABORDAGEM DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO PROCESSO
DE FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, MEDICINA E
PSICOLOGIA**

MARIA LUZIA MACHADO GODINHO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Ética, educação e saúde.

**Orientador(a): Prof. Dr. Edison Luiz Devos
Barlem**

RIO GRANDE

2022

MARIA LUZIA MACHADO GODINHO

**ABORDAGEM DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO PROCESSO
DE FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, MEDICINA E
PSICOLOGIA**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação em 20 de dezembro de 2022 e aprovada por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. JAMILA GERI TOMASCHEWSKI BARLEM

Universidade Federal do Rio Grande (FURG) -Efetivo

Profa. Dra. SILVANA BASTOS COGO

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Efetivo

Profa. Dra. DECIANE CARVALHO

Universidade Federal do Rio Grande (FURG) -Efetivo

Profa. Dra. ROSEMARY SILVA DA SILVEIRA

Universidade Federal do Rio Grande (FURG) -Suplente Interno

Profa. Dra. GRAZIELE DE LIMA DALMOLIN

Universidade Federal do Rio Grande (FURG) -Suplente Externo

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi aprovada para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, atendendo às normas da legislação vigente do PPGEnf/FURG.

Profa. Dra. Jamila Geri Tomaszewski Barlem
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem
Orientador (a)

RIO GRANDE

2022

Ficha Catalográfica

G585a Godinho, Maria Luzia Machado.

Abordagem das diretivas antecipadas de vontade no processo de formação dos estudantes de Enfermagem, Medicina e Psicologia / Maria Luzia Machado Godinho. – 2022. 145 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – Furg, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2022.

Orientador: Dr. Edison Luiz Devos Barlem.

1. Diretivas Antecipadas 2. Autonomia Pessoal 3. Ética em Enfermagem 4. Estudantes de Ciências da Saúde 5. Morte I. Barlem, Edison Luiz Devos II. Título.

CDU 616-083:37(043)

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

DEDICATÓRIA

Com muito carinho, à minha mãe **Elvira Teresinha Sparvoli Machado**, que sempre me acompanhou e me incentivou em todas as escolhas da minha vida pessoal e profissional. Te amo muito, nessa e em todas as outras vidas, mãe!

AGRADECIMENTOS

Ao **Criador do universo**, sua luz e energia por me guiar e acalentar para conseguir alcançar meus objetivos;

Ao meu querido orientador, **Prof. Dr. Edison Luiz Barlem**, por todos os ensinamentos nessa longa jornada de 8 anos, por toda experiência compartilhada, dedicação, carinho com essa temática e pesquisa e paciência em todos os processos.

À querida **Profª Drª Silvana Cogo** a qual foi a grande inspiradora em relação a temática desde o Trabalho de Conclusão de Curso e nunca mediu esforços para estar presente nas minhas bancas (mesmo que de férias, né Professora?) contribuindo e compartilhando todo seu conhecimento conosco.

À minha **mãe**, pelo seu apoio incondicional, dedicação quase que exclusiva a mim, aos meus estudos e à minha criação, pelas dicas, pela paciência, pelos cafés, pelas estradas compartilhadas aos concursos em que ela faz questão de estar presente, conselhos oferecidos nas horas de cansaço, e, principalmente, pelo amor desmedido a mim desde antes do meu nascimento.

Ao querido **Lucard** que, praticamente, viveu toda essa etapa final comigo sendo um grande incentivador e apoiador dos meus sonhos, compreendendo a magnitude e importância dessa etapa da minha vida. Proporcionando os momentos mais leves, sempre fazendo aquele cafezinho para que eu pudesse pegar estrada para o trabalho de manhã cedo.

À família que eu construí e escolhi ao longo dos anos, **Cíntia, Raquel, Rafael, Paulo** meus grandes irmãos, que mesmo com todas as adversidades, que fizeram com que eu me tornasse o que sou hoje e comemoram juntos a mim as vitórias. Não posso deixar de enfatizar o agradecimento especial à **Cinza**.

Às amigas e colegas de profissão **Jackeline Viana, Jessica Fagundes, Patricia Koukidis e Cintia Santana** por todo o apoio durante todo esse processo. Principalmente, à **Jack** por todas as experiências compartilhadas (principalmente aos shows emos) e lives compartilhadas ao longo da pandemia.

À **Prof.ª Dr.ª Lizi**, obrigada pela amizade, por me incentivar a docência e me oferecer oportunidades de crescimento pessoal e profissional ao longo desses dois anos.

À **turma de Pós-Graduação**, sou muito grata pelos nossos momentos de discussões e reflexões dentro e fora da sala de aula. Lembrarei de vocês com muito carinho.

Aos **mestres da graduação e pós-graduação** pelos ensinamentos e discussões reflexivas que fizeram com que despertasse em mim a paixão por lecionar. E aqui, gostaria de deixar um agradecimento especial à **Profª Rosemary Silva da Silveira** por toda sensibilidade e conhecimento compartilhado ao longo desses anos.

Aos **funcionários da Escola de Enfermagem e Hospital Universitário**, por todo suporte e melhores condições para os estudos. Todos fazem parte desse processo.

Ao grupo de pesquisa **NEPES** pelos momentos de aprendizado e crescimento.

À acadêmica de graduação em enfermagem (e ex-aluna) **Vivian Peres** pelo auxílio, carinho e dedicação no processo de coleta de dados. E por sempre se interessar pela temática permitindo que a auxiliasse nos resumos da Mostra de Produção Universitária.

À **banca examinadora** por aceitarem compor a banca de avaliação desta dissertação, e pelas contribuições tão carinhosas e significativas ao longo do processo.

Aos **acadêmicos de graduação em enfermagem, medicina e psicologia** que participaram das coletas de dados e proporcionaram o andamento desta pesquisa.

RESUMO

GODINHO, Maria Luzia, Machado. **ABORDAGEM DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, MEDICINA E PSICOLOGIA**. 2022. 145p. Tese de Doutorado em Enfermagem - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

Os avanços nas ciências médicas e da saúde têm contribuído para o surgimento de tratamentos que prolongam a vida dos pacientes, aumentando bastante a expectativa de vida, nem sempre com qualidade e saúde. Dessa forma, a crescente necessidade de gerenciar o processo de morte e morrer, mantendo-se a integridade e o respeito à autonomia pessoal, bem como, a refutação à futilidade terapêutica, privando as pessoas de uma morte digna, foi conduzindo o surgimento das Diretivas Antecipadas de Vontade. Foi objetivo geral do estudo: analisar o conhecimento, experiências, atitudes e nível de confiança dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade. Foram objetivos específicos: adaptar culturalmente e validar um instrumento que permita medir o conhecimento, experiências, atitudes e nível de confiança dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade; analisar o conceito de diretivas antecipadas de vontade segundo o modelo evolucionista de Rodgers; construir e validar um material didático digital de apoio aos estudantes sobre diretivas antecipadas de vontade. O estudo defendeu a seguinte tese: o conhecimento adquirido ao longo da formação universitária sobre diretivas antecipadas de vontade, associados às experiências vivenciadas pelos estudantes da enfermagem, medicina e psicologia podem oportunizar ações que fortalecem a autonomia dos pacientes em processo de morte e morrer. Tratou-se de estudo metodológico, quantitativo e descritivo realizado com acadêmicos de graduação em enfermagem, medicina e psicologia da Universidade Federal do Rio Grande. Na parte metodológica, um instrumento internacional foi adaptado transculturalmente conforme as etapas de Beaton. O instrumento validado, que busca descrever o conhecimento, atitudes e experiências dos futuros profissionais da saúde com relação às diretivas antecipadas de vontade possui 115 itens divididos em oito dimensões. Na etapa quantitativa, o instrumento adaptado foi encaminhado via email para 60 acadêmicos dos três cursos citados. As coletas ocorreram entre fevereiro e julho de 2022. Os dados foram analisados pelo Statistical Package for Social Sciences. Todos preceitos éticos foram cumpridos em sua integralidade. Os resultados da presente tese foram apresentados sob forma de três artigos científicos. No primeiro artigo, que objetivou analisar os conhecimentos, atitudes, nível de confiança e experiências acerca das diretivas antecipadas de vontade dos acadêmicos, foi identificado ínfimo conhecimento em relação ao que realmente se trata as diretivas. Em relação às atitudes, o score no curso de graduação em medicina, totalizou uma moda de 53 pontos, no curso de graduação em psicologia uma moda de 49 pontos e por último, no curso de graduação em enfermagem com 47 pontos, de um total de 59 pontos totais. A maioria dos acadêmicos nunca tiveram nenhuma experiência com as diretivas. Em relação ao nível de confiança, verificou-se um nível decrescente do curso de psicologia (menor confiança) para o curso de medicina (maior confiança). No segundo artigo, evolução conceitual das diretivas antecipadas de vontade com base no modelo de Rodgers, considera-se que o termo diretiva possui características marcantes de seus atributos, como por exemplo, manifestação autônoma; conjunto de desejos, bem como, a própria autonomia, atributo este que define o real objetivo deste documento. Ainda, as consequências também são percebidas como positivas para o indivíduo, visto até como algo que facilita uma dignidade no momento da morte. Porém, nos antecedentes ainda se percebe uma dúvida em relação a aplicabilidade e validade deste documento. No terceiro artigo foi apresentado o processo de construção de material didático pedagógico digital sobre as diretivas antecipadas de vontade.. Espera-se que com o material construído,

desperte dos acadêmicos para o aprofundamento do tema podem contribuir para que essa temática seja mais discutida ao longo dos corredores universitários. Como considerações finais, que reforcem a tese apresentada, ficam alguns questionamentos: Como os futuros profissionais de saúde estarão preparados para lidar com os desejos do paciente promovendo as diretivas? Como esses conteúdos devem ser abordados em ambiente de sala de aula? Como será possível ultrapassar as barreiras culturais que ainda nos impedem de planejar o fim de vida com autonomia e dignidade?

Descritores: Diretivas Antecipadas; Autonomia Pessoal; Ética em Enfermagem; Estudantes de Ciências da Saúde; Morte.

ABSTRACT

GODINHO, Maria Luzia, Machado. **APPROACH TO EARLY DIRECTIVES IN THE TRAINING PROCESS OF NURSING, MEDICINE AND PSYCHOLOGY STUDENTS.** 2022. 145p. Thesis Doctorate in Nursing – School of Nursing, Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande/RS.

Advances in medical and health sciences have contributed to the emergence of treatments that prolong the lives of patients, greatly increasing life expectancy, not always with quality and health. In this way, the growing need to manage the process of death and dying, maintaining integrity and respect for personal autonomy, as well as refuting therapeutic futility, depriving people of a dignified death, led to the emergence of Directives Advances of Will. The general objective of the study was: to analyze the knowledge, experiences, attitudes and level of confidence of nursing, medicine and psychology students in relation to Advance Directives of Will. The specific objectives were: to culturally adapt and validate an instrument that allows measuring the knowledge, experiences, attitudes and level of confidence of nursing, medicine and psychology students in relation to Advance Directives of Will; analyze the concept of advance directives according to Rodgers' evolutionary model; build and validate digital didactic material to support students on advance directives. The study defended the following thesis: the knowledge acquired during university education on advance directives of will, associated with the experiences lived by nursing, medicine and psychology students, can provide opportunities for actions that strengthen the autonomy of patients in the process of death and dying. This was a methodological, quantitative and descriptive study carried out with undergraduate students in nursing, medicine and psychology at the Federal University of Rio Grande. In the methodological part, an international instrument was adapted cross-culturally according to Beaton's steps. The validated instrument, which seeks to describe the knowledge, attitudes and experiences of future health professionals in relation to advance directives, has 115 items divided into eight dimensions. In the quantitative stage, the adapted instrument was sent via email to 60 students from the three aforementioned courses. Collections took place between February and July 2022. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences. All ethical precepts were fully complied with. The results of this thesis were presented in the form of three scientific articles. In the first article, which aimed to analyze the knowledge, attitudes, level of confidence and experiences regarding the advance directives of the academics, little knowledge was identified in relation to what the directives really are. With regard to attitudes, the score in the undergraduate course in medicine totaled a mode of 53 points, in the undergraduate course in psychology a mode of 49 points and finally, in the undergraduate course in nursing with 47 points, out of a total of 59 points total. Most academics have never had any experience with directives. Regarding the level of confidence, there was a decreasing level from the Psychology course (less confidence) to the Medicine course (greater confidence). In the second article, conceptual evolution of advance directives based on Rodgers' model, it is considered that the term directive has outstanding characteristics of its attributes, such as, for example, autonomous manifestation; set of desires, as well as autonomy itself, an attribute that defines the real objective of this document. Still, the consequences are also perceived as positive for the individual, seen even as something that facilitates dignity at the time of death. However, in the background there is still a doubt regarding the applicability and validity of this document. In the third article, the construction process of digital pedagogical didactic material on the advance directives of will was presented. university halls. As final considerations, which reinforce the presented thesis, there are some questions: How will future health professionals be prepared to deal with the patient's wishes by promoting the directives? How should these contents be approached in the classroom environment? How will it be possible to overcome the cultural barriers that still prevent us from planning the end of life with autonomy and dignity?

Descriptors: Advance Directives; Personal Autonomy; Ethics in Nursing; Health Sciences Students; Death.

RESUMEN

GODINHO, Maria Luzia, Machado. **APROXIMACIÓN A LAS DIRECTRICES TEMPRANAS EN EL PROCESO DE FORMACIÓN DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA, MEDICINA Y PSICOLOGÍA**. 2022. 145p. Tesis Doctorado en Enfermería – Escuela de Enfermería, Programa de Postgrado en Enfermería, Univeridad Federal de Rio Grande, Rio Grande/RS.

Los avances en las ciencias médicas y de la salud han contribuido a la aparición de tratamientos que prolongan la vida de los pacientes, aumentando considerablemente la esperanza de vida, no siempre con calidad y salud. De esta forma, la creciente necesidad de gestionar el proceso de la muerte y el morir, manteniendo la integridad y el respeto a la autonomía personal, así como refutando la futilidad terapéutica, privando a las personas de una muerte digna, hizo surgir las Directrices Anticipos de Voluntad. El objetivo general del estudio fue: analizar los conocimientos, experiencias, actitudes y nivel de confianza de estudiantes de enfermería, medicina y psicología en relación a las Voluntades Anticipadas. Los objetivos específicos fueron: adaptar culturalmente y validar un instrumento que permita medir los conocimientos, experiencias, actitudes y nivel de confianza de estudiantes de enfermería, medicina y psicología en relación a las Voluntades Anticipadas; analizar el concepto de directivas anticipadas según el modelo evolutivo de Rodgers; construir y validar material didáctico digital para apoyar a los estudiantes en las directivas anticipadas. El estudio defendió la siguiente tesis: el conocimiento adquirido durante la formación universitaria sobre las voluntades anticipadas, asociado a las experiencias vividas por estudiantes de enfermería, medicina y psicología, puede brindar oportunidades para acciones que fortalezcan la autonomía de los pacientes en el proceso de la muerte y el morir . Este fue un estudio metodológico, cuantitativo y descriptivo realizado con estudiantes de pregrado en enfermería, medicina y psicología de la Universidad Federal de Rio Grande. En la parte metodológica, se adaptó transculturalmente un instrumento internacional siguiendo los pasos de Beaton. El instrumento validado, que busca describir los conocimientos, actitudes y experiencias de los futuros profesionales de la salud en relación a las directivas anticipadas, cuenta con 115 ítems divididos en ocho dimensiones. En la etapa cuantitativa, el instrumento adaptado fue enviado vía correo electrónico a 60 estudiantes de los tres cursos mencionados. Las recolecciones se realizaron entre febrero y julio de 2022. Los datos se analizaron mediante el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales. Todos los preceptos éticos fueron cumplidos a cabalidad. Los resultados de esta tesis se presentaron en forma de tres artículos científicos. En el primer artículo, que tuvo como objetivo analizar los conocimientos, actitudes, nivel de confianza y experiencias con respecto a las directivas anticipadas de los académicos, se identificó poco conocimiento en relación a lo que realmente son las directivas. En cuanto a las actitudes, la calificación en la carrera de medicina sumó una moda de 53 puntos, en la carrera de psicología una moda de 49 puntos y finalmente, en la carrera de enfermería con 47 puntos, de un total de 59 puntos totales. La mayoría de los académicos nunca han tenido experiencia con directivas. En cuanto al nivel de confianza, hubo un nivel decreciente desde la carrera de Psicología (menor confianza) hacia la carrera de Medicina (mayor confianza). En el segundo artículo, Evolución conceptual de las directivas anticipadas a partir del modelo de Rodgers, se considera que el término directiva tiene características sobresalientes de sus atributos, como por ejemplo, la manifestación autónoma; conjunto de deseos, así como la propia autonomía, atributo que define el verdadero objetivo de este documento. Aun así, las consecuencias también se perciben como positivas para el individuo, vistas incluso como algo que facilita la dignificación en el momento de la muerte. Sin embargo, en el fondo aún existe la duda respecto a la aplicabilidad y validez de este documento. En el tercer artículo se presentó el proceso de construcción del material didáctico pedagógico digital sobre las voluntades anticipadas de los salones universitarios. Como consideraciones finales, que refuerzan la tesis presentada, se

plantean algunos interrogantes: ¿Cómo estarán preparados los futuros profesionales de la salud para atender los deseos del paciente promoviendo las directivas? ¿Cómo se deben abordar estos contenidos en el ámbito del aula? ¿Cómo será posible superar las barreras culturales que aún nos impiden planificar el final de la vida con autonomía y dignidad?

Descriptor: Directivas Anticipadas; Autonomía personal; Ética en Enfermería; Estudiantes de Ciencias de la Salud; Muerte.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Legislações acerca das DAV: um panorama mundial.....32

TABELA 2- Exemplo de como iniciar uma conversa sobre desejos em fim de vida.....42

TABELA 3- O que reflete cada domínio do instrumento *Knowledge, Attitudinal, and Experiential Survey on Advance Directives (KAESAD)*.....61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPAS - Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde

CFM - Conselho Federal de Medicina

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

COMPESQ - Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CP – Cuidado Paliativo

DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade

EUA - Estados Unidos da América

FURG – Universidade Federal do Rio Grande

KAESAD - *Knowledge, Attitudinal, and Experiential Survey on Advance Directives*

OMS - Organização Mundial da Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TV - Testamento Vital

UFES - Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1. PALAVRAS INICIAIS.....	14
2. OBJETIVOS.....	19
2.1 OBJETIVOS GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 DE LUIZ KUTNER À RESOLUÇÃO Nº 1.995/2012: UMA SÍNTESE HISTÓRICA E CONCEITUAL DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE.....	20
3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DAS LEGISLAÇÕES VIGENTES ACERCA DAS DAV NO CENÁRIO MUNDIAL.....	26
3.3 (INTER)RELAÇÕES ENTRE OS PROFISSIONAIS, PACIENTE E FAMÍLIA E O PROCESSO DE CUIDAR DIANTE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE.....	40
3.4 DECISÕES AUTÔNOMAS DO PACIENTE E A PROMOÇÃO DE AUTONOMIA FRENTE AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE	41
3.5 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: UM ESTADO DA ARTE DO PROCESSO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA À PERCEPÇÃO PROFISSIONAL.....	50
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	60
4.1 ETAPA METODOLÓGICA.....	60
4.1.1. Knowledge, Attitudinal, and Experiential Survey on Advance Directives (KAESAD): instrumento de coleta de dados.....	60
4.1.2. Adaptação Cultural do instrumento de coleta de dados.....	60
4.2 ETAPA QUANTITATIVA.....	64
4.2.1 Tipo do Estudo.....	64
4.2.2 Cenário do Estudo.....	65
4.2.3 Participantes do Estudo.....	67
4.2.3.1 Critérios de Inclusão.....	68
4.2.3.2 Critérios de Exclusão.....	68
4.2.4 Coleta de Dados.....	68
4.2.5 Análise de Dados.....	69
4.3 Considerações Éticas.....	69

	12
4.3.1 Análise Crítica dos riscos e benefícios da pesquisa.....	69
4.3.2 Segurança e Monitoramento dos Dados.....	70
4.3.3 Explicação dos Critérios para suspender/encerrar a pesquisa.....	70
4.3.4 Declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos.....	70
4.3.5 Declaração das responsabilidades dos pesquisadores.....	70
5. RESULTADOS.....	71
5.1 ARTIGO 1: Conhecimentos, Atitudes, Nível de Confiança e Experiências de acadêmicos de graduação em enfermagem, psicologia e medicina do sul do Brasil acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade.....	72
5.2 ARTIGO 2: EVOLUÇÃO CONCEITUAL DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE.....	92
5.3 ARTIGO 3: CONSTRUÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO DIGITAL: DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE! VOCÊ SABE COMO QUER VIVER?.....	104
6. PALAVRAS DE ENCERRAMENTO.....	110
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À COORDENAÇÃO DE CURSO	
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	
APÊNDICE C: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	
APÊNDICE D: FLYER	
APÊNDICE E: E-BOOK	

1. PALAVRAS INICIAIS

Vida e morte são duas retratações opostas e, de certa forma, análogas, uma vez que não há uma sem a outra e, ambas, ajuízam a existência do ser humano. Assim, qualquer indivíduo possui direito à proteção da saúde, estabelecido como basal no século XX, foi um dos grandes progressos das civilizações, de modo geral. A ampliação do acesso aos cuidados sanitários, aliada ao desenvolvimento das ciências biomédicas e a melhores condições de vida, sobretudo a partir da segunda metade do século, otimizaram a saúde dos indivíduos, aumentando significativamente a esperança média de vida. (MARTÍ; SANCHIS; SANJUÁN, 2020).

Para os profissionais da saúde, há uma grande dificuldade com relação ao processo de morte e morrer, porque os profissionais nem sempre conseguem expressar seus anseios e emoções perante o processo, ou seja, muitas vezes negam as reações vivenciadas face ao processo da morte e da própria finitude, tendo a dificuldade de perceber que não há vida sem morte e que a mesma transpõe os distantes contextos profissionais (SILVA; ABRÃO; OLIVEIRA; et al, 2016).

Além do mais, os constantes avanços na medicina têm contribuído para a utilização de técnicas e tratamentos que visam prolongar a sobrevivência do paciente, preterindo o evento morte. Tal ação profissional, que por vezes, impõe às pessoas, processos de morte lenta e sofrida, carece de reflexões sobre o balizamento das intervenções terapêuticas/clínicas, de forma a respeitar o cumprimento da vontade do paciente em fase de fim de vida (CASSOL; QUINTANA; VELHO, 2015). Por esse motivo, a busca e o progresso do respeito à autonomia pessoal, bem como, a refutação à futilidade terapêutica, privando as pessoas de uma morte digna, por viver-se em um corpo social que ainda nega a morte (NUNES; ANJOS, 2014), foi conduzido o surgimento das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), também conhecidas, no Brasil, como testamento vital.

Para que o paciente possa exercer essa autonomia, as DAV, empregadas na Resolução 1955/2012 do CFM (2012), assinalam acertadamente seu escopo, em seu artigo primeiro, como: “conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade”.

Dentre os profissionais que prestam assistência direta aos pacientes, a enfermagem, é a que mais dispense tempo de cuidado, o que lhe permite desenvolver uma comunicação profunda, e sob este aspecto, possui um papel relevante no sentido de orientação, reflexões e discussões relacionadas à DAV, pois em suas práticas interage e articula com a equipe multiprofissional de saúde, com o paciente e com seu familiar (HASSEGAWA; et. al., 2019).

Acredita-se que diante da complexidade da presente temática e pela atribuição dos enfermeiros nas equipes de saúde, talvez, seja uma das categorias que mais tem se sensibilizado para as mudanças necessárias para a implementação das DAV, iniciando já nas estruturas curriculares de formação profissional, que se adentrem nos debates éticos/morais submergindo a autonomia, as DAV e suas vertentes, além de temas que envolvam o processo de fim de vida, bem como, a sua relação entre cultura, saúde, doença e morte. (SAIORON; RAMOS; AMADIGI; DIAZ, 2017).

Porém, o protagonismo dos profissionais de saúde, ainda se intimida diante dos vários obstáculos que o lidar com a iminência morte traz. Por isso, é que essa instrumentalização acerca da DAV se inicie no processo de formação do profissional da saúde, a fim de prepará-lo para o futuro. Segundo Lima, Nietzsche, Teixeira (2012), os currículos dos cursos de graduação em enfermagem ressaltam a necessidade de o enfermeiro ter um bom conhecimento científico acerca das questões de manutenção a vida, porém, em relação às questões de fim de vida, estas são, frequentemente, distanciadas do processo de formação. Nesse contexto, os futuros enfermeiros, comumente, acabam por se formar profissionais preocupados exclusivamente em manter e salvar vidas, mantendo a cultura de tentar de tudo (SANTOS; HORMANEZ; 2013).

Corroborando com o sobredito, Sairon, Ramos, Amadigi e Diaz (2017), reforçam que informar acerca das questões de fim de vida, no processo de formação, é uma maneira de promover a segurança, exercício legal e autonomia dos futuros profissionais. É necessária uma formação ética e baseada em valores para ancorar uma atuação mais segura, para respeitar e promover o exercício da autonomia das pessoas que carecem de cuidados e, para incitar transformações.

Dessa forma, a autonomia do paciente é a capacidade que cada ser em sua individualidade tem em sua autodeterminação, nas desígnios próprios de sua vida, conforme suas convicções (UGARTE; ACIOLY, 2014). Inúmeros fatores tendem sugerir estas escolhas, mas entende que um indivíduo genuinamente

autônomo é aquele que consegue tomar suas próprias decisões, conforme a sua escolha autônoma.

Em relação às DAV e o meio acadêmico, poucos estudos são realizados diretamente com os estudantes, e muitas vezes, partem das necessidades deles para complementar seu processo de formação. Sendo assim, um estudo na Universidade de Maryland, Baltimore nos Estados Unidos partiu da necessidade de quase dois terços dos acadêmicos de medicina em discutir temáticas acerca da ética durante o processo de formação. Por isso, implementaram capacitações mensais com 129 estudantes de medicina e 207 residentes entre 2009 e 2010, em que eram realizadas simulações realísticas a fim de instrumentalizá-los sobre como proceder em diversas situações, sendo um dos assuntos discutidos, as DAV (GAY, 2012).

Para tentar mudar essa realidade, é imprescindível que a pesquisa se faça presente. Portanto, vemos que os estudos que permeiam as DAV dentro do processo de formação dos profissionais de saúde são escassos e, em sua maioria, não possuem esta como temática/objetivo principal. Os estudos internacionais demonstram iniciativas por parte dos estudantes da área de saúde para ocorrerem e sob a forma de capacitação devido a alguma necessidade ou dificuldade enfrentada por eles (GAY, 2012) e a maioria dos estudantes de enfermagem já tem conhecimento prévio acerca das DAV, o que dá uma maior confiança para instrumentalizar e recomendar as DAV (CUCALÓN-ARENAL; MARÍN-IBÁÑEZ; CÍA-GÓMEZ; et l., 2014).

Mesmo no cenário internacional, os estudos com profissionais e acadêmicos da área da saúde evidenciam dificuldades em relação as DAV, destacam que os enfermeiros não têm claro qual é o seu papel quando se trata das DAV; que enfermeiros necessitam de instrumentalização sobre as DAV, suas aplicações e todos os pormenores da Lei de Autodeterminação do Paciente e leis estaduais; ainda, que os enfermeiros não se sentem seguros ao discutir as DAV com os pacientes; raras pesquisas trazem o acadêmico de enfermagem como foco do estudo perante as DAV; e por fim, as pesquisas curriculares e os próprios acadêmicos descortinam uma educação mínima sobre as DAV, o que reverbera nas pesquisas com os enfermeiros. (MILLER, 2018).

Ao tratar-se de estudos nacionais, com estudantes de enfermagem, foi identificado apenas um com este escopo, com o objetivo de conhecer a percepção de estudantes de enfermagem acerca do protagonismo do enfermeiro, em relação às Diretivas Antecipadas de Vontade, traz uma perspectiva mais polida acerca das atribuições conferidas aos Enfermeiro. Os estudantes elencam a importância de que o enfermeiro tenha como

ferramentas principais os conhecimentos técnico-científicos, protagonismo e autonomia no exercício de sua profissão, no que concerne às DAV. O estudo também evidenciou que o grupo investigado considera que ele deve assumir papel de interlocutor entre equipe e família, promovendo autonomia e advocacia do paciente. (GODINHO; BARLEM; TOMASCHEWSK- BARLEM; ROCHA; COGO; DALMOLIN, 2020)

A escassez de produção científica nacional, conjetura nas ações e autonomia profissional, mas principalmente, obscurecem a regulamentação das DAV em lei. Esse contexto inquieto se explica pelo nosso biotipo cultural, que reverbera diversos domínios da sociedade, inclusive o legislativo, que possui o desígnio primário de proteger a vida, dificultando a formulação de leis que defendam o protagonismo dos indivíduos diante do processo de morrer. Assim posto, não é raro o impasse em associar o binômio vida- liberdade e definir quando um valor deve se submeter ao outro, sobretudo, quando o Estado acercar-se de um costume paternalista. (GRACIA, 2014)

Assim, percebe-se que de forma geral, em âmbito internacional, os estudantes possuem um contato prévio com essa temática durante o processo de formação e os mesmos acham de extrema importância que a pesquisa aconteça para instrumentalizá-los ao mundo prático da profissão com uma sensibilidade maior para com esses assuntos, por outro lado, no Brasil, percebemos o número escasso de estudos com os profissionais de saúde e as carências que os mesmos têm com a temática (GODINHO; BARLEM; TOMASCHEWSK- BARLEM; ROCHA; COGO; DALMOLIN, 2020).

Outrossim, os estudos também apontam, que a sociedade precisa ter ciência das DAV, e para isso, é necessário utilizar de estratégias educacionais apropriadas para o ciclo de vida e o desenvolvimento de programas que promovam uma compreensão correta das diretivas. Ainda, a população demanda de uma educação com conteúdo que ilustre acerca da manutenção da dignidade humana no último período da vida, determinando terapêuticas correspondentes, para assim, transpor uma reflexão de vida e morte que cultive uma consciência positiva sobre as DAV. E, por fim, solicita uma transformação na percepção da morte e sua aceitação de uma forma natural, antevendo as tomadas de decisões por meio das DAV, o que torna imprescindível uma educação sobre a preparação para o processo de fim de vida. (CHON; JEON, 2020)

Com base no exposto, levando em consideração a temática apresentada, compreende-se que as DAV defendem a manutenção da dignidade humana, da autonomia do paciente e profissional, reduzindo os conflitos éticos no trabalho e no seio familiar diante das situações de fim de vida, e assim, pretende-se defender a seguinte **tese**: o

conhecimento adquirido ao longo da formação universitária sobre diretivas antecipadas de vontade, associados às experiências vivenciadas pelos estudantes da enfermagem, medicina e psicologia podem oportunizar ações que fortalecem a autonomia dos pacientes em processo de morte e morrer.

A fim de defender a referida tese, configurou-se como **questão de pesquisa**: qual o conhecimento, as experiências vivenciadas no período de formação e as atitudes dos estudantes da enfermagem, medicina e psicologia acerca das DAV? Quais as questões éticas que permeiam a sua compreensão? Os estudos a respeito da temática, trazendo as DAV dentro do ambiente acadêmico são poucos, cujas raras produções são em sua maioria norte-americanas e não tem as DAV como objetivo/foco principal. Portanto, **justifica-se** a necessidade de investigar junto aos estudantes da área da saúde a sua compreensão e percepção no que tange as Diretivas Antecipadas de Vontade de forma geral e no processo de formação/atuação profissional.

Ainda, **é necessário justificar**, que a inserção dos estudantes de psicologia para esse estudo se faz extremamente necessário por ser um dos profissionais que se mantém próximo no momento de fim de vida, auxiliando paciente e família diante desse diagnóstico/prognóstico e, ainda, estendendo seu atendimento no momento de luto dos familiares. Nesse ínterim, não se identificou nenhuma menção em seu Código de Ética profissional no que tange as Diretivas Antecipadas de Vontade e, também, não foram encontrados estudos com a temática incluindo o profissional psicólogo.

Ainda, no que se refere ao tipo de paciente que se propõem investigar em situações hipotéticas junto as aos acadêmicos, é o paciente que pode se encontrar em cuidado paliativo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), o termo Cuidados Paliativos (CP) é uma perspectiva com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de pacientes e, também, das suas famílias. Visa atenuar o sofrimento de pacientes/família, procurando identificar, avaliar e aliviar a dor e outros problemas subsequentes à doença, como fatores físicos, sociais e espirituais (CRUZ NAO, et al., 2020).

Sendo assim, cabe a equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, assistentes espirituais, dentre outros) com a função de dar assistência humanizada além de fornecer suporte, conforto e estabelecer uma comunicação transparente com o paciente e a sua família, auxiliar no luto, temor, dúvidas, estresse e frustração, aplicando as melhores intervenções (OLIVEIRA AJ, et al, 2019).

Esta pesquisa torna-se **relevante** para que se possam aprimorar os conhecimentos acerca das DAV no processo de formação dos estudantes da área de saúde, a fim de, instigá-los e de proporcionar discussões acerca dos aspectos éticos e legais em relação a autonomia do paciente que permeiam a temática e que, na maioria das vezes, se mantêm distantes no contexto das ciências da saúde.

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o conhecimento, experiências, atitudes e nível de confiança dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade.

2.1.1 Objetivos Específicos

- Adaptar culturalmente e validar um instrumento que permita medir o conhecimento, experiências, atitudes e nível de confiança dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade;
- Analisar o conceito de diretivas antecipadas de vontade segundo o modelo evolucionista de Rodgers;
- Construir e validar um material didático digital de apoio aos estudantes sobre diretivas antecipadas de vontade.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção serão abordados cinco capítulos que atendem a temática. O primeiro capítulo, intitulado DE LUIZ KUTNER À RESOLUÇÃO Nº 1.995/2012: UMA SÍNTESE HISTÓRICA E CONCEITUAL DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE, discorre sobre o surgimento das DAV em âmbito mundial e sua evolução, assim como, suas nomenclaturas mais atuais, modelos de documento e o que deve ser expresso nele.

O segundo capítulo, CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DAS LEGISLAÇÕES VIGENTES ACERCA DAS DAV NO CENÁRIO MUNDIAL, explana sobre as legislações existentes sobre as DAV pelo mundo, suas diferenciações, formas de tradução e simbologia para os países. Ainda, clarifica a nossa Resolução 1.995/2012 e o que traz o código de Ética da Enfermagem e da Medicina.

Já no terceiro capítulo, (INTER)RELAÇÕES ENTRE OS PROFISSIONAIS, PACIENTE E FAMÍLIA E O PROCESSO DE CUIDAR DIANTE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE elucida acerca da importância do vínculo e comunicação como instrumentos para facilitar a relação entre essa tríade (profissional/paciente/família), contribuindo para a compreensão do processo de fim de vida, bem como, a inclusão das DAV no contexto dessas famílias. E, também, como iniciar uma conversa acerca das DAV.

No quarto capítulo, intitulado DECISÕES AUTÔNOMAS DO PACIENTE E A PROMOÇÃO DE AUTONOMIA FRENTE AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE, sustenta o que é a autonomia desse paciente, como se identifica que a decisão/ação foi, realmente, autônoma e como o profissional de saúde, principalmente, o enfermeiro pode promover a autonomia deste paciente por meio da advocacia em saúde. E no quinto e último capítulo, denominado DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: UM ESTADO DA ARTE DO PROCESSO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA À PERCEPÇÃO PROFISSIONAL elenca os principais estudos/pesquisa envolvendo a DAV, refletindo acerca de sua importância na formação acadêmica, bem como, a necessidade de atuação dos profissionais de saúde diante do processo de morte/morrer e a aplicação das DAV.

3.1 DE LUIZ KUTNER À RESOLUÇÃO Nº 1.995/2012: UMA SÍNTESE HISTÓRICA E CONCEITUAL DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

A segunda metade do século XX promoveu a criação de avanços tecnológicos capazes de prolongar e de manter a vida. Portanto, a utilização dessas novas tecnologias,

acabam, por muitas vezes, impedindo que o paciente possa exercer o seu direito a autonomia, de uma decisão autônoma frente a terapêutica escolhida e em relação a vontade do paciente sobre a mesma. Essa banalização, não só medicamentosa, mas também de dignidade do ser, pelo corpo de profissionais, faz com que terapêuticas prolongadas e fúteis sejam utilizadas. (MENEZES; VENTURA, 2013).

É válido ressaltar que para uma decisão autônoma, Santos e Silveira (2017) discorrem que seria necessário apenas um grau substancial de entendimento e de liberdade em relação a alguma coerção e não um entendimento pleno ou uma completa ausência de influências, já que para os autores dificilmente nossas decisões são tomadas de uma forma autônoma pura. Ainda, o fato de estarmos inseridos em um contexto social e cultural sob o qual somos influenciados o tempo todo, estas influências irão incidir de modo mais ou menos significativo em nosso entendimento sobre o mundo a nossa volta. É necessário, elucidar acerca do princípio da qualidade de vida, como uma extensão do princípio da beneficência, sendo um fator importante para determinar critérios da intervenção médica. A vida é valiosa por si mesma e sua qualidade é primordial para o bem-estar, esta qualidade pode ser comparada pelas inter(ações) que a pessoa tem com a vida, comunica-se consigo e com os outros. No momento em que isso deixa de existir ou é prejudicado, como nos casos das pessoas com doenças incuráveis, não há justificativa para continuar intervindo com procedimentos para prolongar a vida de forma quantitativa e não mais qualitativa, dessa forma, nessas circunstâncias, as decisões médicas devem ter como critério a qualidade de vida do paciente, e não analisar seu bem-estar é ter uma postura vitalista, que agride os direitos do paciente e sua dignidade. (SANTOS; SILVEIRA, 2017).

O prolongamento da vida por meio de terapias fúteis, é chamado de distanásia. A distanásia, é um termo de origem grega utilizado para definir uma situação de “exagerada, de agonia e sofrimento”, morte lenta, também, podendo ser “empregado como sinônimo de tratamento fútil ou inútil”, obstinação terapêutica, onde o profissional tendo em vista salvar a vida do paciente que se encontra em processo de fim de vida, subordina-o a grande sofrimento. Com a prática da distanásia não há um prolongamento apenas da vida, mas sim, do processo de morte. (HOSSNE; PESSINI, 2014, p.110).

É conceituada em outros termos, como um complexo de ações terapêuticas que já não visam mais o benefício do paciente em fase final de sua vida, negando-lhe sua autonomia, tratando a morte apenas como uma doença que necessita de cura. A prática da distanásia pode ser abalizada como uma grande armadilha da tecnologia proveniente

das últimas décadas, e pode, muitas vezes, ser praticada de forma irreflexiva pelos profissionais da saúde devido ao numeroso aporte farmacológico e tecnológico que se tem disponível (BISOGNO; QUINTANA; CAMARGO, 2010; MARREIRO, 2013; KOVÁCS, 2014a; SANTANA et al., 2013).

Com o advento dos antibióticos, as doenças infecciosas, que eram mortais antigamente, passaram a ser perfeitamente curáveis; a biotecnologia nos presenteou com equipamentos rebuscados de recuperação e preservação vital, nessa conformidade a morte passou a ser encarada como fruto adventício, e não mais como parte do ciclo vital do ser humano, podendo, dessa forma, abalar o livre arbítrio do paciente (BISOGNO; QUINTANA; CAMARGO, 2010; MARREIRO, 2013; KOVÁCS, 2014a; SANTANA et al., 2013). Muitas vezes, os pacientes, quando chegam ao estado de fim de vida, não estão em uso pleno de suas faculdades mentais para expressar suas vontades em relação à terapêutica e práticas realizadas com o seu corpo, deixando ou pela família ou pela própria equipe de saúde as decisões “cabíveis” para aquele contexto e momento (MENEZES; VENTURA, 2013).

Com isso, numa tentativa de auxiliar na preservação e garantia do direito de autonomia dos pacientes, na década de 70, a terminologia DAV começa a ser propagada, principalmente, em países da América do Norte, pelo advogado Luis Kutner. Ele redigiu um documento que permitisse ao paciente recusar determinados tratamentos médicos. Segundo o autor, isso protegeria seus direitos quando seu estado clínico fosse irreversível ou estivesse em estado vegetativo persistente. (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013). Há várias maneiras de se referir às DAV na literatura: testamento vital; manifestação explícita da própria vontade; biotestamento; diretivas avançadas; testamento biológico; vontades avançadas; entre outros. Entretanto, diretivas antecipadas de vontade parecem mais apropriadas, haja vista que são manifestações de vontade realizadas ainda em vida (GOLDIM, 2012).

Neste contexto, considera-se oportuno reconhecer que as discussões referentes aos direitos dos pacientes, quanto ao seu exercício de autonomia tomaram proporção significativa, em virtude de casos expostos na mídia, como o de Karen Ann Quinlan (1985), e Nancy Cruzan (1990), que permaneceram em estado vegetativo persistente. Seus representantes solicitaram a retirada dos suportes que prolongavam a vida, impondo um valor decisivo para a criação de uma lei acerca do tema nos EUA, despertando a necessidade de legislação em outros países. Tais casos são marcos históricos para que os EUA aprovassem a lei da The Patient Self Determination Act ou Ato de Auto-

Determinação do Paciente (PSDA) e começasse a dar um impulso para outros países também discutirem o assunto (EUA, 1990; DADALTO, 2013a).

A lei foi promulgada para garantir os direitos dos pacientes em relação às Diretivas Antecipadas, as quais apresentam três formas de serem implementadas: Living Will (Testamento Vital); Durable Power of Attorney for Health Care (Procuração Durável para Cuidados de Saúde/Mandado Duradouro) e Do Not Resuscitate (Não Ressucite) (ALVES, 2013), sendo assim conceituadas:

- O **Testamento Vital** advém quando o próprio paciente descreve o tipo de terapêutica e cuidado que deseja receber, bem como, instruções específicas acerca de procedimentos como (sondas e ventilação mecânica), ou seja, procedimentos que prolonguem ou não a sua vida (HOLLAND; et al., 2015).

- A **Procuração Durável para Cuidados de Saúde/Mandado Duradouro** incide quando o paciente designa alguém para ser seu porta voz diante das decisões de saúde quando ele não tem condições de realizá-las sozinho (HOLLAND; et al., 2015).

- O **Não Ressucite** é um documento elaborado pelo corpo médico com o intuito de instrumentalizar os pacientes diante da preferência de realização ou não da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) (HOLLAND; et al., 2015).

As DAV representam a vontade do paciente de se sujeitar a tratamento médico, por meio de suas formas de serem implementadas (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013). Este documento manifesta os desejos antecipados do enfermo em situação de lucidez mental e de total autonomia de decisão, para ser avaliado quando ele não puder mais decidir por conta própria (PICCINI; STEFFANI; BONAMIGO; BORTOLUZZI; SCHLEMPER, 2011). De acordo com Dadalto, Tupinambás e Greco (2013), este conceito parte do princípio de que o paciente tem direito de recusar tratamentos que não curam nem aliviam sintomas, mas apenas prolongam vida e sofrimento.

O sobrescrito segue a linha de Thompson(2015), quando afirma que DAV são instruções que o paciente prepara para guiar seus cuidados médicos, e podem ser utilizadas se o médico assistente determinar que ele não é mais capaz de tomar suas próprias decisões. O TV é tipo de diretiva antecipada muito comum, a partir do qual o enfermo define quais tratamentos quer receber: ressuscitação cardiopulmonar, ventilação mecânica, dieta artificial, medicações, fluidos intravenosos e outros.

Um dos fundamentos das DAV é o reconhecimento da autonomia do paciente, intervindo de maneira assertiva em relação à terapêutica estimada e ao representante legal

que será capaz de se pronunciar sobre o paciente que se encontra em fim de vida. (SILVEIRA, 2010). Cabe ressaltar que embora exista uma adaptação conceitual clara das terminologias descritas, por vezes, critica-se o uso do termo “testamento vital” – nome pelo qual essa diretiva antecipada é conhecida no Brasil – devido ao seu sentido de testamento. Pois no Brasil, o testamento, como um instrumento, corresponde a um ato unilateral de vontade, com eficácia apenas pós-morte, não se constituindo, dessa maneira, em uma nomenclatura correta (BOMTEMPO, 2012; DADALTO, 2013b).

Segundo a American Bar Association¹ (2017), após a elaboração do Testamento Vital que espelha as DAV, o indivíduo precisa (re)avaliar o seu estado de saúde rotineiramente e/ou sempre que um dos “5 D’s” se cumprir:

- **Década** – quando se iniciar uma nova década de vida;
- **Death (Morte)** – quando algum ente querido vir a falecer;
- **Divórcio** – quando se experienciar um divórcio ou outra transformação familiar significativa;
- **Diagnóstico** – quando for diagnosticado com uma doença grave;
- **Declínio** – e, quando uma situação de doença prévia se agrava, especialmente, quando comprometer ou diminuir a de autonomia desse indivíduo.

Nunes, Renaud, Silva e Almeida (2013, p. 37) aludem que “em teoria muitos aceitam que as pessoas têm direito de decidir o que querem fazer com a sua saúde no contexto de seu projeto de vida. O problema não está na formulação abstrata desse direito, mas no modo concreto de o levar à prática”.

Diante disso, na presença das DAV os profissionais de saúde devem estar constantemente atentos de que a autonomia do paciente deve ser considerada mesmo quando o paciente não pode manifestar suas vontades. É necessário que os profissionais de saúde saibam respeitar a decisão anunciada pelo paciente ou abdicar da escolha do responsável designado pelo paciente, a fim de contribuir com a tomada de decisão diante da situação que se apresenta, considerando a vontade manifestada pelo paciente, bem como, sua autonomia e dignidade (COGO; LUNARDI, 2015).

¹ American Bar Association (ABA), foi fundada em 21 de agosto de 1878, é uma associação de advogados e estudantes de direito organizada de forma voluntária. A mesma não é específica de nenhuma jurisdição nos Estados Unidos. Ela propõe o estabelecimento de padrões acadêmicos para faculdades de direito e a concepção de modelos de códigos éticos relacionados à profissão jurídica. MATZKO, JOHN A., "The Best Men of the Bar': The Founding of the American Bar Association," in *The New High Priests: Lawyers in Post-Civil War America*, Gerard W. Gawalt (ed.), (Westport, Conn.: Greenwood Press, 1984), pp. 75-96.

Sob essa ótica, enfatiza-se que os profissionais de saúde, cada vez mais terão de lidar com essas novas modalidades de cuidado, em decorrência da transição epidemiológica do cenário brasileiro, bem como, com o aumento das doenças crônicas não-transmissíveis, incluindo as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes e cânceres, que se tornam predominantes, representando a principal causa de mortalidade, necessitando assim de ações voltadas ao planejamento de saúde, avaliação, incentivo às tecnologias, vigilância, promoção, prevenção com melhorias nos estilos de vida. (DUNCAN; et al., 2012).

3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DAS LEGISLAÇÕES VIGENTES ACERCA DAS DAV NO CENÁRIO MUNDIAL

Antes de dar início às discussões do presente capítulo, é imprescindível ressaltar a importância do conhecimento das leis vigentes sobre DAV no cenário mundial, pois tal ciência corrobora para que se dissemine a importância da utilização de tal instrumento a fim de esclarecer a população e os profissionais do quanto ele colabora, vitalmente, para a autonomia do paciente e respaldo profissional para essas decisões de fim de vida que são (quase) sempre tão conflitantes.

O Testamento Vital, ocorreu, de modo elementar nos EUA, em 1967, pela Sociedade Americana para a Eutanásia, como um registro de cuidados antecipados em que o paciente poderia deixar apontado seus desejos alusivos a interrupções de condutas médicas que sustentassem sua vida em circunstâncias de fim de vida e, ainda, coadjuvar amenizando as possíveis situações conflitantes entre profissionais, pacientes e familiares no cerne das decisões da conduta adotada ao tratamento deste paciente (URIONABARRENETXEA, 2003).

Posteriormente a diversas discussões, a primeira lei mundial respectiva a DAV foi aprovada em 1990. Com isso, outros países foram unindo esforços e aprovando legislações específicas para esse fim. Indo ao encontro com a lei nos EUA, na Europa, em 1997, foi alvitada a Convenção de Oviedo sobre Direitos Humanos e Biomedicina, sendo discutida desde 1990. Em ambos os documentos, PSDA e Oviedo, o paciente poderia antecipar a sua decisão sobre procedimentos assistenciais futuros (ALVES, FERNANDES, GOLDIM, 2012).

A Espanha, em 2002, foi o primeiro país europeu a aprovar a regulação sobre os direitos e as responsabilidades dos pacientes, usuários e profissionais, bem como, de escolas e serviços de saúde, públicos e privados, sobre a autonomia do paciente, informações clínicas e documentação. Sustenta que a equipe médica precisa saber dos desejos do paciente a fim de não prolongar a vida com terapêuticas fúteis, não fazer uso de tratamentos extraordinários, abordando também, a suspensão do esforço terapêutico e a utilização de medicamentos para diminuição de dor, e assim por diante. (ESPANHA, 2002).

Desfecha-se, que as DAV podem ser rescindidas a qualquer momento, independentemente, do paciente deixar um documento escrito. A valer, de forma a assegurar a eficácia das vontades manifestadas pelos pacientes, na Espanha, foi criado no Ministério da Saúde um Registro Nacional com todas as instruções pertinentes ao assunto, a fim de que os pacientes sejam atendidos, de acordo com regras estabelecidas por acordo regulamentado pelo Conselho Inter territorial de Saúde (ESPANHA, 2002).

Além disso, também em 2002, na Bélgica, foi aprovada a Lei sobre os Direitos dos Pacientes Belgas. Lá, o paciente não tem apenas direito, mas também a (co)responsabilidade de contribuir com o profissional de saúde, essa interrelação concede a melhora da qualidade de saúde, sintetizando os direitos básicos e as exceções para manter os registros de saúde, bem como, o acesso a esses registros. Há a possibilidade, também, de designar qual(ais) a(s) pessoa(s) irá(ão) representar esses pacientes para a exercer seus próprios direitos em caso de incapacidade. Os serviços são embasados no respeito a dignidade e autonomia do paciente, tendo o direito de dar o seu consentimento informado previamente e voluntariamente para qualquer intervenção de saúde. Ainda, a lei prevê que se o paciente não quiser receber as informações de saúde e condutas terapêuticas, o profissional deve respeitar o deus desejo, e deve notificar nos registros do paciente (BÉLGICA, 2002).

Na Holanda, a defesa dos direitos dos pacientes teve início com o *act on the medical treatment contract* (ato sobre contrato de tratamento médico), em 1º de abril de 1995, tal ato foi incorporado pelo ordenamento jurídico como parte do Código Civil holandês, desejando que o paciente obtenha as devidas informações acerca de seus direitos para amparar o paciente em sua defesa. A legislação holandesa assente sobre importância do consentimento informado, o qual é dividido em duas partes: informação e consentimento. A informação é essencial para o exercício da autonomia, de forma que, apenas o paciente devidamente esclarecido é capaz de manifestar seu consentimento, seja sob forma expressa ou presumida. (MABTUM E MARCHETTO, 2015, p. 99-100).

O grande aperfeiçoamento na lei holandesa foi validar as DAV, a qual deve ser apresentada na forma escrita, nomeada como *nontreatment directives* (diretivas sobre renúncia de tratamento), mas que não se equivoca com uma declaração para eutanásia, permitida no país. Tal documento aponta a recusa, em circunstâncias específicas, de condutas terapêuticas e procedimentos médico-hospitalares, como a reanimação cardiopulmonar, quando se constituírem que vão de encontro a obstinação terapêutica, que em nada serão coadjuvantes para a cura da doença ou para melhorar a qualidade de vida do paciente. A DAV, na Holanda, tem por objetivo transmitir aos profissionais quais tratamentos o signatário aceita ou não receber se, futuramente, estiver incapacitado para se expressar livremente e autonomamente a sua vontade. (MABTUM E MARCHETTO, 2015, p. 99-100).

A Itália é mais um dos países que firmou o Convênio de Oviedo, concordando

com a indispensabilidade de garantir ao indivíduo direito de autodeterminação mediante um documento em que suas vontades estejam descritas. Até o presente momento, não há também nenhuma lei específica sobre o tema. No entanto, a Itália exprime a importância em garantir que os desejos do paciente sejam respeitados. O Código de Ética Médica italiano, em seu artigo 34, ordena que o médico atenda as vontades, previamente expressas pelo paciente, caso estiver incapacitado de manifestar seus desejos. (CORRÊA; CARVALHO, 2016).

Ainda, há a possibilidade de elaborar o *dichiarazione anticipata d'tratamento*: o autor deve ser considerado capaz; é necessário que seja de forma escrita e com caráter público; o paciente não pode estar passando por qualquer tipo de depressão ou coerção familiar ou social; não há possibilidade de utilizar tal documento como meio para possível eutanásia ou outras manifestações que vão a contramão das normas legais ou preceitos éticos; o paciente é obrigado a ter orientações médicas e o seu texto deve ser objetivo, sem entrelinhas que permitam interpretações ambíguas no futuro, com o intuito de resguardar o interesse do declarante. (DADALTO, 2013).

E, também, o país aceita mandato duradouro, com a designação de um representante da saúde intitulado: *amministratore di sostegno*, com o objetivo de ser o porta voz do paciente, que mais à frente, possa encontrar-se incapacitado para manifestar suas vontades, devendo agir de forma consensual com as orientações, previamente, expressas. (ZANCHETTA, 2012, p. 79).

Segundo Dadalto (2016, p. 453), a França começou legislar acerca dos direitos dos pacientes em 2002. Porém havia muita resistência do corpo médico e também, da população, além das leis existentes não possuírem a clareza necessária para a população. Posteriormente, em 2016, é aprovada a lei 2016-87, que debate estritamente dos direitos das pessoas em fim de vida, e remodela o Código Civil francês incorporando as DAV. Em síntese, a lei francesa identifica que as DAV vinculam os médicos, fragmentando as críticas anteriores acerca das incertezas das leis vigentes; designa que os incapazes também podem fazer DAV, porém necessitam de uma autorização judicial; expõe que a DAV é um documento válido apenas para o paciente em fim de vida, modificável a qualquer momento; cria um registro nacional e apresenta dois modelos de DAV: um para pessoas saudáveis e outro para pessoas com doenças graves e em fim de vida.

Partindo do exposto, os dois documentos diferenciam-se, pois para o legislador francês, entende-se que a DAV de um paciente doente deve ser diferente da DAV de uma

pessoa saudável. Portanto, há partes similares aos dois modelos. A primeira parte do documento é a ficha de identificação, na qual o indivíduo registra seus dados pessoais e adverte que está manifestando seus desejos amparado pela legislação. A segunda parte é o campo específico para o indivíduo expressar informações pessoais que julgar importantes e informar seus medos. (CORRÊA; CARVALHO, 2016)

A terceira, é a alternativa de designar outra pessoa para manifestar tais vontades, quando o outorgante apresentar-se incapacitado para tal. A quarta é a possibilidade de o outorgante nomear um procurador para cuidados de saúde, deixando claro que a lei francesa também trata as DAV como sinônimos de testamento vital. Por último, há também, um modelo comum aos dois modelos de DAV, caso o indivíduo queira fazer alguma modificação ou queira revogar os desejos ali expressos, sendo possível que sejam feitos a rogo, em caso de impossibilidade física do outorgante escrever. (CORRÊA; CARVALHO, 2016)

Na Inglaterra, em 2005, houve a aprovação da Lei da capacidade mental, que considera que as decisões antecipadas precisam ser realizadas por um indivíduo com uso pleno de suas faculdades mentais, para poder de fato, consentir com a realização, continuação de condutas terapêuticas, podendo realizar alterações nas suas diretivas a qualquer momento, enquanto ainda consegue fazê-lo (INGLATERRA, 2005). Logo, em 2008, a Lei da vontade antecipada para o Distrito Federal legitimou, no México, a possibilidade de manifestação prévia de vontade, que permite a recusa de se submeter a meios, tratamentos e/ou procedimentos que tenham a pretensão de prolongar desnecessariamente a vida, resguardando, assim, a dignidade humana quando for impraticável manter a vida naturalmente. A aplicação das disposições da presente lei é relativa à ortotanásia, não permitindo abreviar a vida intencionalmente (MÉXICO, 2008)

Já em 2009, no Uruguai, foi aprovada a Lei da Vontade Antecipada que prevê o direito de expressar as suas vontades, no sentido de se opor à futura aplicação de tratamentos e procedimentos terapêuticos, que visem prolongar a vida de forma fútil, caso se encontre em situação de doença em curso de fim de vida, incurável e irreversível. Tal diagnóstico deve ser certificado pelo médico responsável e confirmado por um segundo médico no histórico médico do paciente. Ainda, tal diretriz pode ser revogada oralmente ou por escrito, a qualquer fase, e, em todos os casos, o médico deverá historiar essa manifestação no prontuário médico. No documento, deve estar incluído a nomeação de uma pessoa como mandatário, maior de idade, para garantir o cumprimento dessa

vontade, no caso em que o titular esteja impossibilitado de tomar decisões por si próprio. (URUGUAI, 2009)

Na Alemanha, a forma jurídica análoga às DAV é denominada de *Patientenverfügungen*, que integra formalmente o Código Civil, desde 1o de setembro de 2009, quando lhe foi aditado os §§ 1901a-1904. A DAV dá-se a partir da apresentação de casos hipotéticos de enfermidades e falecimento, incluindo: demência, prognóstico adverso, alimentação artificial, respiração por aparelhos, coma prolongado, doença crônica grave e suicídio, com esta abordagem narrativa, os pacientes e familiares manifestariam suas convicções e valores, imaginando-se no lugar do outro e conservando sua identidade pessoal, sem a interferência dos sentimentos momentâneos. (RIBEIRO, 2018).

Essa técnica de identidade narrativa busca um parecer, de forma resumida, no que se refere à continuidade da vida, à dor, à hospitalização e ao acompanhamento da morte. Ademais, suscita uma análise sobre três diferentes perspectivas: a primeira é didática, pois impede que o indivíduo que esteja no processo de “simulação”, esteja afetado emocionalmente no momento da decisão; a segunda é a hermenêutica, aonde o indivíduo faz uma análise dos fatos a partir da sua existência atual e, a terceira, é uma perspectiva cultural em que a “anamnese de valores” promove tal modelo de desejos (RIBEIRO, 2018, p.8)

Na Argentina, em 2009, foi anunciada uma lei que reconhecia o direito do paciente dispor sobre suas vontades por meio de diretivas antecipadas; entretanto, a lei não referia detalhes sobre o tema. Sendo assim, só em 2012, essa legislação foi alterada, abordando a temática de maneira direcionada. A legislação, na Argentina, determina que as DAV podem ser efetivadas por qualquer adulto com pleno uso de suas faculdades mentais, podendo aceitar ou recusar determinadas condutas terapêuticas, preventivas ou paliativas, bem como, as decisões que envolvam sua saúde. As diretivas devem ser aceitas pelo médico assistente ao caso, exceto as que envolvam o desdobramento de práticas de eutanásia, as quais serão desconsideradas. A DAV, também pode ser feita por escrito, podendo ser revogada a qualquer momento. (ARGENTINA, 2009)

Em Portugal, a lei que regulamenta as DAV, designada sob a forma de Testamento Vital, a designação de um procurador de cuidados de saúde e a criação do Registro Nacional do Testamento Vital (RENTEV) entraram em vigor em 21 de agosto de 2012 (PORTUGAL, 2012). Na Itália, a temática encontra-se em fase de forte discussão legislativa e bioética (DADALTO, 2013a). Ainda, em outros países, como Áustria,

Hungria, Porto Rico, e na União Europeia, a temática também foi um desígnio de legislação.

Atualmente, as argumentações alusivas ao TV e às DAV, tornam-se substanciais a fim de conceder aos pacientes o exercício da autonomia, e, aos profissionais da saúde e familiares, subsídios sobre os desejos em situações difíceis, excetuando-os da responsabilidade em decidir sobre condutas que, talvez, não fossem de encontro com reais desejos e vontades dos pacientes (COGO; LUNARDI, 2018).

A tabela a seguir (TABELA 1), tem com o intuito de proporcionar uma melhor apreensão da linha do tempo em que as leis sobre as DAV foram aprovadas ao longo dos anos e, assim, traçar um paralelo a posteriori, com a legislação no Brasil.

Tabela 1 - Legislações acerca das DAV: um panorama mundial

País	Legislação	Capacidade	Forma	Testemunha	Revogação	Mandato Duradouro
Brasil	Resolução 1995/2012 do CFM	Maior de idade e considerada capaz	Escrita	Não há previsão legal	A qualquer momento	Há previsão legal de nomeação de procurador
Estados Unidos	<i>Patient Self-Determination Act</i> (PSDA)/1990	Maior de idade e considerada capaz	Escrita devendo ser renovada a cada cinco anos	Duas testemunhas para conferir validade ao ato	A qualquer momento, independente de forma, sem a necessidade de justificativa	Há previsão legal de nomeação de procurador
Espanha	Lei nº 41/2002 e Decreto nº 124/2007	Pessoa maior e capaz. Menores de idade não podem elaborar o documento	Escrita, podendo ser de caráter público ou privado	Três testemunhas para validade de instrumento privado	A qualquer momento	Há previsão legal de nomeação de procurador
Holanda	<i>Act on the medical treatment contract</i> de 1º de abril de 1995	Maiores de 12 anos têm permissão para manifestar oposição a condutas terapêuticas	Escrita	Não há previsão legal	A qualquer momento	Há previsão legal de nomeação de procurador

Bélgica	Lei de 28 de maio de 2002	Pessoa maior e capaz. O menor deve ter suas vontades reveladas por um representante legal	Escrita devendo ser renovada a cada cinco anos	Duas testemunhas para conferir validade ao ato	A qualquer momento, antes do prazo de cinco anos	Há previsão legal de nomeação de procurador
Portugal	Lei nº 25/2012	Maior de idade e considerada capaz	Escrita devendo ser renovada a cada cinco anos	Deve ser assinado presencialmente perante funcionário devidamente habilitado do Registo Nacional do Testamento Vital ou notário	A qualquer momento	Há previsão, podendo ser nomeado capazes, maiores de idade que não se encontrem interditas ou inabilitadas por anomalia psíquica
Itália	Código de Ética Médica e Constituição Federal	Maior de idade e considerada capaz Pessoa maior e capaz	Escrita, com caráter público	Não há previsão legal	A qualquer momento	Por meio de decisões jurisprudenciais, podem ser nomeados procuradores, sendo pessoa maior e com discernimento

França	Lei nº 2016-87	Maior de idade considerado capaz e incapaz (com autorização judicial)	Escrita. Dois modelos: um para pessoas saudáveis; outro para pessoas com doença grave e em fim de vida	Não há previsão legal	A qualquer momento	Há previsão, podendo ser nomeado pessoa maior e com discernimento
Uruguai	Lei nº 18.473/2009	Maior de idade e com discernimento	Escrita	Duas testemunhas	A qualquer momento e por qualquer meio	Há previsão, podendo ser nomeado pessoa maior e com discernimento
Argentina	Lei nº 26.529/2009	Maior de idade e com discernimento	Escrita	Não há previsão legal	A qualquer momento, inclusive de forma não explícita verbalmente	Há previsão podendo ser nomeado pessoa maior e com discernimento inclusive ex-cônjuge ou ex-companheiro

FONTE: (CORRÊA; CARVALHO, 2016, p.22-24)

Com a chegada da medicina moderna, foi necessário normatizar e padronizar as ações dos profissionais, assim como feito em 1977, principalmente, porque ao lidarmos com seres humanos, a interpretação de cada caso ou contexto é analisada conforme a moral, valores e preceitos éticos de cada profissional. Por tratar de um assunto contemporâneo no Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 31 de agosto de 2012, aprovou a primeira regulamentação que desvelou sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade, sendo esta a Resolução 1.995 (CFM, 2012) que atesta a vontade do paciente em processo de fim de vida sobre as condutas e terapêuticas médicas, da nomeação de um emissor para tal fim, além do dever do médico em cumprir os desejos desse paciente (DADALTO; GRECO; TUPINAMBÁS, 2013).

A Resolução 1.995/2012, além de reger as DAV no Brasil, prediz acerca da necessidade de disciplinar e padronizar a conduta médica diante de tal situação; a importância da autonomia do paciente na relação médico-paciente; o equilíbrio entre a beneficência e a não maleficência, ou seja, augura a não utilização de recursos tecnológicos frívolos que apenas podem promover maior sofrimento (BRASIL, 2012).

Ademais, a resolução conceitua as DAV em âmbito nacional, como sendo: “conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber quando estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade”. (BRASIL, 2012, p. 01).

A resolução não especifica que as DAV serão aplicadas, unicamente, a pacientes em fim de vida, mas sim a qualquer paciente que se encontre impossibilitado de manifestar suas vontades, garantindo que os tratamentos prescritos não prolonguem futilmente a vida do paciente, promovendo dor e sofrimento (DADALTO, 2013a). Segundo o CFM (2012), esta medida se justifica devido ao avanço tecnológico, que viabiliza uma tomada de decisão, muitas vezes, desapropriada, e que essa poderia ter sido recusada se o paciente manifestasse seus desejos de forma antecipada.

Diante disso, a resolução elucida que o médico deve levar em consideração a DAV para a sua tomada de decisão diante do caso apresentado, caso o paciente esteja incapaz de expor suas vontades de maneira independente e livre, bem como a voz de algum representante que o paciente tenha nomeado para tal (CFM, 2012). Para Bussinguer e Barcellos (2013), isso esclarece a cultura que o médico é quem possui todo o poder, dando assim vez e voz ao paciente, para que este saia de uma posição submissa, resignada e se empodere de sua vida, podendo manifestar-se de forma autônoma acerca das terapêuticas e procedimentos a serem realizados.

Os autores também esclarecem que, neste contexto, o médico torna-se societário do paciente e da família, esclarecendo-os e instrumentalizando-os para uma decisão muito complexa, sendo esta acerca de sua própria morte. A argumentação de que a atuação do médico é secundária à vontade do paciente não quer dizer que esse seja dispensável à terapêutica, pois detém o conhecimento científico, do qual o paciente não dispõe. O médico é parte de suma importância para o tratamento, no entanto, o veredito final de até onde o tratamento deve seguir, quem dá, é o paciente (BUSSINGUER, BARCELLOS, 2013).

É importante salientar que, a Resolução 1.995/2012, dispõe especificamente sobre incumbências médicas, não podendo transportá-las para um panorama nacional ou até mesmo para outros profissionais da saúde. Faz-se necessário regulamentar as DAV por lei, pois o CFM não possui competência legal para regulamentar pontos importantes e necessários (DADALTO, 2013).

Um dos aspectos legais e questionamento importante de ser discutido é **“Quais sujeitos podem fazer diretivas antecipadas?”** De acordo com a literatura, para efetivar as DAV é preciso que o indivíduo tenha a maior idade, ou seja, tenha 18 anos ou mais, porém, no concreto, o primordial é o discernimento do outorgante, tendo em vista que essa percepção pode ser classificada de duas formas: a capacidade de direito e a de fato. A capacidade de direito, refere-se aos direitos e deveres que constam nas leis nacionais, já a capacidade de fato, é o exercício de tais leis, ou seja, a primeira é inerente ao ser humano conforme elucida art. 1º do Código Civil de 2002 (BRASIL, 2002), já a segunda depende da capacidade de compreensão de tais leis. Por isso, a escolha da maior idade, dessa forma, (pré)julga-se que o sujeito tem circunspeção suficiente para formular e manifestar uma vontade válida (RODRIGUES, 2005). Outro questionamento, de cunho advocatício, válido para as DAV é **“Como se dá as especificações dos tratamentos que podem ser aceitos ou recusados?”** Se tem por conhecimento que no testamento vital, o paciente pode definir diretamente as condutas em saúde que deseja ou não para si. Podem ser eles, procedimentos como ressuscitação cardiopulmonar, ventilação mecânica, medicamentos, tubos de alimentação, nutrição artificial, diálise e fluidos intravenosos (THOMPSON, 2015, p. 868).

O simples fato de poder recusar as condutas terapêuticas não é suficiente sob o ponto de vista das instituições/profissionais de saúde. Sabe-se que existem pontos delicados sobre a classificação de certos tratamentos ou condutas dentro dos cuidados paliativos ou, até mesmo, nos tratamentos considerados extraordinários, sobretudo, no que diz respeito a interrupção de hidratação e nutrição (DADALTO, 2013).

Diante do exposto, faz-se necessário aclarar sobre os quatro princípios que sustentam os cuidados paliativos para, posteriormente, fazer um contraponto com os tratamentos extraordinários. O primeiro é o do equilíbrio terapêutico, que diz respeito a um dever moral de se implementar condutas terapêuticas que tenham proporção entre os meios empregados e o resultado prognosticável; o segundo, é o do duplo efeito, que dispõe acerca da obrigação de se verificar a razão adequada entre os tratamentos que tenham duplo efeito; o terceiro, trata-se da prevenção, no qual se deve antever as possíveis complicações e sintomas que são esperadas para cada doença; o quarto, e último, trata-se não abandono e do tratamento da dor, onde o médico não pode abandonar o paciente, salvo em casos de objeção de consciência, e deve fazer o controle a dor (DADALTO, 2013).

Assim, qualquer tratamento ou procedimento que ultrapasse o limiar desses princípios pode ser considerado extraordinário e, destarte, passível de ser recusado pelo paciente, até mesmo a hidratação e nutrição, pois de acordo com Gavicagogeascoa (2003) e Campos (2003), que em casos de fim de vida o organismo do paciente não absorve mais nutrientes e a nutrição e hidratação podem, até mesmo, causar desconforto e danos renais. À vista disso, é imperioso que novas resoluções e, até mesmo uma legislação federal, aclarem esses impasses.

Também, há outra questão que precisa ser esclarecida **“É obrigatório o registro em cartório de notas e criação de Registro Nacional?”** O CFM, como órgão de classe, não tem jurisdição para determinar que as DAV sejam registradas de forma obrigatória em cartório. Porém, tal formalidade é necessária para garantir que o seu desejo será cumprido. Ou seja, a lavratura de documento público das diretivas garante a segurança jurídica (DADALTO, 2013).

Em relação ao registro, outro ponto a ser ressaltado, é que a autora sobrescrita, criou no ano de 2018 o Registro Nacional de Testamento Vital (RENTEV), que almeja ser o primeiro – e maior – banco de dados de testamentos vitais no Brasil, com a premissa de viabilizar a realização de testamentos vitais, em âmbito nacional, bem como centralizar estes documentos. Em função disso, a enfermagem, como profissão que dispense mais tempo ao lado do paciente e sua família, precisa deter o conhecimento acerca dos direitos deste paciente, para que o mesmo seja instrumentalizado e, por conseguinte, consiga exercer a sua autonomia, tomando a decisão que melhor lhe convém. Além disso, esta ação está prevista no código de ética da nossa profissão. Segundo o Art. 18, a enfermagem deve “respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar.” (COFEN, 2007). Ainda, como forma de subsidiar e respaldar a enfermagem frente as DAV, o nosso novo Código de Ética, traz em parágrafo único “Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e

tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades.” (COFEN, 2017, p.06).

Ainda, a Resolução 1.995 estabelece que as DAV vão se sobrepor a qualquer laudo médico, justapondo-se também à opinião dos familiares (CFM, 2012). Isto é, tal Resolução está inclinada ao princípio da autonomia do paciente, sendo que este é o principal ator e responsável de sua vida e destino. Caso haja conflito familiar acerca da decisão do paciente e, ele estiver impossibilitado de se manifestar, preponderará a sua decisão antecipada. Este fato, pode-se tornar conflituoso, caso o médico não consiga contornar as discrepâncias de opiniões entre os familiares (BUSSINGER, BARCELLOS, 2013).

Partindo desse pressuposto, recomenda-se que o médico registre, no prontuário, as DAV que lhe forem diretamente comunicadas pelo paciente (CFM, 2012). Nesse sentido, um aspecto importante se refere ao fato que o simples registro no prontuário do paciente, feito pelo médico que o assiste, deve ser considerado para efeitos legais, já que esse, em razão da natureza de sua profissão, possui fé pública, não lhe sendo exigida, inclusive, a presença ou assinatura de testemunhas. É necessário, que se deixe claramente registrado, que o indivíduo se encontra lúcido, orientado e plenamente consciente das decisões que toma e dos seus possíveis desdobramentos (BUSSINGUER; BARCELLOS, 2013).

Dessa maneira, não há, obrigatoriamente, a exigência de um documento escrito e registrado em cartório para que tenham validade as manifestações do paciente (BUSSINGUER; BARCELLOS, 2013). Sendo assim, o registro por parte do profissional enfermeiro também deve acontecer, sendo que este ato é nossa responsabilidade e dever conforme o art. 25, sendo: “registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.” (COFEN, 2007).

Não raramente, a equipe não define facilmente as diretivas do paciente. Há casos em que o paciente já está em fase de fim de vida, mas a equipe não o diagnostica como tal. Além disso, por vezes, não há representante ou familiares disponíveis, ou há falta de unanimidade entre as partes envolvidas. Nesses casos, o médico poderá recorrer ao Comitê de Bioética da instituição, caso a instituição não o possua, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para embasar seu parecer acerca dos conflitos éticos, quando interpretar tal medida como imprescindível e congruente (CFM, 2012).

Diante dessa premissa, é notável o avanço que se teve nas discussões acerca das diretivas antecipadas no Brasil. Portanto, isso ainda se dá de forma pontual, ou seja, no âmbito médico e dos demais profissionais de saúde que estudam o tema. De tal modo, é necessário considerar que a Resolução não esgota o tema; diferentemente, demonstra a necessidade de legislação

específica sobre as DAV, a fim de regulamentar questões como a exemplificação de cuidados e tratamentos que podem, ou não, ser recusados pelo paciente ou familiar, a criação de critérios para sua aceitação e/ou recusa, registro das diretivas antecipadas e a extensão da participação do médico na sua realização (DADALTOb, 2013).

3.3 (INTER)RELAÇÕES ENTRE OS PROFISSIONAIS, PACIENTE E FAMÍLIA E O PROCESSO DE CUIDAR DIANTE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Face a face com a incompressibilidade e subjetividade das DAV, ressalta-se a importância de pesquisas que tragam a oportunidade de refletir acerca da assistência ao paciente e família que vivenciam o processo de fim de vida, bem como, as adversidades enfrentadas pelos profissionais de saúde, destacando a atuação do enfermeiro, enquanto gerente do cuidado nas diversas fases da vida, com o objetivo de que esse processo ocorra de forma humanizada e integral.

Dessa forma, evidenciar a habilidade ética do enfermeiro, compreende promover uma competência reflexiva e voltada para os elementos socioemocionais do cuidado, ou seja, auxiliar os pacientes e suas famílias a compreender o que esperar dos cuidados de saúde prestados, fomentar uma cultura de escuta e de comunicação aberta com pacientes e familiares, resistir ao estresse e aos indivíduos estressados, prestar um cuidado personalizado para cada paciente e família. Essa competência vem sendo exigida dos profissionais, que as questões técnicas e científicas são de difícil compreensão, na maioria das vezes, tanto pelo paciente, quanto pelo familiar, portanto, é necessária uma comunicação clara entre o profissional enfermeiro e demais atores do processo (GILL; LESLIE; GRECH; LATOUR, 2013).

Dessarte, é necessário o fomento do desenvolvimento moral dos enfermeiros, instrumentalizando-os para tomada de decisões, principalmente, em práticas clínicas que exijam a defesa de seus pacientes, como é o caso da DAV. Ampliando as habilidades de relacionamento interpessoal, com o intuito de entenderem seus pacientes, familiares, colegas de trabalho, gerentes, e tomarem a melhor decisão em prol do paciente (TRAPANI, 2014). O planejamento dos cuidados e a construção das DAV devem ser mediadas por um profissional de saúde que considere os aspectos psicossociais e clínicos do paciente justapondo as condutas terapêuticas às reais necessidades desejos e preocupações (JOHNSON, et. al., 2015).

Ainda, é imprescindível, incluir os familiares no cuidado para a integralidade do mesmo e a valorização da necessidade de alívio dos sofrimentos psicológicos e espirituais presentes no processo de finitude. Por isso, cabe ao enfermeiro priorizar as preocupações e anseios da família durante a assistência a fim de prepará-los para aceitar as decisões do paciente (CHAN; LEE; CHAN, 2013). Neste sentido, enfermeiros de um hospital destacaram a importância da inclusão dos familiares nas tomadas de decisões, sempre que possível, almejando satisfazer as necessidades da família e, principalmente, do paciente (BLOOMER; MORPHET; O'CONNOR; LEE; GRIFFITHS, 2013).

Diante do sobredito, é importante ressaltar, que as DAV são um documento inconcluso que, em qualquer ocasião, pode ser (re)definido conforme a vontade da pessoa. Os aspectos podem ser moldados de acordo com a percepção e conceitos de cada um, também sendo suscetíveis a alterações, corroborando com a relevância de (re)organização das DAV, para que elas cheguem ao encontro com a realidade contextual do paciente (NEVES, 2013).

Outro fator importante a ser destacado acerca das (inter)relações entre profissional-paciente-família, é a segurança no exercício da profissão. Segundo estudo realizado com acadêmicos de enfermagem da região sul do Brasil, com o intuito de apreender a percepção de estudantes de enfermagem acerca do protagonismo do enfermeiro, em relação às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). Os acadêmicos demonstram que ao possuir segurança quanto aos passos a serem seguidos na adoção das DAV, a partir do momento de revelação dos desejos do paciente, o profissional tem condições de atuar em prol da concretização das DAV. Também é importante que a conduta do enfermeiro esteja em consonância com o respaldo legal no que se refere às DAV, pois o desejo do paciente pode modificar-se no processo da doença e o enfermeiro deve contar com respaldo para exercer sua profissão, respeitando as diretivas indicadas pelo enfermo. (GODINHO; BARLEM; TOMASCHEWSK-BARLEM; ROCHA; COGO; DALMOLIN, 2020)

Sendo assim, preparar as DAV ponderando acerca do estado de fim de vida é estar associado ao acaso, de acordo com o obstáculo que é designar o que é “estar em fase de fim de vida”. Entretanto, o objetivo usual dos testamentos vitais é impedir que os pacientes fossem submetidos a condutas/procedimentos que não autorizem e também resguardar os pacientes de que sejam acondicionados a uma situação debilitada e incapacitada, sem similaridade com sua vida anterior (HOLLAND,2008).

O estudo de Kamijo, De Lima e Bonamigo (2016) demonstra que o impasse basal na efetiva aplicação das DAV está em uma cultura negacionista acerca da auto responsabilização e, também, ao inconsistente conhecimento dos profissionais e de pacientes sobre tal documento. Em síntese, as DAV quanto devidamente elucidadas tanto, durante a vida sadia quanto, em momentos de fim de vida, viabilizam e norteiam as ações dos profissionais em relação as condutas terapêuticas, o que se torna essencial para circunscrever o caminho a ser seguido.

É necessário refletir sobre a importância das (inter)relações entre profissional, paciente e família frente as DAV, pois frequentemente, a efetivação do documento diminui os gastos públicos, na saúde, e poupa esforços aos profissionais quanto ao desgaste físico e emocional. A implementação das DAV é, bem aceita tanto por profissionais da saúde quanto por pacientes e

seus familiares, já que respeita não somente a moral do paciente, mas também facilita a decisão médica no tratamento (KAMIJO; DE LIMA; BONAMIGO, 2016)

Quando ocorrerem as discussões sobre as DAV, há uma tendência a influenciar sua legitimidade e aceitação. Os profissionais, ao iniciarem as discussões sobre as DAV, precisam estar atentos às respostas aos sinais que transpareçam o desconforto do paciente. É preferível que tal assunto seja mencionado ao longo de certo número de encontros, conduzidos por um profissional devidamente instrumentalizado, dispendido de tempo e de pré-julgamentos para sanar os questionamentos que possam ser levantados, e com ciência e capacidades para responder às perguntas, harmonizando o paciente com o assunto e evitando destruir sua esperança (BARNES et al, 2007).

Caso o paciente recuse as DAV, isto não deve ser foco de uma conversa ampliada sobre o fim de vida. Se o paciente tomar uma decisão antecipada de abdicar das terapêuticas, cabe lhe dar a chance de uma nova discussão futura, caso ele mude de opinião (BARNES et al, 2007). Os principais benefícios e estímulos para a tríade profissional- paciente-família, ao realizar as DAV, estão correlatos ao desenvolvimento de sua autonomia, permeando vários aspectos como a motivação e empoderamento do paciente, o que facilita vínculo e comunicação do paciente e família, bem como paciente e equipe de saúde, o que atenua os medos relacionados ao processo de morte/morrer e permite que seus desejos sejam garantidos e respeitados. (JOHNSTON, PFEIFER, MCNUTT, 1995; KLINKENBERG; et al., 2004; PAUTEX; HERRMANN; ZULIAN, 2008).

Um dos empecilhos mais percebidos é em relação à comunicação dessas notícias difíceis diante do paciente em fim de vida. Um estudo realizado com 12 enfermeiros de um hospital público, referência do Estado da Bahia para ações de controle do câncer, com o objetivo de conhecer a comunicação, propriamente dita, dessa enfermeira diante do paciente fora de possibilidade de cura mostrou, que a profissão de enfermagem ainda precisa se conscientizar e ir em busca de mais conhecimento acerca da complexidade e questões que abarcam a morte, como: explorar os conceitos de fim de vida, saber se comunicar de forma verbal e não verbal da melhor forma possível diante de tal paciente, identificar qual a etapa em que se encontra o paciente para poder abordá-lo da melhor forma possível, minimizando as dores físicas e psíquicas que permeiam este contexto (RODRIGUES, FERREIRA, MENEZES, 2010)

Ainda discorrendo sobre comunicação entre profissionais e pacientes, um estudo realizado em Madrid, que propôs demonstrar estratégias de como os profissionais médicos e enfermeiros educam seus pacientes para as DAV, demonstra que, uma grande maioria de profissionais (83%) consideram a criação de DAV e a sua implementação importante, porém,

apenas 16% informaram seus pacientes sobre eles. E, curiosamente, os principais motivos citados para essa discrepância são a falta de entendimento de responsabilidade por fazê-lo (muitos não consideram como parte de sua atribuição), ausência de tempo para fazê-lo e, também, conhecimento inadequado das DAV. (PÉREZ; HERREROS ; MARTÍN ; MOLINA; KANOZI; VELASCO, 2017).

O próprio artigo traz algumas estratégias para esse resultado que é a necessidade de avançar na educação continuada e treinamento sobre a forma e função das DAV e aumento de oportunidades durante a rotina de trabalho e da prática clínica para aprimorar as discussões da DAV com/sobre os pacientes. (PÉREZ; HERREROS ; MARTÍN ; MOLINA; KANOZI; VELASCO, 2017).

Quando se trata dos cuidadores e familiares, uma pesquisa realizada na Coreia do Sul, com 1289 cuidadores familiares, constatou-se que 92,9 % aprovam implantação das DAV, tendo como algo de suma importância (KEAM et al, 2013). Já um estudo realizado apenas com médicos, que aconteceu com a participação de 303 oncologistas na Coreia do Sul, em relação às práticas das DAV, destacou que 96,7% dos especialistas apoiam a indispensabilidade do preenchimento das DAV (KEAM et al, 2013). Estes dados elucidam o que foi falado anteriormente em relação aos benefícios das DAV, sendo que o seu preenchimento resulta em vantagens ao paciente e aos envolvidos nesse contexto.

Outro estudo, desta vez canadense, com pacientes terminais com amostra que de 800 pacientes com idade maior de 18 anos, 19,7% já tinham redigido anteriormente suas diretivas e 43,8% já haviam conversado com seus médicos acerca das diretivas (O'SULLIVAN et al., 2015). Tais dados demonstram que algumas populações já possuem mais informações acerca das DAV, também por influência e conhecimentos dos profissionais em falar sobre o assunto.

Reforçando a importância do (re)conhecimento das DAV ante a população, um artigo produzido por uma enfermeira emergencista de um hospital em Washington, cujo objetivo é elucidar o leitor acerca dos diferentes documentos existentes nos EUA, traz de forma muito dinâmica e clara como iniciar essa abordagem com o paciente, ou seja, como estreitar o vínculo a fim de iniciar uma conversa para que o mesmo reflita sobre os seus desejos de fim de vida. (KELLOG, 2017).

TABELA 2 - Exemplo de como iniciar uma conversa sobre desejos em fim de vida

Enfermeira: Eu percebi que o médico já veio conversar com você. Você tem alguma dúvida sobre a avaliação ou plano de cuidados do médico?

Paciente: O médico acabou de me perguntar sobre meus desejos de fim de vida, incluindo algo sobre ordem de não ressuscite ou diretiva antecipada. Por que o médico está me fazendo essas perguntas? Estou tão doente?

Enfermeira: Quando o paciente está internado no hospital deve ter o que é chamado de status de código registrado. Isso é vital para os profissionais de saúde conhecerem seus desejos de fim de vida, caso algo aconteça. Você preencheu diretivas antecipadas, como testamento vital, ou nomeou algum procurador de saúde?

Paciente: Não, não tenho. Meu procurador de saúde mencionou isso antes, mas nunca desenvolvi um. É quando eu decido se quero ou não RCP?

Enfermeira: Existem mais aspectos de uma diretiva antecipada do que apenas, a RCP. Outras intervenções médicas incluem nutrição artificial com um tubo de alimentação, se você não conseguir comer, um tubo para ajudá-lo a respirar, se necessário, e medicamentos específicos que você deseja ou não deseja receber. Além disso, ele designa, então, um interlocutor para tais desejos, caso, você esteja incapacitada de reivindicar suas vontades.

Paciente: Tenho apenas 50 anos e sou muito saudável para a minha idade. Pensei que as diretivas antecipadas eram necessárias apenas para as pessoas em cuidados paliativos.

Enfermeira: Diretivas antecipadas são recomendadas para maiores de 18 anos. Elas permitem que você comunique seus desejos de fim de vida, mesmo que uma situação com risco de vida não se apresente por muitos anos. Também, é fundamental que você converse com sua família sobre seus desejos em fim de vida, especialmente, a pessoa que você escolher como sua procuradora. Ao conversar com sua família sobre seus desejos de fim de vida, não apenas sua família poderá segui-los, mas você reduzirá o estresse de sua família relacionado à tomada de decisões difíceis no final da vida.

Paciente: Pensei nos meus desejos de fim de vida quando minha avó faleceu, mas me sinto desconfortável ao discutir a morte com minha família.

Enfermeira: Pode ser uma conversa muito difícil e, geralmente, é uma conversa em andamento. O primeiro passo é começar a pensar em seus desejos. Você sempre pode mudar de ideia e corrigir seus documentos, posteriormente. Considere se existem tratamentos que você talvez não queira receber. Existem circunstâncias em que você acredita que o tratamento que prolonga a vida não seria desejável? Depois de pensar sobre o assunto, sente-se com sua família em um ambiente calmo e converse sobre seus desejos.

Paciente: Eu tenho muito em que pensar. Obrigado por discutir isso comigo. Vou pensar neste tópico e conversar com minha família sobre meus desejos de fim de vida.

FONTE: KELLOGG, 2017, p.4.

Em âmbito nacional, há uma escassez de estudos que envolvam as DAV, pacientes e familiares diante de sua implantação. Um estudo com 110 pacientes e 114 acompanhantes considerou que os participantes tinham pouco conhecimento acerca do termo “Testamento Vital”, sendo a média 0,13 pontos (tendo como referência utilizada 0 a 10). Ao explicar o termo, a intenção de preenchimento de DAV aumentou para 9,56. Percebeu-se que a intenção de preenchimento se apresenta menor entre os participantes de faixa etária entre 21 e 30 anos (CAMPOS; et al., 2012).

Já com relação à implantação do Testamento Vital no Brasil, a média de aceitação, entre os pacientes, foi de 9,56. Em relação ao tempo de adoecimento e a preferência pela decisão, foi observado que pacientes com mais tempo de doença apresentaram maior vontade de decidir

sobre sua saúde (CAMPOS; et al., 2012). Na verdade, conforme Holland (2008), o que as DAV trazem à tona é que a enfermidade e mesmo o morrer não devem ficar nas mãos, somente, dos profissionais da saúde, reduzindo o paciente a um incapaz, alheio às decisões tomadas a seu respeito: o protagonismo do homem sobre sua vida se estende agora ao momento de sua enfermidade e sua morte.

Dessa forma, os enfermeiros, tem as ferramentas necessárias para poder melhorar os cuidados de fim de vida e, também, advogar por seus pacientes, instrumentalizando-os a acerca dos seus próprios cuidados, conforme suas vontades, por meio dos documentos existentes. As DAV asseguram que a assistência prestada esteja alinhada às crenças e as prioridades culturais, religiosas e pessoais do paciente. (KELLOGG, 2017).

Ao realizar educação em saúde acerca das DAV com os pacientes, promovendo uma maior compreensão sobre o planejamento dos cuidados desejados, os enfermeiros podem manter a autonomia e a dignidade do paciente e, finalmente, melhorar o atendimento no período fim de vida. (KELLOGG, 2017).

Por mais que muitos pontos venham sendo esclarecidos, ainda restam mais questionamentos do que respostas: Quais profissionais devem colocar as DAV em prática? De que forma? Se deve priorizar algum paciente para realização das DAV? Como deve ser feita a instrumentalização destes profissionais? A população tem conhecimento acerca das DAV? Como deve se dar tal educação em saúde? Quais as ferramentas necessárias para isso?

3.4 DECISÕES AUTÔNOMAS DO PACIENTE E A PROMOÇÃO DE AUTONOMIA FRENTE AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Na medicina, constituiu-se uma alteridade nas relações entre profissionais da saúde (detentor de conhecimento) e pacientes (portador de enfermidade) mas, no transcorrer dos séculos XX e XXI, esta relação vem sofrendo modificações. (LIMA; REGO; SIQUEIRA-BATISTA, 2015). O indivíduo enfermo tem deixado de ser mero paciente, objeto do cuidado, para se apropriar de um papel mais ativo na (inter)relação com o profissional de saúde no que tange às deliberações sobre os procedimentos, intervenções e condutas terapêuticas prescritas. Essa nova configuração revela que o desenvolvimento da autonomia do paciente, contudo é essencial que não signifique substituição da responsabilidade da decisão, mas sim, exercício de escuta e de (re)conhecimento do outro. (REGO, 2009). À vista disso, faz-se cada vez mais imperativo inserir o paciente no cerne desse processo, legitimando a dignidade e autonomia de suas escolhas (KOVÁCS, 2014).

Para Beauchamp e Childress (2002, p. 137), a palavra autonomia significa, o “autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo”. Sendo assim, as manifestações das vontades autonomamente, prévias a um período de incapacidade, devem ser respeitadas e imprescindíveis após se tornar incapaz. Respeitar o paciente autônomo é, no mínimo, identificar o seu direito acerca de opiniões próprias, escolhas e ações com fundamento em seus valores e crenças. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Ainda, a autonomia se refere à liberdade individual, ao domínio de si e a habilidade de fazer com que o próprio interesse seja considerado. Representa o direito de escolher de acordo com as próprias concepções no que concerne das questões que afetam o ser e a vida, dos pacientes e familiares, nos aspectos físicos, psíquicos e sociais (ZOBOLI; SARTORIO, 2006). Quando o indivíduo se encontra com alguma enfermidade, a autonomia viabiliza que o paciente sinalize as condutas terapêuticas e a reestruturação do seu estilo de vida (VASCONCELOS; COSTA; LOPES; ABRÃO; BATISTA; OLIVEIRA, 2013). Esse reconhecimento de que o paciente pode ter seus desejos respeitados, sobretudo, em circunstâncias em que a morte se encontra de forma iminente, torna-se evidente a importância do exercício da autonomia (ARAÚJO; SILVA, 2017)

Em âmbito nacional, a legislação, com base no Código Civil (BRASIL, 2002), considera o respeito à autonomia do paciente, de acordo com art. 13, “salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes”.

Outrossim, o Ministério da Saúde (MS) editou a Portaria n. 675/GM (Gabinete do Ministro) de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006), que aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, elucida-se nela o direito do indivíduo a abdicar de procedimentos com fins diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, e ainda, anular ou retratar, em qualquer momento, as recusas anteriores. E, também, há a possibilidade de elencar um representante legal, para designar, no futuro, as decisões conforme sua vontade, em casos, de incapacidade para exercer sua autonomia.

Outro documento que clarifica o direito a autonomia é a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, e em seu Artigo 5º, transparece que “a autonomia das pessoas deve ser respeitada, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos que não são capazes de exercer autonomia” (DECLARAÇÃO UNIVERSAL

SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS, 2010, p. 480). Dessa forma, as DAV vão de encontro ao exercício do direito fundamental à liberdade, visto que é a oportunidade que o indivíduo tem para a tomada de decisões pessoais, isentas de influências externas, sejam elas dos profissionais de saúde, da família ou de qualquer pessoa ou instituição que pretenda instituir sua própria vontade (DADALTO, 2013c).

Ainda, quando se fala de uma ação autônoma, a mesma não exige plena compreensão ou ausência de influência, porque geralmente, as decisões são persuadidas pelos desejos pessoais, imposições familiares, deveres legais e pressões institucionais. A autonomia está correlacionada à competência de aceitar racionalmente, afeiçoar-se com ou de rejeitar uma vontade ou preferência fundamentada na compreensão da informação impressa que permite fazer um julgamento, visando um resultado e noticiando livremente sua vontade. Dessa forma, é imprescindível prestar atenção na forma como se compartilha as informações, para que não se adultere a percepção e a reação do paciente, reverberando de forma contraditória para a tomada de decisão do paciente. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002)

Nesse ínterim, é preciso salientar que em alguns casos os pacientes não querem receber as informações, repassando a autoridade de decisão, por confiar irrestritamente, nos médicos e demais profissionais da saúde. No entanto, é pertinente encorajar o paciente a refletir acerca de suas opiniões ou processar as informações compartilhadas sob outra perspectiva, diminuindo conclusões equivocadas, ainda que, eventualmente, evidenciem (des)conhecimento e não compreendam os esclarecimentos para avaliar sua importância de modo satisfatório para tomar decisões sobre as condutas terapêuticas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

E, partindo dessa perspectiva, é nesse momento que podem surgir os conflitos na promoção de autonomia, no contexto médico. Pois, quando o paciente se mostra dependente de uma posição ou decisão acerca de condutas terapêuticas, pode haver uma tendência a perpetuar ou fomentar tal pensamento, por parte profissional, ao invés de instigar um pensamento autônomo. O cumprimento da obrigação de respeitar a autonomia do paciente, entretanto, requer habilitá-lo para superar seu senso de dependência e obter o maior controle possível ou o controle que deseje (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Ainda, a harmonia entre o princípio da autonomia e os demais preceitos bioéticos seria a solução para esclarecer o processo de tomada de decisão. Porém, é importante salientar, que o processo decisório dos pacientes e a vontade de realizar ou não determinada conduta terapêutica, pode variar e ser sugestionado conforme o meio cultural, social e familiar no qual se encontram, pelas relações paciente-profissional e pela constituição de um ambiente acolhedor. (MEDEIROS; MEIRA; FRAGA; SOBRINHO; ROSA; SILVA, 2020).

Dentro deste contexto, a defesa dos pacientes é uma dimensão elementar no cuidado da enfermagem. O vínculo estabelecido entre esses profissionais de saúde e pacientes, levando em conta o tempo dispendido, bem como, a tenacidade dos cuidados, propicia a escuta e o respeito à autonomia dos pacientes, permitindo ao enfermeiro o papel de defensor da saúde, do cuidado (BARLEM; LUNARDI; LUNARDI; TOMASCHEWSKI-BARLEM; SILVA DA SILVEIRA, 2013). Além disso, sob a perspectiva das DAV, sendo essa uma promotora de autonomia e cuidado, ao ser defensor da saúde do paciente, ele também, defensor das manifestações de vontade deste paciente.

Sob a ótica do vínculo, a proteção dos direitos do paciente pelo profissional enfermeiro, também, acontece por meio dessa uma interação Enfermeiro – Paciente/Família, respeitando os valores, a ética, a moral e a cultura da outra parte. (CYPRESS, 2011; TODA, 2015). Por esse ângulo, o enfermeiro deve diligenciar com o paciente e familiares, atendendo e respeitando seu bem-estar, sua privacidade, confidencialidade, orientando em questões éticas, como o mandato de não ressuscitação e as diretivas antecipadas de vontade, compartilhando com o paciente e família sobre a condição de saúde, procedimentos e condutas terapêuticas, coadjuvando na sua tomada de decisão, garantindo, portanto, que suas decisões e vontades sejam escutados e realizados. (CYPRESS, 2011; ARBOUR, 2014)

Na advocacia do paciente o enfermeiro deve entender a comunicação como ferramenta essencial, pois a comunicação clara e efetiva com paciente e familiares e equipe de saúde contribui, fundamentalmente, para a tomada da melhor decisão frente a problemas éticos vivenciados nas instituições de saúde. Sendo assim, ao ponderar o que é melhor para o paciente, com base nos desejos anteriormente ditos, o enfermeiro deve sempre cooperar, entusiasmar e debater acerca das condutas terapêuticas, cuidados, orientações e decisões de outros profissionais, também orientando paciente e familiares sobre a melhor decisão a ser tomada. (CYPRESS, 2011; BOROWSKA, 2012; ARBOUR, 2014; TRAPANI, 2014; GODINHO; BARLEM; TOMASCHEWSKI-BARLEM; ROCHA; COGO; DALMOLIN, 2020)

Outra ferramenta que merece destaque neste processo de autonomia do paciente, é a educação em saúde prestada pelo enfermeiro. Por meio desta, é possível orientar, esclarecer e discutir a respeito das dúvidas que surgem ao longo do processo de adoecimento, e, informar o paciente sobre os vários aspectos da doença que colabora para a melhor qualidade de vida, contribuindo também, para uma diminuição da ansiedade. (ARBOUR, 2014; EKLUND et al, 2014a; DA LUZ et al, 2015; WALKER, 2015)

Dentre as competências do enfermeiro, a educação é identificada pelos profissionais, pacientes e familiares como sendo de grande importância. A educação em saúde realizada

para

os pacientes e suas famílias é o produto do processo de interação e elo entre eles e o enfermeiro, traduzindo as informações de diversas formas conforme as necessidades do paciente/família, bem como, levando em conta o meio sociocultural, de seu estado emocional. Comumente, esse processo de educação em saúde, ocorre como resposta a inquietações demonstradas pela família e pelo paciente, e é mais efetiva quando compreendida como respeitosa e específica às individualidades daquele núcleo familiar. (ARBOUR, 2014; EKLUND et al, 2014a; DA LUZ et al, 2015; WALKER, 2015)

A autonomia e o empoderamento são vistos em algumas pesquisas (EKLUND et al, 2014; CHOI et al, 2014; COLE, 2014; GODINHO; BARLEM; TOMASCHEWSK-BARLEM;

ROCHA; COGO; DALMOLIN, 2020) como predicados essenciais de defesa do paciente por parte do enfermeiro. Este tem uma atribuição complexa, já que deve ter controle e se sentir seguro em sua profissão, a fim de defender os seus pacientes acerca de seus direitos e vontade, o que também reflete sobre a competência de enfermagem. Esta consciência de si, se justapõe à imagem do enfermeiro como profissional competente, autônomo e com caráter moral para tal atribuição e tomada de decisão.

Dentro das atribuições do enfermeiro no Brasil, a advocacia em saúde focada principalmente, na autonomia, não está devidamente alicerçada. Entretanto, de acordo com as particularidades da profissão com bases filosóficas e humanísticas, bem como, o delineamento profissional que se desenvolve ao longo da prática assistencial, os enfermeiros dispõem de diversas oportunidades e ferramentas metodológicas, como o Processo de Enfermagem, que auxilia na avaliação do paciente de forma individualizada, que reconhece diferentes respostas com o intuito de salvaguardar os direitos do mesmo, fornecendo as devidas informações e cuidados. (GASPAR; SILVA; ZEPEDA; SILVA, 2019).

3.5 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: UM ESTADO DA ARTE DO PROCESSO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA À PERCEPÇÃO PROFISSIONAL

Para compor tal capítulo foi realizada uma busca em uma Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), a fim de descobrir quais as produções existentes acerca das DAV, profissionais e estudantes de saúde. Assim, foram utilizados os descritores “Diretivas antecipadas ‘AND’ enfermagem”, para a busca na BIREME, aparecendo 680 produções. Ao filtrar para os últimos cinco anos e produções disponíveis com o texto completo, restaram 63 produções, dispostas entre as bases Medline, Lilacs e BDEFN- Enfermagem.

Além disso, foram realizadas outras três buscas nesta mesma biblioteca virtual. Os descritores utilizados foram: “Diretivas Antecipadas AND Estudantes de Medicina”, “Diretivas Antecipadas AND Estudantes de Enfermagem” e “Diretivas Antecipadas AND Estudantes de Psicologia”. Tal busca resultou em 10 artigos, dos últimos cinco anos. Assim, os artigos foram lidos e escolhidos conforme a relevância e proximidade com a temática aqui apresentada e serão exibidos a seguir:

Um estudo qualitativo realizado na Universidade de Zaragoza selecionou 299 acadêmicos, sendo eles de três faculdades de ciências (Enfermagem, Medicina e Química) e três faculdades de ciências sociais (Ensino, Direito, Filosofia). Em relação às DAV, 77,6% dos estudantes tinham conhecimento acerca do documento e 82,9% gostariam de construir tal documento, além de 87,3% que gostariam que o profissional médico dedicasse tempo para conversar a respeito (CUCALÓN-ARENAL; et al., 2014).

Pesquisa realizada apenas com estudantes de enfermagem na Universidade de Minnesota, com o objetivo de mensurar o efeito de preencher um formulário com a sua própria diretiva antecipada, realizada com 27 estudantes matriculados em uma disciplina de conclusão e 34 estudantes em pré-conclusão, devolveu um questionário que foi aplicado antes e depois dos estudantes completarem suas DAV. Tal pesquisa revela que após o preenchimento do próprio testamento vital, os estudantes possuem uma maior confiança em instrumentalizar e recomendar as DAV para os pacientes (HALL; GRANT, 2014).

Outro estudo realizado com estudantes de medicina, teve por objetivo descrever um novo sistema de assessoria eletrônica usando processamento de linguagem natural (PNL) para identificar duas competências em medicina geriátrica a partir de anotações clínicas de estudantes de medicina no prontuário eletrônico: diretivas antecipadas (AD) e estado mental

alterado (AMS). (DENNY; SPICKARD; SPELTZ; PORIER; ROSENSTIEL; POWERS, 2015).

As anotações clínicas de estudantes de medicina do terceiro ano foram processadas usando o sistema de prontuário com propósito geral de identificar conceitos biomédicos e seu contexto de seção. O sistema analisou essas notas por relevância para o AD² ou AMS³ e gerou alertas de e-mail personalizados para alunos com material de aprendizado suplementar incorporado e personalizado para suas notas. Dessa forma, os alunos receberam pré e pós testes de perguntas de múltipla escolha referentes a diretivas antecipadas de vontade e o estado mental alterado em idosos. (DENNY; SPICKARD; SPELTZ; PORIER; ROSENSTIEL; POWERS, 2015).

Dos 102 alunos abordados, 66 alunos consentiram e se inscreveram. O sistema enviou 393 alertas de e-mail para 54 alunos (82%), incluindo 270 para o AD e 123 para o AMS. A precisão foi de 100% para a AD e 93% para a AMS. O recall foi de 69% para o AD e 100% para o AMS. Os estudantes mencionaram ADs para 43 pacientes, com todas as menções ocorrendo após o primeiro ter recebido um lembrete de AD. Os alunos acessaram links educacionais 34 vezes a partir dos 393 alertas por e-mail. Não houve diferença nos escores dos testes pré (média de 62%) e pós (média de 60%). O uso de consultores eletrônicos como esses pode fornecer um modelo escalonável para avaliar elementos de competência específicos e oferecer oportunidades educacionais. (DENNY; SPICKARD; SPELTZ; PORIER; ROSENSTIEL; POWERS, 2015).

Ademais, outro estudo, com o objetivo de aferir a compreensão dos estudantes de medicina da Universidade do Estado do Pará (Uepa), acerca do testamento vital e das decisões envolvendo o final da vida, de cunho quali/quantitativo, descritivo e transversal entrevistaram 238 estudantes por meio de questionário com 10 questões. Foram incluídos os estudantes do 1º ao 8º semestre, e a pesquisa se deu durante o mês de setembro de 2013. (SILVA, J.A.C.; SOUZA, L.E.A.; COSTA, J.L.F.; MIRANDA, H.C., 2015).

Em relação ao instrumento, das 10 questões, quatro eram para classificar o entrevistado nos grupos pesquisados (idade, sexo, semestre atual do curso, religião), uma questão objetiva, sobre a atitude desse futuro profissional diante de um paciente em fase de fim de vida (distanásia, eutanásia ou ortotanásia) e uma questão aberta, na qual o entrevistado dissertou

² Segundo o protocolo utilizado no estudo AD (*Advance Directives*), sendo traduzido e correlacionado com a Diretiva Antecipada.

³ Segundo o protocolo utilizado no estudo SMA (*Altered Mental Status*), significa Estado Mental Alterado.

acerca do que entendia por “testamento vital”. Após essa questão, aos entrevistados foi fornecida uma definição de “testamento vital” e, em seguida, deveriam responder à 7ª questão, sobre a aceitação ou não do testamento vital de um paciente em fase final de vida. As três últimas questões indagavam sobre: a oportunidade de um contato prévio com o “testamento vital” durante a graduação (8ª); o conhecimento da existência da Resolução 1. 995 (9ª), e a origem desse conhecimento (10ª). (SILVA, J.A.C.; SOUZA, L.E.A.; COSTA, J.L.F.; MIRANDA, H.C., 2015).

Apenas 8% dos estudantes demonstraram ter uma noção clara sobre o real significado do termo “testamento vital”. Ainda assim, após ouvirem a definição das diretivas antecipadas de vontade fornecida pelos pesquisadores, 92% deles declararam que respeitariam o previsto no testamento vital. Dessa forma, conclui-se que, embora boa parte dos entrevistados tenha pouco entendimento sobre o tema “testamento vital”, a grande maioria posicionou-se a favor de sua aceitação. (SILVA, J.A.C.; SOUZA, L.E.A.; COSTA, J.L.F.; MIRANDA, H.C., 2015).

Um estudo realizado na escola de medicina Boonshoft School, em Ohio, submeteu 69 estudantes do quarto ano de graduação a um ano de capacitações com temática relacionadas a fim de vida, processo de morte e morrer, comunicação de notícias difíceis e sobre as DAV para os pacientes e seus respectivos familiares. Os resultados desse estudo demonstraram que todos os estudantes (100%) concordaram a respeito da importância de que haja capacitações referentes a essa temática, para saber como se portar diante das notícias difíceis e sua comunicação (PARIKH; et al., 2016).

No que se refere diretamente às DAV, 44% dos estudantes alegou ter retido conhecimento acerca da comunicação, por isso, tais estudantes percebem a importância de investir nessas habilidades e competências durante o processo de formação para que se transcendam às futuras práticas profissionais, no que tange os cuidados paliativos e os cuidados no fim da vida (PARIKH; et al., 2016).

Ainda, um estudo realizado em todo o território dos EUA, aplicado aos estudantes de medicina, teve por objetivo entender como se dá a preparação dos médicos para interpretar as Diretivas Antecipadas de Vontade. Tal pesquisa, foi aplicada via internet envolvendo a interpretação de testamentos vitais. A mesma apresentou um padrão de vida como um “stand-alone”, um padrão de vida com a adição de um cenário clínico emergente e, em seguida, variações que incluíram uma designação de status de código: (“Do Not Resuscitate (DNR)”, “Cuidado Completo” ou “Cuidados Conforto”). Para cada caso, os estudantes foram solicitados a atribuir um status de código e escolher intervenções com base na narrativa que lhes foi apresentada. (MIRARCHI, F.L.; RAY, M.; COONEY, T., 2016).

Quatrocentos e vinte e cinco alunos de escolas de medicina em todo o país responderam. A maioria indicou que recebeu algum tipo de treinamento antecipado e entendeu o conceito de status de código e o termo “DNR”. Baseado em um documento independente, 15% dos entrevistados indicaram corretamente “cuidado completo” como o status de código apropriado. A adição de um cenário clínico produziu uma melhoria insignificante. Quando uma designação de código foi adicionada ao testamento vital, as respostas corretas do código variavam de 68% a 93%, enquanto as decisões corretas de tratamento variavam de 18% a 78%. Treinamentos anteriores em diretivas antecipadas não tiveram impacto sobre esses resultados. (MIRARCHI, F.L.; RAY, M.; COONEY, T., 2016).

Outro estudo realizado com estudantes de bacharelado em ciências da enfermagem, em uma Universidade pública, rural, de 4 anos, no sudeste dos Estados Unidos, foram entrevistados anonimamente em um questionário de 33 itens sobre seus conhecimentos, experiência pessoal e profissional e atitudes pessoais e profissionais. em relação às diretivas antecipadas de vontade. A pesquisa foi realizada por uma amostra de conveniência de estudantes em sala de aula que estavam dispostos a participar do projeto de pesquisa em todos os quatro níveis da graduação. (GEORGE, T.P.; DECRISTOFARO, C.; MURPHY, P.F.; REMLE, C.R., 2018).

Um total de 166 questionários foram respondidos por 201 alunos, para uma taxa de resposta de 82,6%. A pesquisa avaliou cinco domínios principais: conhecimento, atitudes pessoais, experiência pessoal, atitudes profissionais e experiência profissional. As questões foram extraídas de três instrumentos retirados da literatura que foram utilizados em populações de trabalhadores de enfermagem, estudantes de enfermagem e profissionais de saúde, e incluiu uma versão abreviada do instrumento KAESAD. (GEORGE, T.P.; DECRISTOFARO, C.; MURPHY, P.F.; REMLE, C.R., 2018).

Neste estudo, a progressão do conhecimento foi investigada nos quatro níveis do programa de enfermagem para determinar se o conhecimento era estático, progressivo ou regressivo. Houve uma progressão estatisticamente significativa do conhecimento do 1o ao 2o semestre, com significância estatística entre os grupos, $F(3, 161) = 9,493$ e $p = 0,000$ ($p < 0,01$). Os maiores escores médios de conhecimento sobre diretrizes antecipadas estavam no último semestre do programa de enfermagem, indicando uma progressão positiva do conhecimento em todo o currículo, possivelmente devido à transformação de atitudes pessoais. (GEORGE, T.P.; DECRISTOFARO, C.; MURPHY, P.F.; REMLE, C.R., 2018).

Quanto às atitudes pessoais sobre diretrizes antecipadas, os resultados demonstraram uma maior probabilidade de aceitar uma ordem AND à medida que os alunos progrediam no programa. Além disso, os alunos foram divididos em dois grupos por idade: 18 a 25 anos e 26

anos ou mais. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de idade em seu conhecimento de diretivas antecipadas de vontade, $t(164) = -2,412$, $p = 0,017$, e em suas atitudes profissionais, $t(164) = -2,626$, $p = 0,009$, com os alunos mais velhos com maior conhecimento e atitudes profissionais que eram mais propensos a respeitar os pedidos de decisão de fim de vida dos pacientes. (GEORGE, T.P.; DECRISTOFARO; MURPHY; REMLE, 2018).

Similarmente, outro estudo realizado com estudantes de medicina, em 2016, com o objetivo geral de analisar o conhecimento sobre os conceitos de fim de vida (ortotanásia, distanásia, eutanásia, cuidados paliativos) e do TV, assim como, as resoluções do CFM que embasam a ortotanásia e as DAV, verificando quantos estudantes aprenderam sobre o assunto na grade curricular. Os objetivos específicos incluíram avaliar a conduta dos estudantes diante de pacientes em estágio de fim de vida e verificar se variáveis como sexo, idade e religião influenciam essa questão. (KULICZ; AMARANTE; NAKATANI; ARAI FILHO; OKAMOTO, 2018).

Foi realizado este estudo transversal, com a aplicação de um questionário a 348 estudantes, do primeiro ao sexto ano da Universidade Positivo. Destes, 251 (72,1%) identificaram corretamente questões relacionadas a condutas no processo de fim de vida, mas apenas 23,5% demonstraram conhecer o conceito de testamento vital. Apesar do baixo índice, 80,1% afirmaram ter a intenção de respeitá-lo, no caso de pacientes terminais. (KULICZ; AMARANTE; NAKATANI; ARAI FILHO; OKAMOTO, 2018).

Em relação a idade, 28,8% dos participantes com idade entre 18 e 24 anos sabiam a definição de TV. Para os participantes de 25 a 50 anos, essa taxa foi 33,3%, porém não houve diferença estatística ($p=0,646$, pelo teste exato de Fisher). Após a análise, os entrevistados que não conheciam o conceito de TV foram informados do que se tratava. (KULICZ; AMARANTE; NAKATANI; ARAI FILHO; OKAMOTO, 2018).

Mais de 95% referiram importância na divulgação do tema em meios de comunicação. Em relação a responsabilidade do profissional de saúde orientar quanto à existência do documento, 96,5% dos entrevistados concordaram com a afirmativa. Entretanto, quanto à Resolução CFM 1.995/2012, a maioria disse desconhecer-la (91,9%), e 86,7% não saberia como manifestar, legalmente, o TV. Somente, 22 entre os 82 tinham ciência do que se tratava o TV (26,8%) afirmaram poder orientar o paciente sobre como redigi-lo. Quando questionados sobre a hipótese de lidar com paciente em fim de vida que apresentasse TV, 279 (80,1%) respeitariam a decisão do enfermo nesse caso. A resposta positiva para a intenção de fazer TV para si foi maior (92%). Para esta pergunta houve mais equilíbrio entre os sexos e entre os que seguem ou

não uma religião, porém sem significância estatística. (KULICZ; AMARANTE; NAKATANI; ARAI FILHO; OKAMOTO, 2018).

Se tratando de estudos realizados com enfermeiros, uma pesquisa realizada no Principado de Astúrias aconteceu no norte da Espanha, e teve como enfoque principal as DAV, com o objetivo de compreender o conhecimento dos enfermeiros espanhóis sobre testamentos e regulamentações legais e explorar suas experiências, necessidades e desafios nessas situações por meio de abordagens quantitativas e qualitativas. Foi dividido o estudo em duas partes, a primeira parte foi uma pesquisa descritiva realizada com uma amostra de 454 indivíduos enfermeiros (por conveniência), que trabalhavam em hospitais e outras clínicas de atenção primária no Principado das Astúrias, testando, assim, seus conhecimentos sobre testamentos de vida e as questões legais envolvidas (IGLESIAS; VALLEJO, 2013).

Na segunda parte desta pesquisa, os enfermeiros foram convidados a fornecer um endereço de e-mail pessoal, caso estivessem interessados em participar de uma entrevista individual. Sendo assim, na segunda etapa, foi utilizada uma abordagem fenomenológica qualitativa baseada no quadro de Husserl. O questionário quantitativo consistiu em 16 itens, cada um com três respostas possíveis: (Sim, Não, Não Sei), relacionado ao conhecimento dos aspectos mais relevantes das vontades e atitudes sobre o seu uso das DAV na prática clínica. No final, uma pergunta aberta era realizada (IGLESIAS; VALLEJO, 2013).

Após a análise, chegou-se à conclusão de que as enfermeiras espanholas não são conhecedoras, o suficiente, de seu respaldo legal no que tange às DAV (o estatuto de vida) existente na Espanha. Particularmente, a falta de conhecimento sobre aspectos legais (apenas 43,2% dos enfermeiros foram informados corretamente) e sobre os procedimentos e registro de Testamento vital (LWDs) (apenas 32,2% dos enfermeiros sabia como proceder) foram aparentes entre os enfermeiros da amostra. Uma alta porcentagem de enfermeiros (80,75%) conhecia a definição conceitual de LWDs, mas quase metade da amostra (46%) desconhecia como usá-los na prática clínica. Quase um quarto dos enfermeiros (23%) nessa amostra participaram de programas de treinamento específicos sobre LWDs, mas esses programas educacionais não garantem a implementação do desejo de vida do paciente na prática clínica (IGLESIAS; VALLEJO, 2013).

Outro estudo quantitativo e descritivo, realizado com 139 enfermeiros portugueses, tendo por objetivo identificar as percepções dos enfermeiros sobre as DAV, bem como, analisar a influência da experiência de trabalho em sua percepção. Demonstra que, 3,6% da amostra tinha experiência em informar as DAV. Já, 5,0% das enfermeiras tinha experiência com a decisão propriamente dita. Ainda, em relação ao tempo de experiência profissional, as enfermeiras com

26-30 anos de experiência são mais críticas em relação as DAV, no que tange, na forma de dar a informação e elucidar o paciente acerca disso. (SILVA; NEVES; SILVA, 2014).

Como exemplo, um estudo qualitativo realizado com enfermeiros, médicos residentes e cuidadores familiares de doentes terminais em um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul, que teve como objetivo conhecer as dificuldades e limitações relacionadas à implementação das DAV no contexto hospitalar, chegou à conclusão de que os profissionais precisam realizar reflexões e discussões entre eles e a sociedade. É necessário esclarecer as DAV nos diversos contextos da sociedade, para que a população desconstrua ideias distorcidas acerca das DAV e esta possa ser realizada de forma voluntária e livre de pressuposições e (pré)conceitos externos ao paciente, familiares e profissionais, e sendo assim, no momento da tomada de ação e reflexão acerca da vontade no paciente, os profissionais possam ponderar a respeito da autonomia dele quando não puder manifestar tal desejo (COGO; LUNARDI, 2015).

Outro estudo realizado com profissionais de enfermagem, a fim de conhecer a percepção dos mesmos frente a implementação das DAV, mostrou que este é um tema inovador e desconhecido entre os profissionais, evidenciando a necessidade de abordar esta temática desde o processo de formação. Além disso, os profissionais acham difícil a prática das DAV, pelo fato, de muitas vezes, poder ser conflitante com a rotinização terapêutica institucional. Também, emergiu o fator cultural de preservação da vida a todo custo pelos profissionais, conduta que contrasta com a proposta das DAV. Nesse sentido reflexões na formação profissional em relação ao saber técnico-científico em que a morte deve ser combatida a todo custo são importantes para repensar a humanização e a dignidade no processo do fim da vida. Contribuindo assim para uma assistência humanística, valorizando os direitos individuais das pessoas em seu processo de terminalidade. (CASSOL; QUINTANA; VELHO, 2015).

No que tange a aplicabilidade das DAV, um estudo com o objetivo de conhecer as vantagens relacionadas à aplicabilidade das DAV no contexto hospitalar na perspectiva de enfermeiros, médicos e familiares, resultou que uma das principais vantagens seria o respeito a autonomia do paciente, com as DAV haveria uma garantia de que seus desejos seriam cumpridos. Ainda, os profissionais mencionam um respaldo legal, entre os profissionais e entre os familiares, sabendo que as decisões no processo de fim de vida muitas vezes, são conflitantes. Se o paciente possui a sua DAV, uma das únicas preocupações seria cumprir os seus desejos. (COGO; LUNARDI; QUINTANA; GIRARDON-PERLINI; SILVEIRA, 2017; COGO; LUNARDI; QUINTANA; GIRARDON-PERLINI; SILVEIRA, 2018).

Outro estudo a respeito da aplicabilidade com o intuito de compreender como os enfermeiros entendem a aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade no cuidado em

de vida, corrobora com o citado acima. Complementa que, as inseguranças de diagnóstico e prognóstico do paciente e o medo de punições legais frente a limitação de uma diligência terapêutica, podem ser conflituosos e ocasionar uma desconfortabilidade em ter que se deparar com os cuidados de fim de vida. Há, também, um temor pelo fato de cumprir algum desejo manifestado previamente, mas que o mesmo, possa não corresponder aos desejos reais e atuais do paciente. Ainda, o profissional vê uma dificuldade em ter de cessar os cuidados, pelos fatores culturais de reestabelecimento da vida a qualquer custo. (COGO; LUNARDI; NIETSCHE, 2017)

Também, no Rio Grande do Sul, um estudo com o objetivo de conhecer a percepção dos profissionais de saúde acerca da aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade no contexto neonatal e pediátrico, realizado com 16 profissionais da equipe de enfermagem e médica, além de trazer aspectos semelhantes aos supracitados, verificou-se que há uma boa interação multiprofissional, o que demonstra que os profissionais têm conhecimento acerca do estado de saúde dos pacientes. (GODINHO; DIAS; BARLEM; TOMASCHEWSKI-BARLEM; ROCHA; FERREIRA, 2018).

Além disso, a criação de vínculo entre o paciente, família e equipe, trazendo um maior conforto à família e paciente. E, por fim, a espiritualidade, uma eficaz ferramenta utilizada pelos profissionais a fim de originar uma esperança de melhora e, também, uma conexão com a fé, promovendo aceitação do evento morte (GODINHO; DIAS; BARLEM; TOMASCHEWSKI-BARLEM; ROCHA; FERREIRA, 2018).

Na mesma região, outro estudo qualitativo com a percepção de estudantes de enfermagem acerca do protagonismo do enfermeiro, em relação às Diretivas Antecipadas de Vontade, mostra-nos uma visão mais polida acerca das atribuições conferidas aos Enfermeiro. Os estudantes revelaram a importância de que o enfermeiro conte com conhecimentos técnico-científicos, protagonismo e autonomia no exercício de sua profissão, no que concerne às DAV. O estudo também evidenciou que o grupo investigado considera que ele deve assumir papel de interlocutor entre equipe e família, promovendo autonomia e advocacia do paciente. (GODINHO; BARLEM; TOMASCHEWSKI-BARLEM; ROCHA; COGO; DALMOLIN, 2020)

Referente aos novos litígios das DAV, um estudo a fim de conhecer a percepção de enfermeiros sobre os benefícios e novas demandas trazidas pelas DAV no seu cotidiano laboral, elucidando-nos que os enfermeiros apresentam certa apreensão quanto às diretrizes que contemplam as DAV e sua relação com as rápidas transformações dos aparatos tecnológicos e terapêuticos. Por isso, é importante que os profissionais consigam trabalhar suas

vulnerabilidades e entendê-las, com o propósito de fazer com que as DAV sejam, realmente, contributivas e construtivas com o processo da morte e do morrer. (SAIORON; RAMOS; SCHNEIDER; SILVEIRA; SILVEIRA, 2017).

No cerne das decisões de fim de vida, um estudo mostra-nos que embora os profissionais de saúde tenham aumentado o foco no planejamento antecipado de cuidados, nos últimos anos, aproximadamente dois terços dos adultos americanos não têm diretrizes médicas avançadas. Além disso, 90% das pessoas acreditam que falar com seus entes queridos sobre desejos de final de vida é importante, mas apenas 27% o fizeram. É importante que os enfermeiros compreendam os fatores complexos que influenciam a maneira pela qual os indivíduos tomam decisões sobre cuidados de saúde e identifiquem formas de incentivar conversas com familiares, amigos e profissionais de saúde para ajudar a esclarecer os desejos dos pacientes para os cuidados com a vida. (SORRELL, 2018).

É necessário que haja um projeto de conversação que englobe perguntas simples, mas que vão diretamente, projetar as decisões e os desejos do paciente em estado de fim de vida, como por exemplo: O que é mais importante para você na última fase da vida?, Quem você quer tomar decisões por você?, Onde você quer passar os últimos momentos da vida?, Você se preocupa que não receberá cuidados suficientes?, Você se preocupa que receberá cuidados agressivos? (SORRELL, 2018). Após essa breve contextualização de estudos recentes acerca das DAV, podemos perceber que em âmbito internacional há uma iniciativa, por parte dos estudantes, para que haja treinamento em relação às temáticas que tangem ao processo de fim de vida. Já no Brasil, esta conduta parte dos enfermeiros pesquisadores, que investigam e instigam os profissionais da saúde quanto à desmistificação da temática, a fim de fornecer um maior conhecimento sobre os direitos do paciente em relação ao fim de vida e o processo que envolve este evento.

A enfermagem é uma profissão responsável pela saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade, atuando em consenso com princípios éticos, bioéticos e legais. Como parte integrante da equipe de saúde, o profissional de enfermagem, dentro de suas ações de cuidado ao paciente, deve o direito à autonomia das pessoas, isto é, o profissional de enfermagem deve respeitar a vida, a dignidade e os direitos humanos em todos os contextos e aspectos (COFEN, 2007).

Com o intuito de respaldar legalmente o profissional de enfermagem e trazer à tona as DAV, o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sob resolução nº 0564/2017, traz em parágrafo único, que o profissional de enfermagem deve: “respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou

não receber quando estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades.” (COFEN. 2017). Além disso, no ambiente hospitalar, o enfermeiro constrói vínculos com o paciente e família para que o diálogo seja ferramenta para implementar ações de cuidado e minimizar as angústias e anseios desse binômio (BRANCO; FREITAS; LIMA, 2016).

Por isso é, visceral, que o profissional enfermeiro e os demais profissionais de saúde, por meio dessas relações criadas com o paciente e família, percebam seu protagonismo frente as decisões de saúde do paciente e a sua importância para promover a autonomia deste paciente.

Além disso, existem vários fatores pessoais que vão, ao longo da carreira, refletindo no fazer profissional e influenciando na organização do trabalho, além de poderem interferir para a tomada da “melhor” decisão para aquele paciente, naquele determinado momento. E, a partir disso, reverbera o seguinte questionamento: Estou fazendo o melhor pelo meu paciente? De acordo com as vontades do paciente ou de acordo com as vontades dele espelhadas às minhas próprias vontades?

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo será apresentado o delineamento metodológico do estudo, o qual detalha: desenho do estudo, cenário, participantes, processo de coleta de dados, incluindo o instrumento a ser utilizado, análise de dados e aspectos éticos envolvidos. Dessa forma, a pesquisa, foi realizada em duas etapas distintas, sendo a primeira de caráter metodológico e a segunda de cunho quantitativo.

4.1 ETAPA METODOLÓGICA

Nesta seção será abordada como ocorreram as etapas de Adaptação cultural, validação e aplicação do instrumento KAESAD (ANEXO 1)⁴.

4.1.1 *Knowledge, Attitudinal, and Experiential Survey on Advance Directives* (KAESAD): instrumento de coleta de dados

O instrumento KAESAD, foi originalmente elaborado por enfermeiras da Universidade de Buffalo, com o objetivo de descrever o conhecimento, atitudes e experiências dos enfermeiros com relação às DAV. A pesquisa por questionário foi utilizada neste estudo correlacional. quatro estados [Califórnia (CA), Illinois (IL), Nova York (NY) e Texas (TX)] representando quatro áreas geográficas distintas dos Estados Unidos. Quatro estados foram escolhidos para o estudo, em vez de uma pesquisa nacional, porque os investigadores queriam medir o conhecimento dos enfermeiros oncológicos das leis estaduais, e a logística de desenvolver e pontuar a subescala de conhecimento de todos os 50 estados teria sido proibitiva. O instrumento KAESAD foi desenvolvido para medir o conhecimento, atitudes e experiências com DAV nas decisões de final de vida. A confiabilidade e a validade do conteúdo do instrumento foram estabelecidas por meio de um teste/reteste piloto e um painel de especialistas antes da pesquisa principal. O painel era formado por especialistas em cuidados de fim de vida e DAV e representava as disciplinas de enfermagem, medicina, direito e bioética. O painel forneceu feedback sobre cada um dos 110 itens no rascunho original da pesquisa. Foram feitas alterações em 22 itens, nove itens foram adicionados e quatro itens foram excluídos com base nas opiniões do painel e no julgamento dos investigadores.

⁴ O instrumento original só poderá ser disponibilizado para a banca a critério de avaliação, conforme solicitação da pesquisadora que construiu o KAESAD, ele não pode ser divulgado.

O instrumento final KAESAD usado para a pesquisa consiste em 115 itens e oito domínios. Os principais componentes da pesquisa são: (1) Conhecimento Geral sobre DAV (10 itens), (2) Conhecimento da Lei de Autodeterminação do Paciente (7 itens), (3) Conhecimento das Leis Estaduais Individuais (13 itens), (4) Atitudes em relação à DAV e problemas de final de vida (20 itens), (5) Experiência com DAV (7 itens), (6) Experiência relacionada à tomada de decisão em fim de vida (20 itens), (7) Confiança no atendimento a pacientes com DAV (11 itens), (8) Dados demográficos (26 itens). O que reflete cada domínio será descrito a seguir na **TABELA 3**

TABELA 3 – O que reflete cada domínio do instrumento *Knowledge, Attitudinal, and Experiential Survey on Advance Directives* (KAESAD)

	DOMÍNIOS	NÚMERO DE ITENS	O QUE REFLETE O DOMÍNIO
1	Conhecimento Geral sobre DAV	10 itens	Reflete acerca do conhecimento do participante acerca das DAV, conceito e suas formas de utilização
2	Conhecimento da Lei de Autodeterminação do Paciente	7 itens	Reflete o conhecimento do participante acerca da lei nacional e suas formas de aplicação e quem pode realizar as DAV nesse contexto
3	Conhecimento das Leis Estaduais Individuais	13 itens	Reflete o conhecimento em relação as particularidades de cada lei estadual no que tange às DAV
4	Atitudes em relação à DAV e problemas de final de vida	20 itens	Reflete as atitudes (tomadas de ação) que o participante precisa ter ou tem em relação as DAV
5	Experiência com DAV	7 itens	Reflete as experiências que o participante já teve em relação as DAV
6	Experiência relacionada à tomada de decisão em fim de vida	20 itens	Reflete as experiências que o participante já teve em relação a tomada de decisão, propriamente dita, de um paciente
7	Confiança no atendimento a pacientes com DAV	11 itens	Reflete o quão preparado/embasado, tendo

			em vista o processo de formação e experiências o participante tem em relação à condução de uma DAV
8	Dados demográficos	26 itens	Dados gerais do participante (instituição, curso, idade)

FONTE: Elaborada pela autora

A pesquisa incluiu 30 questões relacionadas ao conhecimento dos enfermeiros oncológicos em três subescalas (conhecimento geral de DAV, Lei de Autodeterminação do Paciente - PSDA, leis estaduais que governam a DAV). Os entrevistados foram solicitados a responder a cada pergunta marcando "sim", "não" ou "não sei".

Os dados foram digitados no Excel e importados para o Statistical Package for the Social Sciences 25.0 (SPSS). Os questionários com pequenas quantidades de dados ausentes inferiores a 20% (por exemplo, 1 a 2 itens por subescala conhecimento, atitude ou experiência) foram incluídos na análise com os dados ausentes imputados usando a média do grupo para o item. O software estatístico SPSS 25.0 foi utilizado para a análise. A significância estatística foi estabelecida em $p < 0,05$.

As estatísticas descritivas apropriadas ao nível de mensuração foram calculadas para as características pessoais, profissionais e institucionais da amostra, bem como para os três primeiros objetivos da pesquisa de descrever o conhecimento, atitudes e experiências dos enfermeiros com DAVs. Várias estratégias foram usadas para redução de dados para garantir análises mais poderosas e clinicamente relevantes.

4.1.2 Adaptação cultural do instrumento de coleta de dados

A adaptação (trans)cultural do instrumento KAESAD ocorreu a partir da metodologia proposta por Beaton (2000), a qual é composta por seis etapas que objetivam uma (re)adequação completa da escala, por meio de um ajuste semântico, idiomático, experiencial e conceitual entre o instrumento original e o adaptado. Tal processo, envolveu os estágios de tradução inicial; síntese das traduções; retrotradução; comitê de especialistas; pré-teste; revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores (BEATON, 2000). Este processo ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2021.

Segundo o autor, a adaptação cultural de um questionário/instrumento para uso em um novo país, cultura ou língua demanda do uso de um método para alcançar a equivalência entre

a versão original e a versão traduzida. Em seguida serão explicitados os 6 estágios do processo de adaptação cultural:



Estágio I - O primeiro estágio da adaptação envolveu a **tradução** inicial do instrumento, a qual foi ser realizada por 2 tradutores para a língua de destino, foi traduzido, neste caso, para o português. Após esse processo, as traduções foram comparadas e as discrepâncias que pudessem refletir uma redação mais ambígua. Cada um dos tradutores produziu um relatório escrito da tradução conforme sua interpretação. Comentários adicionais foram feitos para destacar frases desafiadoras ou incertezas. É necessário, também, que os dois tradutores tenham perfis ou antecedentes diferentes de trabalho (BEATON, 2000).

Estágio II - **Síntese das traduções**: após a tradução inicial, uma terceira pessoa precisou realizar um resumo das duas versões traduzidas, construindo, assim, uma versão única das duas traduções, a qual o autor chama de versão-síntese (BEATON, 2000).

Estágio III – **Back Translation**: após os estágios 1 e 2, a versão síntese foi submetida a retro tradução para a versão original em inglês por outros dois tradutores. Este é um processo tem por objetivo verificar a validade da versão traduzida, garantindo que o conteúdo reflete a essência da versão original. Esta etapa, geralmente, amplia redação pouco clara nas traduções. Prevê, também, destacar as inconsistências grosseiras ou erros conceituais na tradução. Ainda, os dois tradutores não estavam cientes e nem eram informados dos conceitos explorados e, também, não possuíam formação na área, para evitar o viés de informação e para extrair significados inesperados dos itens no questionário traduzido (BEATON, 2000).

Estágio IV - **Comitê de especialistas**: a versão retro traduzida foi encaminhada a um comitê de especialistas, composto por quatro⁵ professores doutores com ampla experiência na área da ética/bioética e da pesquisa em enfermagem. O comitê avaliou as equivalências semântica, cultural, idiomática e conceitual, bem como, a validade de face da escala, aprovando-a para ser utilizada no pré-teste a fim de desenvolver a versão pré-final do instrumento.

Estágio V - **Fase de pré-teste**: a versão validada pelo comitê de especialistas foi aplicada em uma amostra de 20 enfermeiros estudantes do curso de Mestrado e/ou Doutorado

⁵ Este número foi escolhido com base nos professores que tivessem afinidade com a área.

em Enfermagem de uma Universidade Pública do Sul do Brasil, que sugeriram algumas alterações quanto a modificações linguísticas, semânticas e idiomáticas do instrumento. O pré-teste tem por objetivo confirmar se os itens da escala representam de forma clara e fidedigna o conteúdo que será analisado (BEATON, 2000).

Estágio VI - **Revisão do processo de adaptação:** posteriormente a realização dos 5 estágios iniciais os pesquisadores fizeram as adequações necessárias na escala, para assim, propiciar uma melhor compreensão para aplicação na amostra selecionada. (BEATON, 2000).

4.2. ETAPA QUANTITATIVA

No que diz respeito aos estudos na área da saúde, a pesquisa quantitativa viabiliza a mensuração de conceitos, reações, costumes e atitudes em um universo, através de uma amostra que o represente de forma estatística. Tem como características principais: obter a um plano (pré)estabelecido com a finalidade de enumerar ou medir eventos; prevalecer-se de uma teoria para desenvolver as hipóteses e as variáveis da pesquisa; analisar as analogias entre as variáveis através de métodos controlados com austeridade; provar as hipóteses da pesquisa ou achados por dedução; empregar os dados que representam uma população específica (amostra); utilizar-se de um instrumento para coleta de dados (questionários estruturados), elaborados com questões fechadas, entre outros (HAYATI; KARAMI; SLEE, 2006).

4.2.1 Tipo de estudo

Em meio aos alinhavos da pesquisa quantitativa, os estudos transversais distinguem-se por estudar as relações entre variáveis que não podem ser manipuladas. No que tange à dimensão temporal, neste modelo de pesquisa, os fenômenos estudados serão apreciados em um único período de coleta de dados (POLIT; BECK, 2011; APPOLINÁRIO, 2012).

Além do mais, as pesquisas de natureza quantitativa consentem a classificação e a análise das crenças e atitudes dos participantes, por meio da representação e generalização dos dados obtidos (WILL, 2012). A pesquisa transversal, é caracterizada pela capacidade em conceber um retrato de como as variáveis são conexas no momento da pesquisa. Dessa forma, incide em observar dada população ou amostra expressiva dela em função de expor as características que suscitaram a investigação. No estudo transversal as averiguações são medidas, concomitantemente, em um curto espaço temporal (ARANGO, 2012).

4.2.2. Cenário do Estudo

O estudo foi realizado junto a Universidade Federal do Rio Grande (FURG). A FURG é uma Entidade Educacional Pública Federal, designada à promoção do ensino superior, pesquisa e extensão. A instituição foi fundada em 1969, e possui 53 cursos de graduação, 10 programas de residência médica, dois de residência multiprofissional, 23 cursos de especialização, 21 cursos de mestrado e 11 cursos de doutorado. Atualmente, através de sua estrutura multicampi, a FURG estende sua atuação para as cidades de Santo Antônio da Patrulha, São Lourenço do Sul e Santa Vitória do Palmar consolidando-se como um importante dinamizador social do extremo sul do Rio Grande do Sul e do Brasil. (FURG, 2012).

Dentre os cursos temos o **curso de Graduação em Enfermagem** da FURG desenvolve a maioria de suas atividades no campus saúde, na Escola de Enfermagem (EEnf). A EEnf possui como missão dedicar-se às atividades de ensino de graduação e pós-graduação stricto e lato sensu, de pesquisa e de extensão, destinadas a produzir conhecimento em saúde (enfermagem), bem como à inserção na realidade socioambiental, despertando a formação da cidadania e concebendo profissionais comprometidos com processos que permeiam à produção da saúde humana e promovendo o cuidado à vida (FURG, 2012).

A área acadêmica do campus saúde está localizada num prédio conjugado com o Hospital Universitário (HU), desenvolvendo em parceria, ações de ensino de modo a assegurar o acesso à formação de aproximadamente 600 discentes, dentre eles, residentes e estagiários da área da saúde. Neste ambiente, funcionam a Faculdade de Medicina e a Escola de Enfermagem, as quais outorgam as disciplinas teóricas e teórico-práticas aos 36 Cursos de Medicina, Enfermagem, Educação Física, Psicologia e Ciências Biológicas nos diversos laboratórios e salas de aula ali presentes (FURG, 2012).

O atual currículo do Curso de Graduação em Enfermagem da FURG está dividido em quatro Eixos Curriculares Temáticos, expressos no Projeto Político Pedagógico: formas de conhecer o ser humano, as políticas públicas de saúde e a enfermagem; o trabalho da enfermagem na promoção e proteção da saúde do ser humano; o trabalho da enfermagem na manutenção e recuperação da saúde e alívio da dor e do sofrimento do ser humano; estágios supervisionados na realidade dos diferentes cenários da prática profissional (FURG, 2012).

Já, o curso de **Graduação em Medicina** da FURG, tem como objetivo formar profissionais capazes de avaliar e melhorar a qualidade da assistência prestada, atendendo as necessidades do paciente por meio de serviços integrados de prevenção, tratamento e reabilitação. Nesse sentido, busca utilizar as novas tecnologias, considerando fatores éticos e

financeiros, bem como o benefício a ser prestado ao paciente, promovendo um estilo de vida saudável, prestando informações adequadas à comunidade. Interagir com equipes dos setores socioeconômicos ligados à saúde e integrar a rede de atenção à saúde, participando da recuperação do indivíduo em seus aspectos biopsicossociais (PPC - FAMED, 2019).

O curso tem duração de 12 semestres, dispostas de forma anual. E possui uma oferta de 46 disciplinas obrigatórias que contemplam 7.745 h e 13 ofertas de disciplinas optativas, dispostas em turno integral e conta com 74 vagas anuais. O currículo é composto por módulos, cada um com uma unidade integradora e um propósito específico. Os módulos identificados em suas especificidades devem ajustar-se entre si, tanto no sentido horizontal como vertical, formando um todo homogêneo e funcional. No sentido horizontal o módulo permite ao estudante agregar conhecimentos acompanhando o ciclo vital do ser humano, permeando todas as séries. No sentido vertical, proporciona conhecimentos de diferentes áreas da Medicina, facilitadores da aprendizagem do processo saúde-doença na integralidade do indivíduo. (PPC - FAMED, 2019).

O **curso de Graduação em Psicologia** da FURG tem como objetivo formar profissionais que reconheçam e respeitem as importantes conquistas incorporadas pela psicologia ao patrimônio cultural da humanidade, sendo capazes de perceber os desafios impostos pela profissão e comprometendo-se com a superação de problemas sociais e humanos que marcam o nosso tempo. Seu currículo é organizado tendo em vista a concretização do ideal esboçado no perfil do psicólogo a ser formado, considerando as suas necessárias competências, habilidades e propósitos delineados ao longo das sucessivas etapas de realização do curso. Assim, todas as atividades estão em função dos propósitos que as orientam, justificam e definem. (PPC – PSICOLOGIA, 2017)

Suas 52 disciplinas obrigatórias e 58 disciplinas optativas, dispostas por 10 semestres, no turno noite e possui 35 vagas semestrais. Tais disciplinas, são divididas por eixos estruturante, sendo esses: Fundamentos epistemológicos e históricos; Fundamentos teórico-metodológicos; Fenômenos e processos psicológicos; Interfaces com campos afins do conhecimento; e, Práticas Profissionais. (PPC – PSICOLOGIA, 2017).

4.2.3 Participantes do Estudo

Para o presente estudo foi utilizada a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, dessa forma, os participantes da pesquisa foram selecionados de acordo com a

disponibilidade no período da coleta dos dados (HULLEY et al., 2008). Sendo assim, a população do estudo, calculada em 135 estudantes, foi composta por acadêmicos dos cursos de graduação de enfermagem, medicina e psicologia e a amostra foi calculada com base nos acadêmicos que estejam cursando o último ano de graduação. Para a seleção do tamanho amostral, foi adotado o critério proposto por (Hill e Hill 2012), que prevê uma fórmula específica. A seguir apresenta-se a fórmula:

$$\frac{n = X^2 \cdot N \cdot P(1-P)}{d^2(N-1) + X^2 \cdot P(1-P)}$$

6

A partir dessa regra, objetiva-se estimar o mínimo tamanho amostral para que seja possível a efetivação de determinados procedimentos estatísticos, visto que os procedimentos diferentes apontam necessidades específicas de número de participantes. A partir do conhecimento prévio da população total dos acadêmicos dos cursos de graduação (enfermagem, psicologia e medicina) do último ano, obteve-se o correspondente a 57 acadêmicos. Cabe informar que os grupos com menores médias eram grupos numéricos com menor número de participantes, assim sendo, não procuramos a generalização por categorias, buscamos a possibilidade de generalização no total, conforme expresso a seguir:

CURSOS DE GRADUAÇÃO	NÚMERO DE ACADÊMICOS
ENFERMAGEM	36
MEDICINA	67
PSICOLOGIA	32
TOTAL DOS ACADÊMICOS	135
TAMANHO AMOSTRAL	57

⁶ Sendo: n= tamanho da amostra

X²= valor do Qui-quadrado para 1 grau de liberdade ao nível de confiança de 0,05 e que é igual a 3,89 (valor fixo pré-determinado)

N= o tamanho da população

P= a proporção da população que se deseja estimar (pressupõe-se que seja 0,50 uma vez que esta proporção forneceria o tamanho máximo amostral)

d= o grau de precisão expresso em proporção (0,05)

4.2.3.1 Critérios de Inclusão

Os critérios para a inclusão utilizados para a pesquisa foram: ser acadêmico de enfermagem, psicologia e medicina; estar no último ano de graduação.

4.2.3.2 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão limitaram-se a estar devidamente matriculado em semestres anteriores aos de estágio curricular e estar cursando disciplina optativa junto a de estágio curricular.

4.2.4 Coleta de Dados

Ocorreu por meio do questionário final que se originou após as etapas de validação e adaptação transcultural, que foram esclarecidas anteriormente. Em virtude do momento atual, bem como, a distância entre o campi saúde e o campus carreiros, o questionário, foi inserido na plataforma *Google Forms* e encaminhado aos participantes da pesquisa via *e-mail*, tais contatos, foram solicitados às coordenações de curso, após a aprovação e autorização da pesquisa. Em relação a infraestrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa, foi preciso de rede de internet e computador ou smartphone ou tablet ou notebook, tanto para a execução da pesquisa, quanto para o processo de coleta de dados em si, pois os participantes receberam o questionário via *e-mail*.

Dessa forma, o questionário foi enviado para os acadêmicos, entre fevereiro e julho de 2022. Inicialmente, no primeiro mês, era encaminhado quinzenalmente o link do questionário para os acadêmicos, posteriormente, devido à dificuldade de participação dos acadêmicos, passou a ser enviado semanalmente e, também, entrado em contato com os líderes das turmas via aplicativo de mensagem de comunicação instantânea.

Os participantes tiveram a sua privacidade garantida durante todo o processo de coleta de dados.

4.2.5 Análise dos Dados

Para a análise dos dados, foi utilizado o software estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) - versão 25.0, para promover uma organização dos resultados em tabelas que proporcionem uma melhor visualização e interpretação. Foi realizada estatística descritiva para melhor visualizar as diferenças entre os cursos de graduação.

A estatística descritiva compõe um conjunto de técnicas que visa descrever, sintetizar, totalizar e expor os dados da pesquisa através de técnicas de distribuição de frequência, medidas de tendência central (média, mediana e moda), medidas de dispersão e correlações. (GAYA, 2008).

4.3 Considerações Éticas

Este estudo respeitou as diretrizes e normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, no que se refere aos aspectos éticos da Resolução 510/16, que normatiza e regulamenta a pesquisa na área das Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016). A coleta de dados iniciou posteriormente a aprovação do comitê de ética na pesquisa e após a autorização das coordenações dos cursos de graduações que farão parte da pesquisa (**APÊNDICE A**).

Concordando em participar da pesquisa, os discentes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE B**), junto aos questionários que foi encaminhado via e-mail, e, somente após o aceite do estudante, o questionário abria para preenchimento.

Foi solicitada permissão do Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) para realização do estudo. Além disso, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEP/FURG) e a coleta de dados só transcorreu após parecer favorável nº4.692.729 e CAAE: 44751121.0.0000.5324. (**APÊNDICE C**)

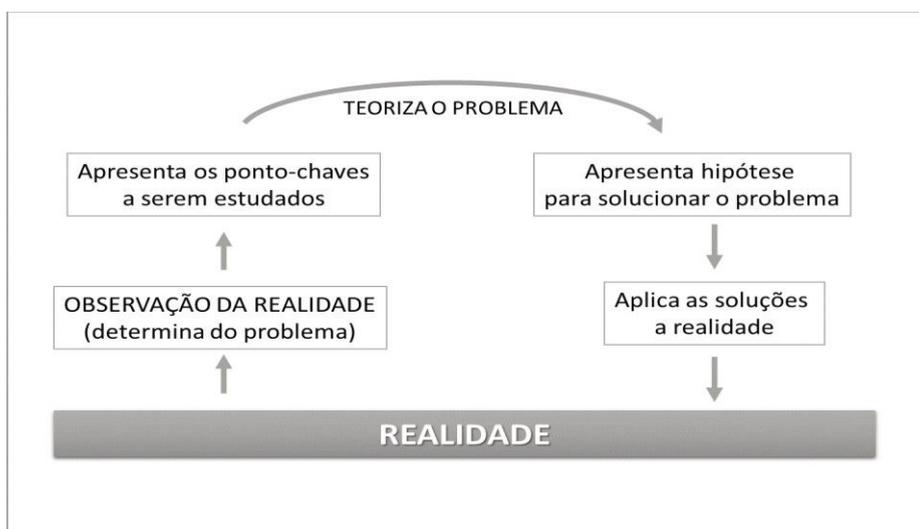
4.4 MATERIAL DIDÁTICO

O emprego de metodologias ativas no processo de formação do graduando possibilita aos discentes o ensejo de tornarem-se sujeitos ativos no processo de ensino, transformando o professor em um facilitador. Garante a perspectiva de um desempenho ativo do discente no processo ensino-aprendizagem, exteriorizando que a educação deve acontecer a partir de exercícios inclusivos. (MOREIRA; SOUSA; RIBEIRO. 2013). Estas metodologias são aplicadas nos modelos de formação profissional alicerçadas em duas abordagens problematizadoras: pedagogia da problematização; e, aprendizagem baseada em problemas.

Agem como instrumento para o enfrentamento de diversos desafios, desde os estruturais (organização acadêmica e administrativa das instituições e cursos) até os de concepções pedagógicas (crenças, valores e modos de fazer) de docentes e discentes. (MESQUITA; MENESES; RAMOS. 2016).

Com relação ao modelo tradicional da Enfermagem, verifica-se uma possibilidade de reorganização de ensino e reestruturação de processos e práticas. Procura-se despertar a curiosidade e a motivação, além de instigar a participação do aluno no exercício do aprender fazendo. A modalidade de metodologia ativa Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), inicialmente foi introduzida no Brasil nos currículos de Medicina, e agora também vem sendo utilizada nos cursos de Enfermagem. (SANTOS et al., 2017). A partir dos princípios da EPS, a construção do conhecimento passa pela problematização, onde é possível a reflexão sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos, ideias, compreendendo os processos e propondo soluções descentralizadas e compartilhadas. (PUGGINA et al., 2016).

Figura 1 - Arco de Maguerz



Fonte: Adaptado de BORDENAVE & PEREIRA, 2005, input FUGITA; CARMONA; SHIMO (2016, p.233).

De acordo com a ilustração Arco de Maguerz (Figura 1), a observação da realidade fornece dados para obtenção dos pontos chaves (problema), resultando à uma teorização (reflexão) do problema,, conseqüentemente, a elaboração de uma hipótese (planejamento) para solucionar este problema, e, assim, aplicar a hipótese à realidade vivenciada. (ESPERIDIÃO et al., 2017). Fazer uso de metodologias ativas é um meio de proporcionar, a partir da observação

da realidade, ferramentas para solucionar ou modificar situações ou condições. Modifica a prática profissional porque aplica conceitos teóricos à realidade apresentada, levando em conta a experiência, a ciência e a prática diária. (BORGES; ALENCAR, 2014).

5. RESULTADOS

Os resultados e as discussões dos dados obtidos nessa tese serão apresentados em formato de três artigos científicos, os quais encontram-se elaborados e formatados de acordo com as normas específicas de cada revista escolhida previamente pela pesquisadora principal e orientador.

O primeiro artigo foi intitulado: **“Conhecimentos, Atitudes, Nível de Confiança e Experiências acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade de acadêmicos de graduação em enfermagem, psicologia e medicina do sul do Brasil”**. Tal artigo teve como objetivo analisar o conhecimento, as experiências vivenciadas e as atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia das Diretivas Antecipadas de Vontade.

O segundo artigo foi intitulado **“Evolução conceitual das Diretivas Antecipadas de Vontade: análise conceitual evolucionista de Rodgers”**. Tal artigo teve como objetivo: Refletir acerca da evolução conceitual das Diretivas Antecipadas de Vontade.

Já o terceiro artigo foi intitulado **“CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA DE ENSINO SOBRE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE”** Tal artigo tem como objetivo de construir e validar um material didático de apoio aos acadêmicos da área da saúde sobre as diretivas antecipadas de vontade.

ARTIGO 1

Conhecimentos, Atitudes, Nível de Confiança e Experiências de acadêmicos de graduação em enfermagem, psicologia e medicina do sul do Brasil acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade

Knowledge, Attitudes, Confidence Level and Experiences of undergraduate nursing, psychology and medicine students from southern Brazil about the Advance Directives of Will

Conocimientos, Actitudes, Nivel de Confianza y Experiencias de estudiantes de graduación en enfermería, psicología y medicina del sur de Brasil sobre las Voluntades Anticipadas de Voluntad

Maria Luzia Machado Godinho⁷

ORCID: 0000-0001-8505-0119

Edison Luiz Devos Barlem⁸

ORCID: 0000-0001-6239-8657

RESUMO

Objetiva analisar o conhecimento, as experiências vivenciadas e as atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia das Diretivas Antecipadas de Vontade. Estudo quantitativo, descritivo com acadêmicos de graduação em enfermagem, medicina e psicologia. Participaram do estudo 60 acadêmicos que estavam no último ano de graduação e o questionário foi encaminhado aos participantes da pesquisa via *e-mail*. Instrumento adaptado culturalmente de um questionário internacional encontrado na busca bibliográfica. De 115 questões originais, o questionário final foi para 81 variáveis, que avaliam o conhecimento, as atitudes, experiências e nível de confiança dos acadêmicos de enfermagem. Analisado pelo Statistical Package for Social Sciences e a coleta de dados iniciou posteriormente a aprovação do comitê de ética na pesquisa. Em relação ao conhecimento vemos uma dissuasão (44,4%) em relação ao que realmente se trata as diretivas. Em relação às atitudes o score no curso de graduação em medicina, totalizou uma moda de 53 pontos, no curso de graduação em psicologia uma moda de 49 pontos e por último, no curso de graduação em enfermagem com 47 pontos. A maioria dos acadêmicos nunca tiveram nenhuma experiência com as diretivas. Em relação ao nível de confiança, o curso de psicologia se sente menos confiante com as diretivas (9 pontos), curso de enfermagem (14 pontos) e medicina (19 pontos). É necessário trazer essas discussões para o ambiente acadêmico. E, por mais que os acadêmicos tenham uma atitude positiva, essa atitude se baseia no escuro do desconhecimento dessa temática ao longo do processo de formação.

⁷ Enfermeiro. Professor da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Escola de Enfermagem. Rio Grande/Brasil.

⁸ Enfermeiro. Doutoranda do Programa e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Escola de Enfermagem. Rio Grande/Brasil.

ABSTRACT

It aims to analyze the knowledge, the experiences lived and the attitudes of the students of nursing, medicine and psychology of Vontade's Advance Directives. Quantitative, descriptive study with undergraduate students in nursing, medicine and psychology. 60 academics who were in their last year of graduation will participate in the study and the questionnaire was sent to the research participants via e-mail. Instrument culturally adapted from an international questionnaire found in the bibliographic search. Of 115 original questions, the final question was for 81 variables, which evaluated the knowledge of the attitudes, experiences and level of confidence of the nursing academics. Analyzed according to the Statistical Package for Social Sciences and the collection of data began after the approval of the research ethics committee. In relation to the knowledge we see a dissuasion (44.4%) in relation to what the directives are really about. In relation to attitudes or score in the undergraduate course in medicine, there was a mode of 53 points, in the undergraduate course in psychology a mode of 49 points and finally, in the undergraduate course in nursing with 47 points. Most academics have never had experience with directives. In relation to the level of confidence, the psychology course felt less confident with the directives (9 points), the nursing course (14 points) and medicine (19 points). It is necessary to trace these discussions for the academic environment. And, even though the academics have a positive attitude, this attitude is based on the darkness of ignorance of the subject throughout the training process.

RESUMEN

Tiene como objetivo analizar los conocimientos, las experiencias vividas y las actitudes de los estudiantes de enfermería, medicina y psicología de las Directivas Anticipadas de Voluntad. Estudio cuantitativo, descriptivo con estudiantes de pregrado en enfermería, medicina y psicología. Participaron del estudio 60 académicos que cursaban su último año de graduación y el cuestionario fue enviado a los participantes de la investigación vía correo electrónico. Instrumento adaptado culturalmente de un cuestionario internacional encontrado en la búsqueda bibliográfica. De 115 preguntas originales, el cuestionario final fue de 81 variables, que evalúan los conocimientos, actitudes, experiencias y nivel de confianza de los estudiantes de enfermería. Revisado por el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales y la recopilación de datos posteriormente inició la aprobación del comité de ética de la investigación. En cuanto al conocimiento, vemos disuasión (44,4%) en relación a lo que realmente son las directivas. En cuanto a las actitudes, el puntaje en el curso de pregrado en medicina sumó una moda de 53 puntos, en el curso de pregrado en psicología una moda de 49 puntos y finalmente, en el curso de pregrado en enfermería con 47 puntos. La mayoría de los académicos nunca han tenido experiencia con directivas. En cuanto al nivel de confianza, el curso de psicología se siente menos confiado con directivas (9 puntos), curso de enfermería (14 puntos) y medicina (19 puntos). Es necesario llevar estas discusiones al ámbito académico. Y, por mucho que los académicos tengan una actitud positiva, esta actitud se basa en la oscuridad del desconocimiento de este tema durante todo el proceso de formación.

INTRODUÇÃO

O tempo e as situações fizeram com que os valores individuais da sociedade contemporânea fossem modificando os padrões morais. Padrões considerados imorais se tornaram normais à moralidade humana e, dessa forma, com a morte do corpo humano não foi diferente. Ela passou de algo intocável a simples material a ser usado para sobrevivência de outrem. (PESSINI, 2013).

Na cultura ocidental, se torna mais difícil de acolher a finitude, apreendendo a dicotomia de uma mesma realidade: somos seres vivos e iremos morrer um dia. É sob essa perspectiva que a morte permeia o imaginário do homem, confrontando as fábulas defensivas criadas pelas pessoas como uma muralha oposta a ideia de sua própria morte. Por que a aceitar tal pensamento causa tanta angústia? Assim compreender os mecanismos de defesa, como também a “subjetividade em sua totalidade, a partir de seu movimento, contradições e historicidade” (COMBINATO e QUEIROZ, 2006, p. 212), se torna fundamental. (PINTO; BAIA, 2013).

Sabendo do nosso processo cultural, e, pensando que isso afeta de certa forma, o âmago profissional da saúde. Mais recentemente, em 2012, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução CFM 1.995/2012, legitima a postura médica sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Além de sua atualidade e inovação frente aos novos desafios técnico-científicos, avaliza, no que tange às decisões sobre cuidados e tratamentos, a consideração da vontade prévia e expressamente manifestada pelo paciente, desde que em harmonia com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica devendo essa vontade prevalecer sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares. (CFM, 2012)

As Diretivas Antecipadas da Vontade (DAV) são entendidas como o conjunto de desejos manifestados previamente pelo paciente sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber quando estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. As DAV reconhecem o direito do paciente de recusar tratamentos fúteis, também conhecidos como extraordinários, ou seja, aqueles tratamentos que visam apenas a prolongar sua vida biológica, sem garantir sua qualidade. (HASSEGAWA, et al, 2019).

No Brasil ainda não há legislação específica para as DAV, e desde a Resolução 1.995/2012 do CFM, as discussões ocorrem informalmente de forma discreta entre grupos de profissionais. Os estudos científicos trazem à tona essa discussão, que para muitos ainda há uma confusão, principalmente, no que tange aos acadêmicos das graduações em saúde, que além de

se confrontarem com o momento da finitude e toda a tomada de decisão necessária nesse momento, precisam preservar as vontades mencionadas pelos pacientes.

Nesse interim, sabendo dos entraves que esse futuro profissional encontrará ao exercer sua assistência, se torna fato a busca por instrumentos que possam servir de parâmetro para a pesquisa, e assim, serem convertidos em instrumentalização e conhecimento para a comunidade científica e geral. Assim, questiona-se: “Quais são os conhecimentos, atitudes, experiência e confiança dos acadêmicos de enfermagem, psicologia e medicina em relação às DAV e qual a relação entre essas variáveis estudadas?

Dessa forma, o presente artigo, objetiva analisar o conhecimento, as experiências vivenciadas e as atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia das Diretivas Antecipadas de Vontade

PERCURSO METODOLÓGICO

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, com um desenho correlacional descritivo dentro das quatro escalas utilizadas. Com acadêmicos de graduação da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Participantes do Estudo

O estudo foi realizado com acadêmicos de graduação dos cursos de enfermagem, psicologia e medicina. A amostra foi calculada na modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, dessa forma, os participantes da pesquisa foram selecionados de acordo com a disponibilidade no período da coleta dos dados (HULLEY et al., 2008). No total, participaram do estudo, 60 acadêmicos que estavam cursando o último ano de graduação, sendo utilizados como critérios de inclusão: ser acadêmico de enfermagem, psicologia e medicina; estar no último ano de graduação; e critérios de exclusão estar devidamente matriculado em semestres anteriores aos de estágio curricular e não estar cursando nenhuma disciplina optativa junto a de estágio curricular.

Local da Pesquisa

A coleta de dados iniciou posteriormente a aprovação do comitê de ética na pesquisa e após a autorização das coordenações dos cursos de graduações que fizeram parte da pesquisa . Em virtude do momento atual, bem como, a distância entre as locações de cada curso, o questionário, foi inserido na plataforma *Google Forms* e foi encaminhado aos participantes da

pesquisa via *e-mail*. Em relação a infraestrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa, foi preciso de rede de internet e computador ou smartphone ou tablet ou notebook, tanto para a execução da pesquisa, quanto para o processo de coleta de dados em si, pois os participantes receberam o questionário via *e-mail*. Os participantes tiveram a sua privacidade garantida durante todo o processo de coleta de dados.

Instrumentos para a coleta de dados⁹

Ao realizar uma busca na literatura científica, foi encontrada a “**Knowledge, Attitudinal, and Experiential Survey on Advance Directives (KAESAD)**”. Este, é um instrumento de coleta de dados, com o objetivo de descrever o conhecimento, atitudes e experiências dos enfermeiros com relação às DAV. Foi construído, principalmente, pela Enfermeira Mary Ann Jezewski, ela é professora associada da Escola de Pesquisa da Universidade de Enfermagem de Buffalo no Texas – EUA.

A solicitação da autorização à autora principal da KAESAD para a realização da tradução e adaptações ocorreu via e-mail. Com a autorização concedida, a autora encaminhou a versão original do instrumento em inglês (Anexo A) e, ainda, solicitou que não fosse divulgado ou publicado o instrumento original e, somente, dessa forma, poderia dar início ao processo de validação.

Após a análise das variáveis, foi necessária uma adaptação cultural do instrumento, sendo necessário excluir e incluir algumas questões conforme a legislação local e prática assistencial. De 115 questões originais, o questionário final foi para 81 variáveis, que serão descritas a seguir.

O instrumento foi dividido em 6 seções, a primeira coleta informações pessoais e acadêmicas dos participantes (17 questões), a segunda avalia o conhecimento geral sobre as diretivas antecipadas de vontade, por meio de afirmativas. Nessa seção, o acadêmico deve responder se a afirmativa é verdadeira, falsa ou não sabe. Na próxima seção, avalia o conhecimento dos acadêmicos acerca das DAV e as legislações vigentes no país e conforme os códigos de ética específicos de suas futuras profissões (4 questões), sendo três questões categóricas com “sim” ou “não” nas afirmativas e uma questão aberta sobre a compreensão dos acadêmicos acerca da importância da resolução 1.995/2012 para o fazer profissional.

Já a seção quatro mede as possíveis atitudes profissionais em relação à tomada de decisão no final da vida, composta por 17 questões, que são medidas em uma escala likert de 1

⁹ Instrumento adaptado APÊNDICE D: INSTRUMENTO ADAPTADO TRANSCULTURALMENTE

a 4 (sendo 1= discordo totalmente e 4=concordo totalmente), totalizando 72 pontos. Também, na seção subsequente, as experiências com diretivas antecipadas de vontade, estratificadas por afirmativas em ambiente de estágio (7 questões), com respostas categóricas “sim=1” ou “não=0” e meio acadêmico (17 questões), com resposta em escala likert de 1 a 4 (sendo 1= discordo totalmente e 4=concordo totalmente), totalizando 68 pontos. E, por fim, o nível de confiança dos acadêmicos em relação às diretivas antecipadas de vontade (9 questões), também medidas por escala likert de 1 a 5 (1=nem um pouco confiante a 5=muito confiante), totalizando 45 pontos.

Análise de Dados

Para a análise dos dados, foi utilizado o software estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) - versão 25.0, para promover uma organização dos resultados em tabelas que proporcionem uma melhor visualização e interpretação. Foi realizada a estatística descritiva,

A estatística descritiva compõe um conjunto de técnicas que visa descrever, sintetizar, totalizar e expor os dados da pesquisa através de técnicas de distribuição de frequência, medidas de tendência central (média, mediana e moda), medidas de dispersão e correlações. (GAYA, 2008).

Considerações Éticas

A pesquisa iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande sob parecer nº4.692.729 e CAAE: 44751121.0.0000.5324, seguindo todos os preceitos com relação à ética em pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Com o intuito de analisar o conhecimento, as experiências vivenciadas e as atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia das Diretivas Antecipadas de Vontade organizaram-se os resultados desse estudo conforme as médias das pontuações das escalas utilizadas, medindo então, o conhecimento, as atitudes, experiências e nível de confiança acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade. Mas antes, é necessário caracterizar esses participantes.

Descrição dos participantes

Participaram da pesquisa 60 acadêmicos, destes 30 (50%) do curso de graduação em enfermagem, 11 (18,3%) do curso de graduação em psicologia e 19 (31,7%) do curso de graduação em medicina. Do total de participantes 40 (66,7%) são do sexo feminino e 20 (33,3%) são do sexo masculino. No que tange a faixa etária, 42 (70%) tem entre 20 e 29 anos, 10 (16,7%) entre 30 e 39 anos, 6 (10%) entre 40 e 49 anos e apenas 2 (3,3%) participantes entre 50 e 59 anos.

No que diz respeito a etnia dos acadêmicos, 45 (75%) se autodeclarou branco, 7 (11,7%) negro, 7 (11,7%) pardo e 1 (1,7%) acadêmico se autodeclarou na categoria “outra”, porém não informou qual seria sua origem étnica. Já, em relação ao estado civil, 45 (75%) dos participantes são solteiros, 8 (13,3%) são casados, 3 (5%) divorciados e 4 (6,7%) tem união estável com cônjuge. Se tratando de crença religiosa, 15 (25%) não possuem religião, 18 (30%) são católicos, 12 (20%) são espíritas, 8 (13,3%) são umbandistas, 2 (3,3%) são evangélicos, 2 (3,3%) são protestantes, 2 (3,3%) são ateus e 1 (1,7%) adventista.

Outro ponto importante em relação aos questionamentos do instrumento, foram as questões relacionadas diretamente às DAV, que indagavam se os acadêmicos tinham ou conheciam algum familiar que possuía o seu testamento vital, e ainda, um dos pontos cruciais do instrumento, o número de vezes que os acadêmicos tiveram alguma instrumentalização referente as DAV e como se deu essa instrumentalização. A seguir as porcentagens descritivas das questões:

		ENFERMAGEM		PSICOLOGIA		MEDICINA	
		N	%	N	%	N	%
Possui DAV?	Sim	4	13,3%	0	0%	1	5,3%
	Não	26	86,7%	11	100%	18	94,7%
Sabe se algum familiar possui DAV?	Sim	1	3,3%	1	9,1%	2	10,5%
	Não	29	96,7%	10	90,9	17	89,5%
Já ouviu falar DAV?	Sim	12	40%	2	18,2%	6	31,6%
	Não	18	60%	9	81,8%	13	68,4%
Quantas vezes ouviu na graduação?	0	10	33,3%	9	81,8%	12	63,2%
	1	6	20,0%	1	9,1%	3	15,8%
	2	9	30,0%	1	9,1%	1	5,3%
	3	2	6,7%	0	0%	1	5,3%
	4	3	10,0%	0	0%		0%
	5	0	0%	0	0%	2	10,5%

Sendo estagiário já recebeu alguma instrumentalização?	Sim	1	3,3%	0	0%	1	5,3%
	Não	29	96,7%	11	100%	18	94,7%
De que forma?	Não tive	26	86,7%	11	100%	17	89,5%
	Aula	2	6,7%	0	0%	2	10,5%
	Palestra	1	3,3%	0	0%	0	0%
	Restrito a equipe	1	3,3%	0	0%	0	0%

FONTE: autora (2022)

Sendo assim, agora veremos estratificado por escala como se deu os escores o conhecimento, as experiências vivenciadas e as atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia das Diretivas Antecipadas de Vontade

CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS ACERCA DAS DAV

As afirmativas nesse nessa etapa do instrumento fazem com que os acadêmicos precisem ponderar entre verdadeiro, falso ou não sei. Na tabela abaixo conseguimos ter uma ideia “macro” sobre esses discernimentos dos 60 participantes em relação as DAV.

Em um geral, vemos uma dissuasão (44,4%) em relação ao que realmente se trata as DAV, de que forma ela pode ser aplicada, diferenças em relação ao mandato duradouro e sobre quem escolher para tal, sobre a não necessidade de autenticação em cartório e até mesmo, sobre quem pode orientar sobre a escrita da mesma. Porém, essa tabela configura-se na média de respostas entre todos os participantes.

AFIRMATIVAS		ENF (N=30)	MED (N=19)	PSI (N=11)	ACADÊMICOS (N=60)
1) Uma diretiva antecipada de vontade é um documento legal que permite que as pessoas exerçam seus direitos de aceitar ou recusar atendimento médico, mesmo quando não podem mais tomar suas próprias decisões.	Verdadeiro	14	15	7	43
	Falso	9	2	2	10
	Não sei	7	5	2	7
2) Diretiva antecipada de vontade é um termo usado para descrever testamentos vitais, procuradores de assistência médica e/ou mandatos duradouros para assistência em saúde.	Verdadeiro	11	6	5	25
	Falso	8	3	2	14
	Não sei	11	10	4	21

3) As pessoas devem ter um testamento vital e um mandato duradouro para assistência em saúde antes que as decisões em fim de vida sejam respeitadas.	Verdadeiro	4	2	1	14
	Falso	24	10	5	22
	Não sei	2	7	5	24
4) Um testamento vital permite que as pessoas descrevam por escrito o tipo de assistência em saúde que desejam ou não desejam receber quando estão incapazes de manifestar a sua vontade.	Verdadeiro	22	14	9	46
	Falso	1	0	0	4
	Não sei	7	5	2	10
5) O mandato duradouro para assistência em saúde concede a uma pessoa (procuração) a autoridade para tomar decisões de cuidados de saúde para o paciente quando o mesmo não puder mais tomar essas decisões.	Verdadeiro	21	10	8	40
	Falso	2	1	0	2
	Não sei	7	8	3	18
6) As pessoas podem nomear quem quiserem como seu procurador (agente).	Verdadeiro	23	9	4	34
	Falso	3	2	3	7
	Não sei	4	8	4	19
7) Os testamentos vitais e os mandatos duradouros para cuidados de saúde devem sempre ser autenticados.	Verdadeiro	24	7	8	37
	Falso	3	4	1	8
	Não sei	3	8	2	15
8) Uma diretiva antecipada de vontade torna-se eficaz quando as pessoas não conseguem tomar e/ou comunicar suas decisões de tratamento em saúde.	Verdadeiro	8	13	8	45
	Falso	15	1	0	4
	Não sei	7	5	3	11
9) Qualquer pessoa pode auxiliar/orientar o paciente a escrever a sua diretiva antecipada de vontade.	Verdadeiro	20	5	5	17
	Falso	10	5	2	23
	Não sei	0	9	4	20

Negrito = resposta correta

FONTE: autora (2022)

Quando estratificamos esses dados por curso de graduação, alguns pontos carecem determinada atenção.

Na questão 2, trata sobre o que de fato é a DAV, os acadêmicos de medicina desconhecem em sua maioria o seu papel, pois assinalaram “não sei”, configurando 52,6% do total dos participantes. Tal dado se torna preocupante, pois sabe-se que é o profissional médico que prescreve terapêuticas voltadas à doença.

Já na questão 3 que afirma que os pacientes devem ter o documento para que possam valer as suas vontades, os acadêmicos de enfermagem ficaram empatados entre as respostas

“sim” e “não sei” (36,7%). Dado esse que também, se mostra expressivo comparados aos demais pois são estes profissionais que auxiliam e executam muitas das terapêuticas, exames e cuidados ao paciente e nem sempre este paciente terá o documento, ou muito menos, saberá sobre a existência do mesmo, o que não significa que não cumpriremos com as suas vontades.

No que diz respeito a questão 6, que afirma que qualquer pessoa pode ser pessoa escolhida pelo paciente para ser seu procurador de saúde, os acadêmicos de psicologia empataram nas alternativas “sim” e “não sabem” (36,4%), sabe-se que muitas vezes, o profissional de psicologia que auxilia o paciente nesses conflitos morais e familiares e, dessa, forma torna-se necessário esse conhecimento para clarificar as ideias para a tomada de decisão. Já na questão 9 que afirma que qualquer pessoa pode auxiliar ou orientar sobre as diretivas, teve respostas diferenciadas entre os três cursos de graduação. Em relação aos acadêmicos de enfermagem, 50% responderam que “não”, 47,4% dos acadêmicos de medicina “não sabem”, sendo essas as respostas consideradas erradas para a questão. E, 45,5 dos acadêmicos de psicologia acertaram afirmando que qualquer pessoa pode auxiliar o paciente nesse momento.

ATITUDES PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO À TOMADA DE DECISÃO NO FINAL DA VIDA

Em relação a este instrumento, a tabela apresentada mostra a moda e o desvio padrão da escala conforme os participantes totais. Cada afirmativa possui um “gabarito” onde se espera determinada atitude referente a um escore na escala likert, sendo 1 discordo totalmente e 4 concordo totalmente, totalizando 59 pontos (sabendo que as questões 4,5 e 8, possuem pontuação reversa). Para melhor descrever os resultados da escala, os dados a tabela foram divididos conforme os cursos de graduação. Vemos a tabela a seguir:

AFIRMATIVAS	Moda	Desvio padrão
1. Pacientes com capacidade de tomada de decisão que não estão em estado de vida devem ter o direito de recusar suporte de vida, mesmo que essa decisão possa levar à morte	4	,846
2. Os profissionais de saúde devem defender os desejos do paciente, mesmo que entrem em conflito com as próprias opiniões da equipe de saúde.	4	,699
3. Às vezes, é melhor ocultar informações dos pacientes.	1	,688
4. Na maioria das vezes, os pacientes são suficientemente informados para preparar diretrizes antecipadas.	1	,951
5. Os profissionais de saúde devem ir contra os desejos dos familiares se entrarem em conflito com as decisões de fim de vida do paciente.	3	,901

6. Os profissionais de saúde não devem violar as políticas do hospital ao defenderem as decisões de fim de vida do paciente.	2	,956
7. As diretivas antecipadas de vontade levarão à aceitação da eutanásia.	1	1,027
8. Se a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) for inútil para um paciente com capacidade de tomada de decisão, uma decisão de renunciar à ressuscitação deve ser tomada sem a permissão do paciente.	1	,940
9. Os pacientes devem considerar as opiniões dos membros da família ao preencher as diretivas antecipadas de vontade.	2	1,055
10. Eticamente, não há diferença entre iniciar um tratamento de suporte à vida e interrompê-lo após o início.	1	0,918
11. Mesmo que o suporte de vida, como ventilação mecânica e diálise, seja interrompido, a nutrição e a hidratação artificiais devem ser continuadas.	4	1,032
12. Os profissionais de saúde devem se envolver ativamente em ajudar os pacientes a cumprir as diretrizes antecipadas.	4	,767
13. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de conversar entre si sobre a terapêutica instituída se os direitos de um paciente não tiverem sido considerados.	4	,561
14. Os profissionais de saúde devem convencer os pacientes a aceitar o tratamento quando for melhor para eles.	3	1,047
15. Pacientes com capacidade de tomada de decisão devem sempre ser consultados sobre decisões de não ressuscitar.	4	,853
16. Os profissionais de saúde devem ajudar a informar os pacientes sobre sua condição e alternativas de tratamento.	4	,729

FONTE: autora (2022)

Para melhor descrever os resultados da escala, os dados a tabela foram divididos conforme os cursos de graduação. No que diz respeito o curso de graduação em medicina, totalizou uma moda de 53 pontos, o curso de graduação em psicologia uma moda de 49 pontos e por último, o curso de graduação em enfermagem com 47 pontos.

EXPERIÊNCIAS COM DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM AMBIENTE DE ESTÁGIO E MEIO ACADÊMICOS

O instrumento que se refere as experiências no ambiente de estágio possui seis questionamentos que indagam os acadêmicos sobre vivências e o resultado dessas perguntas acaba por mostrar as vivências dos mesmos com as diretivas. No que diz respeito aos 60 acadêmicos, o escore acaba preocupando, pois sabendo que 1 refere a resposta “sim” e 0 para “não”, vendo a média geral conforme o gráfico abaixo, temos como resultado geral, zero, pois a maioria expressiva dos acadêmicos nunca tiveram nenhuma experiência com as DAV.

EXPERIÊNCIAS NO AMBIENTE DE ESTÁGIO	ESCORE
--	---------------

	(Sim =1;Não = 0)
1. Você já cuidou de um paciente com uma diretiva antecipada de vontade?	Sim: 6 (10%) Não: 54 (90%)
2. Você já foi testemunha de uma diretiva antecipada de vontade para um paciente?	Sim: 7 (11,7) Não: 53 (88,3%)
3. Você já aconselhou pacientes/familiares sobre diretivas antecipadas de vontade?	Sim: 3 (5%) Não: 57 (95%)
4. Você já iniciou uma discussão/orientação sobre diretivas antecipadas de vontade com um paciente?	Sim: 3 (5%) Não: 57 (95%)
5. Você já prestou atendimento/assistência/tratamento a pacientes cuja diretiva antecipada de vontade indicava o contrário?	Sim: 4 (6,7) Não: 56 (93,3%)
6. Você já observou outros profissionais tratando pacientes cuja diretiva antecipada de vontade indicava o contrário?	Sim: 9 (15%) Não: 51 (85%)

Negrito = resposta correta

FONTE: autora (2022)

Já no que diz respeito ao instrumento que mede a experiência em ambiente acadêmico por meio de uma escala likert de 4 pontos, sendo 1 discordo totalmente e 4 concordo totalmente, expressa o quanto não é falado ou compartilhado com o acadêmico em que momento deve ser feita a abordagem do paciente, e na maioria das vezes, apenas demonstrado que essas conversas devem ser feitas quando o paciente já está em cuidado paliativo, por exemplo.

Ainda, o quanto os profissionais de saúde nem sabem das DAV dos pacientes, baseado na terapêutica instituída de forma conjunta por todos os profissionais e também, que os pacientes, na maioria das vezes, nem tem conhecimento sobre o seu real estado de saúde e que tal afirmativa, impossibilita a construção das DAV e a tomada de decisão do paciente.

EXPERIÊNCIAS NO AMBIENTE ACADÊMICO	ESCORE (Escala Likert 1 a 4)
1. A maioria dos pacientes é abordada cedo o suficiente em sua doença terminal para permitir que eles tomem decisões informadas sobre os cuidados no final da vida.	1 (1,091)
2. Os pacientes e seus profissionais de saúde geralmente concordam/compreendem sobre o que constitui tratamento clinicamente fútil.	2 (,790)
3. Um impedimento para tomar boas decisões sobre os cuidados no final da vida é a dificuldade de se comunicar com os pacientes e suas famílias.	4 (,996)
4. Muitas vezes, não há tempo suficiente para discutir diretivas antecipadas com os pacientes.	3 (,958)
5. Com diretivas antecipadas, os pacientes são capazes, mesmo em condições de incapacidade, de manter sua autoridade e autonomia em relação aos cuidados de saúde.	4 (,650)
6. Os profissionais de saúde geralmente conhecem os desejos de seus pacientes em relação ao planejamento prévio dos cuidados.	2 (,872)
7. Geralmente os profissionais de saúde podem responder às perguntas dos pacientes sobre diretivas antecipadas.	3 (1,017)
8. Os membros da família seguem a diretiva antecipada do paciente na maioria das vezes.	2 (,619)
9. As informações de uma diretiva antecipada (documento) geralmente são suficientes para orientar o tratamento.	2 (,746)

10. A presença de um testamento incentiva a discussão entre um paciente e um profissional de saúde sobre as preferências do paciente	3 (,813)
11. Alguns pacientes são excluídos da tomada de decisões sobre seus cuidados porque são inadequadamente julgados como incapazes de tomar decisões.	4 (,756)
12. Os profissionais de saúde geralmente conhecem as decisões de seus pacientes em relação ao planejamento prévio dos cuidados.	2 (,756)
13. A maioria dos pacientes tem conhecimento suficiente sobre sua condição médica e possíveis tratamentos para preparar diretivas antecipadas	2 (,833)
14. O custo dos cuidados de saúde afeta a tomada de decisão no final da vida	3 (,882)
15. Na maioria das vezes, os familiares conhecem a preferência do paciente em relação aos cuidados no final da vida.	2 (,892)
16. Pacientes em estado terminal com uma ordem de não ressuscitar recebem menos cuidados em geral.	2 (,823)
17. Ajudar os pacientes a cumprir diretivas antecipadas é emocionalmente desgastante	3 (,962)

FONTE: autora (2022)

NÍVEL DE CONFIANÇA

A escala de confiança mensura por meio de afirmativas o nível de segurança para lidar com os pacientes e as DAV, respondido por meio de escala likert de 5 pontos, sendo 1 para nada confiante e 5 para muito confiante. A escala totaliza 45 pontos. Ao fazer o somatório por curso de graduação, vemos que o curso que menos se sente confiante com as DAV é o de psicologia com 9 pontos totais, em seguida o de enfermagem com 14 pontos totais e, o de medicina com 19 pontos totais com o curso de mais se sente confiante.

	ESCORE (DP)		
	ENFERMAGEM	PSICOLOGIA	MEDICINA
1. Conhecer as disposições da Resolução 1.995/12 acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade, bem como, as disposições do seu código de ética diante das DAV.	1 (1,278)	1 (1,191)	1 (1,353)
2. Iniciar discussões sobre as diretivas antecipadas de vontade com os pacientes.	1 (1,208)	1(1,414)	2 (1,108)
3. Responder às perguntas dos pacientes sobre diretivas antecipadas de vontade.	2 (1,159)	1(1,272)	2 (1,182)
4. Responder às perguntas dos membros da família sobre diretivas antecipadas de vontade.	3 (1,194)	1(1,272)	2 (1,084)
5. Responder às incertezas de um paciente sobre diretivas antecipadas de vontade.	1 (1,264)	1(1,214)	2 (1,049)

6. Cumprir as disposições das diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.	3 (1,382)	1(1,375)	3 (1,286)
7. Instrumentalizar/ensinar outros profissionais de saúde sobre diretivas antecipadas de vontade.	1 (1,259)	1(1,214)	1 (1,197)
8. Advogar pelas diretivas antecipadas dos pacientes quando elas são contrárias aos desejos da família.	1 (1,432)	1(1,375)	2 (1,336)
9. Mediar quando há desacordo entre pacientes e familiares em relação às decisões sobre o fim da vida.	1 (1,474)	1(1,572)	4 (1,353)

DISCUSSÃO DOS DADOS

No que diz respeito ao conhecimento dos acadêmicos da área da saúde, encontrou-se outros estudos que, também, utilizaram o mesmo instrumento de coleta (KAESAD) e chegaram em um resultado de aproximadamente 60%, o que se aproxima do nosso estudo onde o conhecimento dos acadêmicos resulta em 55,6%. Assim, o nível de conhecimento dos enfermeiros foi avaliado por muitos investigadores, com taxas de precisão que variam entre os 30% A 80% (Badzek et al., 2006; Ryan et al., 2001), e os resultados do estudo KAESAD comparam-se favoravelmente com outros estudos resultado desejado.

A falta de instrumentalização sobre as DAV ao longo do processo de formação traz influência direta neste quesito, podendo tornar o conhecimento menos valioso. Scherer et al. (2006), demonstra em seu estudo o quanto a instrumentalização, tanto na academia quanto no ambiente de trabalho sobre as DAV sugestionam um conhecimento maior e se correlacionam, com níveis mais altos de autoconfiança e experiências mais positivas.

Vale ressaltar que os acadêmicos da área da saúde, em maioria os de medicina, (totalizando 52,6%) concordaram com a afirmação de que os pacientes terminais recebem menos cuidados, refletindo o fato de eles compreendem corretamente a intenção da DAV e como isso afeta o atendimento ao paciente, por mais que não saibam de fato o seu objetivo.

Nesse sentido, quanto mais bem informados os médicos estão sobre cuidados paliativos, mortalidade e processo de fim de vida, mais confiantes eles estão para tomar decisões que beneficiem seus pacientes. (FORTE et al., 2012).

Ainda, verificou-se além do desconhecimento, a maioria dos acadêmicos não possui sua diretiva ou, muito menos, conhecem algum familiar que a tenha. Essa informação justaposta a um estudo sobre os registros das DAV com tabeliões da cidade de Porto Alegre/RS, que

afirmam o pouco registro da população, sendo inferiores à 3 por tabelionato (CRIPPA; FEIJO, 2016)

No que tange a instrumentalização durante o processo de graduação, dois estudos com acadêmicos de enfermagem e medicina¹⁰ demonstram a não menção sobre as DAV, corroborando com este estudo onde 90 % nunca ouviram falar sobre as DAV e 96,7% nunca tiveram instrumentalização em sala. De acordo com a primeira pesquisa, 270 (77,60%) dos estudantes de medicina não tiveram a oportunidade de falar sobre esse assunto durante o processo de formação (KULICZ; AMARANTE; NAKATAMI; FILHO; OKAMOTO, 2018). E, no outro com acadêmicos de enfermagem apenas 14 (44%) afirmaram terem discutido sobre durante a graduação. (FREITAS; REPPETTO, 2021).

Também, no que diz respeito a afirmação sobre a obrigatoriedade de registro das DAV em cartório, 61,1% dos acadêmicos concordam, contudo, Lippmann (2013) saliente que a formalização desta Diretiva no tabelionato não é necessária, como visto acima, porém, para o referido autor, há vantagens em efetuar o registro, pois o documento se torna “de fácil acesso, podendo ser facilmente recuperado”.

A afirmativa “Qualquer pessoa pode auxiliar/orientar o paciente a escrever a sua diretiva antecipada de vontade.” que traz à tona a reflexão e questionamento se é necessária a participação de um profissional da saúde para iniciar a conversa sobre as DAV, torna-se contraditória quando 71,6% dos acadêmicos afirmam que esta informação é falsa ou não tem certeza da resposta, pois se a maioria dos futuros profissionais de saúde desconhecem as DAV como poderiam iniciar uma conversa com os pacientes?

Kulicz e colaboradores (2018) , em seu estudo, corroboram com a informação de que a maioria dos estudantes de medicina (95%) responderam que seria responsabilidade do médico informar aos pacientes sobre as DAV. Sendo assim, o que menos deveria importar é de quem compete dar o *start* na conversa com o paciente, mas sim, trazer essas discussões mais à tona nos diversos ambientes, sejam eles hospitalares, acadêmicos ou familiar.

Na contramão do que foi dito anteriormente, os acadêmicos possuem na escala das atitudes um viés à advocacia do paciente. Tal fato se confirma com a alta concordância dos acadêmicos em apoiar os desejos dos pacientes, ajudar pacientes com DAV, envolvimento para cumprir as

¹⁰ Nenhum estudo traz o acadêmico de psicologia no cerne das DAV, encontrou-se um estudo de 2020 de Barreto e Capelas com o objetivo de avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as diretivas antecipadas de vontade, mostra de 1,6% da sua amostra é composta por psicólogos, porém na hora de mostrar os resultados não os estratifica.

DAV dos pacientes, conversar entre eles para compreender as DAV dos pacientes e orientar os pacientes sobre as diretivas.

Dessa forma, a atitude de advocacia em saúde, incita a promoção autonomia do paciente. Sabe-se que ao descobrir determinada enfermidade o paciente torna-se vulnerável e fica exposto a situações de risco diante das quais é imprescindível que os profissionais de saúde o defendam e promovam os interesses do paciente, tornando seguro o acesso ao conhecimento de seus direitos de escolha às terapêuticas mais acessíveis de acordo com seus desejos. (SHANNON, 2016; COHEN E MARSHALL,2017; GODINHO; BARLEM; BARLEM; ROCHA; COGO; DALMOLIN, 2020).

Se tratando da falta de experiências em ambiente acadêmicos e em ambiente de estágio, zero foi a experiência de 100% dos acadêmicos em ambiente de estágio e, em relação a experiência em ambiente acadêmico, as pontuações da escala likert e os respectivos desvios padrão, demonstra o quanto não é falado e discutido em ambiente acadêmico. Um estudo com acadêmicos da saúde, utilizando o KAESAD em outro país, demonstram que com o passar dos semestres, a resposta em relação às experiências nos diversos ambientes vai mudando (GEORGE; DECRISTOFARO; MURPHY; REMLE, 2020), o que corrobora com o que foi mencionado anteriormente, ou seja, é necessário elucidar sobre as DAV desde cedo no processo de formação dos profissionais da saúde.

Até porque, a decisão de cada (futuro) profissional vai depender do conhecimento científico que sustenta o seu exercício profissional e a intervenção que vai ser realizada; ou seja, para que as DAV sejam cumpridas, a equipe multiprofissional decide as intervenções baseadas, respectivamente, no conhecimento específico de cada profissão amparados por lei de regulamentação profissional, o que reduziria as dificuldades evidenciadas pelos profissionais. (DEODATO, 2010)

E, por fim, no que diz respeito ao nível de confiança dos acadêmicos, vemos que há disparidade por curso de graduação, sendo de psicologia com 9 pontos totais, em seguida o de enfermagem com 14 pontos totais e, o de medicina com 19 pontos totais com o curso de mais se sente confiante. Fazendo um comparativo com um estudo que teve como objetivo de determinar o conhecimento, as atitudes, as experiências e a confiança dos enfermeiros da oncologia, cuidados intensivos e urgência na conclusão das DAV, no que tange a confiança o escore variou de 36 a 40, indicando que os enfermeiros se sentiam pelo menos moderadamente confiantes em ajudar pacientes e suas famílias com as DAV (RYAN; JEZEWSKI, 2012) , havendo uma disparidade com o nível de confiança dos acadêmicos de enfermagem, psicologia e medicina.

CONCLUSÃO

Percebe-se que os acadêmicos de enfermagem, medicina e psicologia pouco conhecem as Diretivas Antecipadas de Vontade, possuem incoerências em relação ao que se trata, conceito, aplicabilidade e pessoas que podem estimular a realização da mesma. Dos 60 participantes, em um geral, vemos uma dissuasão (44,4%) em relação ao que realmente se trata as DAV, de que forma ela pode ser aplicada, diferenças em relação ao mandato duradouro e sobre quem escolher para tal, sobre a não necessidade de autenticação em cartório e até mesmo, sobre quem pode orientar sobre a escrita das diretivas.

E, por mais que esse conhecimento não seja substancial acaba não interferindo tanto na escala de atitudes, pois as intenções desses acadêmicos, com base nos conhecimentos científicos próprios da profissão acabam evidenciando atitudes positivas em prol da autonomia do paciente, decisões e desejos de fim de vida.

Ainda, é quase unânime a falta de experiências em ambiente acadêmico (mais de 90%), ou seja, durante práticas hospitalares, cuidou, foi testemunha, aconselhou, iniciou uma discussão/orientação, prestou atendimento ou observou algum outro profissionais tratando de algum paciente que tivesse as DAV.

Já a escala sobre as experiências em ambiente de estágio expressa o quanto não é falado ou compartilhado com o acadêmico em que momento deve ser feita a abordagem do paciente, e na maioria das vezes, apenas demonstrado que essas conversas devem ser feitas quando o paciente já está em cuidado paliativo, por exemplo. Também, o quanto os profissionais de saúde nem sabem das DAV dos pacientes, baseado na terapêutica instituída de forma conjunta por todos os profissionais e também, que os pacientes, na maioria das vezes, nem tem conhecimento sobre o seu real estado de saúde e que tal afirmativa, impossibilita a construção das DAV e a tomada de decisão do paciente.

Tais dados possuem significativo reflexo na escala que remete ao nível de confiança, A escala totaliza 45 pontos. Ao fazer o somatório por curso de graduação, vemos que o curso que menos se sente confiante com as DAV é o de psicologia com 9 pontos totais, em seguida o de enfermagem com 14 pontos totais e, o de medicina com 19 pontos totais com o curso de mais se sente confiante.

Obviamente, esses dados, possuem um efeito cascata, iniciando desde a primeira escala que mede o conhecimento. Pois se os acadêmicos desconhecem o intuito das Diretivas, é

impossível ter um bom nível de confiança para lidar com o paciente que possui esse documento ou pretender escrever um. E, por mais que os acadêmicos tenham uma atitude positiva, essa atitude se baseia no escuro do desconhecimento dessa temática ao longo do processo de formação.

Ainda, reforça-se com base na literatura discutida, o quanto é necessário trazer essas discussões e conceitos durante o processo de formação desses profissionais, que de certa forma são expressos em resoluções e códigos de ética, para que o profissional consiga incitar autonomia e iniciar uma conversa sobre as DAV com os pacientes.

Encontra-se como grande limitação, além do número de participantes da pesquisa, a inexistente produção do curso de psicologia. Tal profissional de saúde foi escolhido pela sua importância terapêutica e psicossocial em abordar as notícias difíceis no que tange o fim de vida, bem como, ser um profissional que está presente na equipe multiprofissional cuidando e tratando tanto do paciente quando da família em todo o processo.

REFERÊNCIAS

- BADZEK, L.A.; LESLIE, N.; SCHWERTFEGER, R.U.; DEIRIGGI, P.; GLOVER, J.; FRIEND L. Planejamento de cuidados avançados: um estudo sobre enfermeiros de saúde domiciliar. **Pesquisa de Enfermagem Aplicada**, v.19, n 2, p. 56–62, 2006.
- BARRETO, A.L.F.; CAPELAS, M.L.V. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre as diretivas antecipadas de vontade. **Cadernos de Saúde**, v. 12, n 1, p. 36-40, 2020.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.995**, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.
- COMBINATO, D.S.; QUEIROZ, M.S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 209-16, 2006.
- COHEN, B.; MARSHALL, S. Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review. **Health Soc Care Commun.**, v. 25, n. 2, p. 309-328, 2017.
- CRIPPA, A.; FEIJÓ, A.M.G.S. O registro das Diretivas Antecipadas de Vontade: opinião dos tabeliães da cidade de Porto Alegre – RS. **Bioética no Mundo da Saúde**, v;40, n 2, p.:257-66, 2016.
- DEODATO, S. Manifestação antecipada de vontade e exercício de Enfermagem. **Ordem dos enfermeiros**, n. 36, 2010.
- FREITAS, N.C.; REPPETTO, M.A. Conhecimento dos discentes de um curso de enfermagem acerca do testamento vital. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.**; v, 66:e001, 2021.
- GEORGE, T.P.; DECRISTOFARO, C.; MURPHY, P.F.; REMLE, C.R. Knowledge, attitudes, and experience with advance directives among prelicensure nursing students. **J Nurs Educ**; v. 57, n.1, p. 35-9, 2018
- GODINHO, M. L. M., BARLEM, E. L. D., BARLEM, J. G. T., ROCHA, L. P., COGO, S. B., & DALMOLIN, G. D. L. Diretivas Antecipadas de Vontade e a concepção do protagonismo do enfermeiro na visão de estudantes de Enfermagem. **Revista M. Estudos Sobre a Morte, Os Mortos E O Morrer**, v. 5, n. 9, p. 67–83, 2020.

- HASSEGAWA, L.S.U.; et al. Abordagens e reflexões sobre diretivas antecipadas da vontade no Brasil. *Revis. Bras. Enferm.* 2019 [Internert]. 2019[acesso em 20 de abril de 2019]; 72(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0347>.
- KULICZ, M.J.; AMARANTE, D.F.; NAKATAMI, H.T.I.; FILHO, C.A.; OKAMOTO C.T. Terminalidade e testamento vital: o conhecimento de estudantes de medicina. **Rev Bioét.** (Impr.).v 26, n 3, p. 420-8, 2018.
- LIPPMANN, E. **Testamento vital**: o direito à dignidade humana. São Paulo: Matrix; 2013.
- PESSINI, L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. **Revista Bioética**, v.21, n.1, p.9-19. 2013.
- PINTO, L. F.; BAIA, Â. F. A representação da morte: desde o medo dos povos primitivos até a negação na atualidade. **Revista Hum@nae**, v.7, n.1, p. 1-15, 2013.
- RYAN, C.J.; SANTUCCI, M.A.; GATTUSO, M.C.; CZURYLO, K.; O'BRIEN, J.; STARK, B. Percepções sobre diretivas antecipadas por enfermeiros em um hospital comunitário. **Especialista em enfermeira clínica**, v. 15, n 6, p. 246–52, 2001.
- RYAN, D.; JEZEWSKI, M.A. Knowledge, Attitudes, Experiences, and Confidence of Nurses in Completing Advance Directives A Systematic Synthesis of Three Studies. **Journal of Nursing Research**, v. 20, n. 2, p. 131-141, 2012.
- SHANNON, S. The Nurse as the Patient Advocate: A contrarian view. *The Hastings Center Report*. **New York**, v. 46, p. 43-47, 2016. Supl. 1.

ARTIGO 2

Evolução conceitual das Diretivas Antecipadas de Vontade: análise conceitual evolucionista de Rodgers

Conceptual evolution of Advance Directives of Will: Rodgers' evolutionary conceptual analysis

Evolución conceptual de las Directivas Anticipadas de Voluntad: análisis conceptual evolutivo de Rodgers

Maria Luzia Machado Godinho¹¹

ORCID: 0000-0001-8505-0119

Edison Luiz Devos Barlem¹²

ORCID: 0000-0001-6239-8657

RESUMO

Objetivo: Refletir acerca da evolução conceitual das Diretivas Antecipadas de Vontade. **Métodos:** Estudo teórico-reflexivo. **Resultados:** A reflexão foi pautada em três categorias chave, sendo elas, a necessidade de trabalhar essa temática com os profissionais; conceito e a prática das Diretivas são desconhecidos pelos profissionais enfermeiros, bem como, o nível de confiança e atitudes em prol das diretivas antecipadas de vontade. É importante ter em mente que há elementos importantes que interferem nas diretivas que são conhecimento científico, nível de confiança, atitudes, experiências no meio acadêmicos e em campo de estágio. **Palavras Finais:** A lacuna instaurada é notória para o fazer profissional, assim, pesquisa se torna uma aliada para preencher essas lacunas de conhecimento e (trans)formações nesses processos que perfazem o cotidiano da enfermagem.

Descritores: Diretivas Antecipadas; Indicadores de Produção Científica; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To reflect on the conceptual evolution of the Advanced Directives. **Methodology:** Theoretical-reflective study. **Results:** The reflection was based on three key categories, namely, the need to work on this issue with professionals; The concept and practice of directives are unknown to nursing professionals, as well as the level of confidence and attitudes in favor of advance directives. It is important to keep in mind that there are important elements that interfere in the directives, which are scientific knowledge, level of confidence, attitudes, experiences in the academic environment and in the internship field. **Final Words:** The established gap is notorious for professional practice, thus, research becomes an ally to fill these knowledge gaps and (trans)formations in these processes that make up the daily life of nursing.

¹¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Escola de Enfermagem. Rio Grande/Brasil.

¹² Enfermeiro. Professor da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Escola de Enfermagem. Rio Grande/Brasil.

Descriptors: Advance Directives; Scientific Production Indicators; Nursing.

RESUMEN

Propósito: Reflexionar sobre la evolución conceptual de las Voluntades Anticipadas de Voluntad. **Metodología:** Estudio teórico-reflexivo. **Resultados:** La reflexión se basó en tres categorías fundamentales, a saber, la necesidad de trabajar este tema con los profesionales; El concepto y la práctica de las directivas son desconocidos para los profesionales de enfermería, así como el nivel de confianza y las actitudes a favor de las directivas anticipadas. Es importante tener en cuenta que existen elementos importantes que interfieren en las directivas, los cuales son el conocimiento científico, nivel de confianza, actitudes, experiencias en el ambiente académico y en el campo de prácticas.

Palabras finales: El vacío establecido es notorio para la práctica profesional, por lo que la investigación se convierte en un aliado para llenar estos vacíos de conocimiento y (trans)formaciones en estos procesos que componen el cotidiano de enfermería.

Descritores: Directivas Anticipadas; Indicadores de Producción Científica; Enfermería.

INTRODUÇÃO

As tecnologias que submergiram aos contextos hospitalares apresentam duas faces, sendo uma a que reestabelece a saúde e fornece meios de sobrevivência e a outra a que prolonga o sofrimento e a dor, através de meios artificiais de vida. Nas últimas décadas houve um aumento das discussões em âmbito nacional e internacional acerca dos direitos de o paciente realizar e manifestar seus desejos diante dessas decisões acerca de seu corpo e saúde nos processos de fim de vida e, principalmente, ser o ator principal em sua própria vida. Com isso, para que se possa preservar e garantir o direito de autonomia dos pacientes, na década de 70 a terminologia Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) começa a ser propagada, principalmente, em países da América do Norte⁽¹⁾.

E, em 31 de agosto de 2012, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a Resolução 1.995, em que se atesta a vontade do paciente terminal sobre os tratamentos médicos; da designação de um interlocutor para tal fim; além do dever do médico em cumprir a aspiração do paciente terminal⁽²⁾.

Além disso, a resolução conceitua as DAV em âmbito nacional, como sendo: “conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade”^(3:01).

Apesar disso, após a outorga da Resolução, essa prática já está vigente no Brasil, mesmo que envolta de improbabilidades. Entre 2009 e 2014, o número de documentos do tipo de Testamento Vital registrados em cartórios cresceu 2.000%, tendo sido registrados 314 em São Paulo, 86 em Mato Grosso e 53 no Rio Grande do Sul. Está crescente no preenchimento dos

Testamentos Vitais precisa estar alicerçada ao fazer dos profissionais de saúde, para que os mesmos saibam instrumentalizar os pacientes acerca do exercício de sua autonomia, mas para isso, as dificuldades em lidar com o evento morte precisa ser consideradas ⁽⁴⁾.

Diante disso, os profissionais de saúde, devem estar constantemente atentos de que a autonomia do paciente deve ser considerada mesmo quando o paciente não pode manifestar suas vontades. É necessário que os profissionais de saúde saibam respeitar a decisão anunciada pelo paciente ou abdicar da escolha do responsável designado pelo paciente, a fim de contribuir com a tomada de decisão diante da situação que se apresenta, considerando a vontade manifestada pelo paciente, bem como, sua autonomia e dignidade ⁽⁵⁾.

O ano de 2017 ⁽⁶⁾ trouxe avanços significativos na área da Enfermagem, a reestruturação do Código de Ética do Exercício da Enfermagem mostra-nos em um parágrafo único que o enfermeiro deve respeitar, porém, ainda estamos caminhando no escuro no que tange às DAV, pois percebe-se o quão ínfima a produção do conhecimento no país acerca das DAV.

Nesse contexto, em que há uma ciclicidade dos conceitos e usos ao longo dos anos, oportuniza-se a utilização da teoria evolucionista de Rodgers. Em sua análise, a autora trabalha com a construção do conceito de interesse a partir da relação entre atributos, antecedentes e consequentes ⁽⁷⁾.

O presente trabalho pretende analisar o conceito de diretivas antecipadas de vontade segundo o modelo evolucionista de Rodgers.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Para esta pesquisa, não foi necessário parecer de aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa, por não envolver diretamente seres humanos, limitando-se à utilização de base de dados de acesso público.

Referencial teórico-metodológico

De acordo com Rodgers, um conceito é uma representação cognitiva abstrata formada por uma palavra ou conjunto de palavras que resume a essência de um determinado fenômeno de uma forma que ajuda a preservar o conhecimento sem o contexto da teoria ⁽⁷⁻⁸⁾. Para ela, os conceitos são cíclicos e satisfazem três dimensões que influenciam o ciclo dos conceitos. Seu

significado, uso e aplicação. Seu significado está relacionado à utilidade que o conceito representa na prática humana. Seu uso se refere ao contexto em que o termo é usado, e sua aplicação corresponde à medida em que é adequado para uso. Assim, a análise de conceito evolutiva de Rogers visa esclarecer a aplicação de conceitos ⁽⁷⁾.

Esta abordagem é dinâmica e ampla dada a importância contextual dos conceitos. Seu processo metodológico é qualitativo e indutivo, dividido em cinco etapas.

Definir conceitos de interesse, determinar estratégias de coleta de dados, coletar e organizar dados, analisar dados e construir casos modelo ⁽⁷⁻¹⁰⁾.

A metodologia de análise evolucionária de conceito de Rogers assume que a definição do conceito de interesse faz parte do processo metodológico. Isso ocorre porque a pesquisa contextual permite que os pesquisadores selecionem os termos que mais se assemelham ao conceito que desejam estudar. Esta pesquisa contextual também ancora a estrutura da coleta de dados, particularmente a escolha do meio de coleta em relação aos tipos de material incluídos na análise. Podem ser trabalhos acadêmicos, material cinza, relatórios de grupos focais e outros documentos. ^(7,17). A coerência entre os instrumentos de pesquisa e as questões norteadoras garante a análise conceitual e a contextualização dos termos, e os critérios de seleção, inclusão e exclusão desses materiais diferem das questões norteadoras e do objetivo da análise. Nesse caso, os autores do estudo que usaram análise de conceito não descreveram buscas na literatura usando regras ou listas de verificação ⁽⁸⁻⁹⁾, incluindo coleta de dados por grupos focais ⁽¹¹⁾.

Uma vez definida a estratégia de coleta de dados, ela deve ser executada com cuidado. Observe que, para análise de conceito, as definições de termos de interesse devem ser extraídas de material que atenda aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e organizadas de forma que suas fontes possam ser identificadas e acessadas conforme necessário. Atributos, pré-condições e consequências são então identificados nas definições que compõem o corpo da análise de conceito.

O termo categórico "atributo" geralmente se refere à definição das características do fenômeno representado pelo conceito de interesse ⁽⁷⁾. Eles fornecem uma ligação direta com os chamados antecedentes e consequências do fenômeno do conceito ⁽⁷⁾. Para dar conta dessa relação, Rodgers propõe a construção de um caso modelo que satisfaça todos os atributos, resultados e antecedentes identificados no corpus analítico. Este refinamento deve ser preferencialmente colocado no contexto em que o conceito de interesse foi analisado ⁽⁷⁾.

Procedimentos metodológicos

O desenho de pesquisa utilizado foi baseado nas etapas da análise conceitual evolucionária de Rodgers ⁽⁷⁾. Ressalta-se presente material faz parte da tese intitulada: "Diretiva

Antecipada de Vontade no processo de formação dos estudantes de enfermagem, da medicina e da psicologia” do programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG.

Identificação do conceito de interesse

Foi utilizada, como base conceitual o conceito proposto em 2012 pelo Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução 1995/2012 ⁽¹²⁾, onde define: “diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.” Em um dos artigos, produto da tese mencionada, foi comprovado o desconhecimento do conceito, aplicabilidade e formas de uso das DAV.

Coleta de dados

A coleta de dados se deu na biblioteca virtual em saúde (BVS) sabendo que nesta plataforma há inúmeras bases de dados vinculadas à saúde o que pode ampliar a pesquisa.

A busca foi realizada por meio do descritor estruturado “advanced directives”. Nas opções avançadas, foi determinado que seriam selecionados artigos, artigos de revista e entradas de referência revisados por pares, publicados nos últimos cinco anos, em idiomas inglês, português e espanhol.

Os artigos encontrados por meio dessa busca atenderam aos critérios de seleção para leitura na íntegra. Como critério de inclusão, o artigo deveria apresentar uma definição clara do conceito de interesse. Ou seja, mesmo a definição utilizada sendo brasileira, os termos, desejos, autonomia, vontades, livre deveriam aparecer no artigo. O critério de exclusão estabelecido foi não ter como assunto principal as DAV.

Análise de dados

Em cada definição, foi identificado o fragmento do texto, caso houvesse, referente aos atributos, antecedentes e consequentes, utilizando Rodgers ⁽⁷⁾ como marco teórico. Simultaneamente, esses fragmentos foram incluídos em outra planilha eletrônica que continha três colunas, uma para cada termo categórico. Após todas as definições passarem por esse processo, os fragmentos de texto que estavam na planilha de atributos, antecedentes e

consequentes foram traduzidos para o português. A tradução foi livre, realizada pela primeira autora deste artigo.

Confecção do caso modelo

O caso modelo confeccionado é fictício, foi elaborado de forma isolada por uma das pesquisadoras e adequado pelos pesquisadores deste artigo. O estudo atende a todos os antecedentes, atributos e consequentes identificados na análise de dados, ilustrando a análise conceitual ⁽⁷⁾.

RESULTADOS

Coleta de dados

Inicialmente, obteve-se um número de 285 artigos. Após aplicação dos critérios e análise individual, dos 72 artigos que se encaixavam no escopo da pesquisa, apenas 39 foram utilizados. Do total mencionado, sete encontravam mesmo conceito e 26 não estavam disponíveis na íntegra, apenas o resumo.

Análise de dados

A partir da análise do corpus (72 artigos encontrados), apenas 39 artigos encontravam-se dentro dos critérios, assim, foram identificados oito atributos para o termo diretivas antecipadas de vontade, oito antecedentes e cinco consequentes. Esta relação foi traduzida para o português e disposta a seguir (quadro1).

ATRIBUTOS	ANTECEDENTES	CONSEQUENTES
Manifestação autônoma; conjunto de desejos; manifestação clara da própria vontade; testamento vital; autonomia; permite que uma pessoa tome decisões estabeleça metas de cuidados para o tratamento médico futuro eu nomeie alguém para tomar decisões em seu nome; documento formal; capacita pessoas a exercer controle sobre suas futuras decisões médicas; manifestação escrita de uma pessoa capaz que	instrumento de autonomia; instrumento legal; preferências; decisões prévias; discussão de objetivos e desejos enquanto clinicamente estáveis; documentar preferências; documentar pensamentos sobre cuidados e tratamentos médicos futuros. Incerteza em relação a aplicabilidade e validade.	garantia de autonomia; dignidade para a morte e vida; capacidade de decisão; comunicação contínua; direito de rejeitar ou suspender terapias ou procedimentos médicos quando eles forem desproporcionais as perspectivas de melhora ou quando prolongam a agonia.

consciente e livremente expressa as opções e preferências ou desejos que devem ser respeitadas nos cuidados de saúde a receber quando ocorre em circunstâncias clínicas que o impeçam de comunicar pessoalmente seus desejos.		
---	--	--

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são instrumentos legais que permitem que um indivíduo indique suas preferências para o tratamento médico que deseja ou não receber no caso de se tornar incapaz de tomar decisões devido a uma doença ou lesão grave. A análise desse conceito com base no modelo evolucionista pode fornecer insights interessantes sobre a natureza das DAV e sua relevância para os indivíduos.

De acordo com Rogers, a evolução humana é caracterizada por um processo contínuo de crescimento e desenvolvimento pessoal, no qual o indivíduo busca encontrar um senso de congruência entre sua experiência interna e sua experiência externa. Esse processo envolve a autodeterminação, a escolha consciente e a responsabilidade pelo próprio destino.

As DAV podem ser vistas como uma expressão da evolução humana, onde na medida em que permitem que os indivíduos exerçam sua autodeterminação, escolhendo as opções de tratamento médico que melhor correspondem aos seus valores, crenças e preferências pessoais. Ao fazer isso, eles assumem a responsabilidade pelo próprio destino, mesmo em situações em que são incapazes de tomar decisões informadas.

Ainda, preencher uma DAV, o indivíduo está antecipando as necessidades e desejos futuros, imaginando-se na posição de alguém incapaz de tomar decisões, e tomando decisões em seu nome. Assim, as DAV podem ser vistas como uma expressão do processo evolucionário de crescimento pessoal, autodeterminação, escolha consciente e responsabilidade pelo próprio destino. Ao permitir que os indivíduos expressem suas preferências de tratamento médico, mesmo em situações de incapacidade, as DAV podem ajudar a garantir que os cuidados de saúde sejam consistentes com as preferências pessoais do paciente e promovam um senso de congruência entre sua experiência interna e externa.

Caso modelo

M.S.S, 88 anos, sexo feminino, internada há 20 dias em Unidade de Terapia Intensiva por sepse. Encontra-se em coma. Antes de entrar em estado comatoso e havia relatado e mostrado a equipe suas vontades de fim de vida em um documento de Diretiva Antecipada de

Vontade e, que neste, além de solicitar que não fosse reanimada, não passasse por antibioticoterapia ou ventilação mecânica, deixava escrito que seu marido seria o portador de seus desejos, caso estivesse inconsciente para expressar suas vontades. Porém, seu marido, nega. Relata que não quer participar desse momento de fim de vida e que deseja que a equipe tente até o fim.

DISCUSSÃO

Antecedentes

No que se refere aos antecedentes, percebe-se que há uma dúvida em relação a aplicabilidade das DAV e a sua validade. Porém, percebe-se que antes mesmo da utilização do conceito escolhido, as pesquisas e pesquisadores da área já mostravam a sua importância primária a autonomia do paciente.

Assim, numa tentativa de auxiliar na preservação e garantia do direito de autonomia dos pacientes, na década de 70, a terminologia DAV começa a ser propagada, principalmente, em países da América do Norte, pelo advogado Luis Kutner. Ele redigiu um documento que permitisse ao paciente recusar determinados tratamentos médicos. Segundo o autor, isso protegeria seus direitos quando seu estado clínico fosse irreversível ou estivesse em estado vegetativo persistente ⁽⁶⁾. Há várias maneiras de se referir às DAV na literatura: testamento vital; manifestação explícita da própria vontade; biotestamento; diretivas avançadas; testamento biológico; vontades avançadas; entre outros. Entretanto, diretivas antecipadas de vontade parecem mais apropriadas, haja vista que são manifestações de vontade realizadas ainda em vida ⁽¹⁴⁾

Neste contexto, considera-se oportuno reconhecer que as discussões referentes aos direitos dos pacientes, quanto ao seu exercício de autonomia tomaram proporção significativa, em virtude de casos expostos na mídia, como o de Karen Ann Quinlan (1985), e Nancy Cruzan (1990), que permaneceram em estado vegetativo persistente. Seus representantes solicitaram a retirada dos suportes que prolongavam a vida, impondo um valor decisivo para a criação de uma lei acerca do tema nos EUA, despertando a necessidade de legislação em outros países. Tais casos são marcos históricos para que os EUA aprovassem a lei da The Patient Self Determination Act ou Ato de Auto-Determinação do Paciente (PSDA) e começasse a dar um impulso para outros países também discutirem o assunto ^(15,16)

A lei foi promulgada para garantir os direitos dos pacientes em relação às Diretivas Antecipadas, as quais apresentam três formas de serem implementadas: Living Will (Testamento Vital); Durable Power of Attorney for Health Care (Procuração Durável para

Cuidados de Saúde/Mandado Duradouro) e Do Not Resuscitate (Não Ressucite) ⁽¹⁷⁾, sendo assim conceituadas:

O **Testamento Vital** advém quando o próprio paciente descreve o tipo de terapêutica e cuidado que deseja receber, bem como, instruções específicas acerca de procedimentos como (sondas e ventilação mecânica), ou seja, procedimentos que prolonguem ou não a sua vida; A **Procuração Durável para Cuidados de Saúde/Mandado Duradouro** incide quando o paciente designa alguém para ser seu porta voz diante das decisões de saúde quando ele não tem condições de realizá-las sozinho; O **Não Ressucite** é um documento elaborado pelo corpo médico com o intuito de instrumentalizar os pacientes diante da preferência de realização ou não da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) ⁽¹⁷⁾.

As DAV representam a vontade do paciente de se sujeitar a tratamento médico, por meio de suas formas de serem implementadas ⁽¹³⁾. Este documento manifesta os desejos antecipados do enfermo em situação de lucidez mental e de total autonomia de decisão, para ser avaliado quando ele não puder mais decidir por conta própria ⁽¹⁸⁾. De acordo com Dadalto, Tupinambás e Greco⁽¹³⁾, este conceito parte do princípio de que o paciente tem direito de recusar tratamentos que não curam nem aliviam sintomas, mas apenas prolongam vida e sofrimento.

Atributos

Também, por mais novo que seja essa modalidade de cuidado é importância ter consciência de sua veracidade perante os desejos do paciente e além, disso, todas as instruções pertinentes frete a esse documento mutável ao longo dos anos e acontecimentos.

Segundo a American Bar Association¹³ (2017), após a elaboração do Testamento Vital que espelha as DAV, o indivíduo precisa (re)avaliar o seu estado de saúde rotineiramente e/ou sempre que um dos “5 D’s” se cumprir: **Década** – quando se iniciar uma nova década de vida; **Death (Morte)** – quando algum ente querido vir a falecer; **Divórcio** – quando se experienciar um divórcio ou outra transformação familiar significativa; **Diagnóstico** – quando for diagnosticado com uma doença grave; **Declínio** – e, quando uma situação de doença prévia se agrava, especialmente, quando comprometer ou diminuir a de autonomia desse indivíduo.

¹³ American Bar Association (ABA), foi fundada em 21 de agosto de 1878, é uma associação de advogados e estudantes de direito organizada de forma voluntária. A mesma não é específica de nenhuma jurisdição nos Estados Unidos. Ela propõe o estabelecimento de padrões acadêmicos para faculdades de direito e a concepção de modelos de códigos éticos relacionados à profissão jurídica. MATZKO, JOHN A., "The Best Men of the Bar: The Founding of the American Bar Association," in *The New High Priests: Lawyers in Post-Civil War America*, Gerard

W. Gawalt (ed.), (Westport, Conn.: Greenwood Press, 1984), pp. 75-96.

Diante disso, na presença das DAV os profissionais de saúde devem estar constantemente atentos de que a autonomia do paciente deve ser considerada mesmo quando o paciente não pode manifestar suas vontades. É necessário que os profissionais de saúde saibam respeitar a decisão anunciada pelo paciente ou abdicar da escolha do responsável designado pelo paciente, a fim de contribuir com a tomada de decisão diante da situação que se apresenta, considerando a vontade manifestada pelo paciente, bem como, sua autonomia e dignidade ⁽¹⁴⁾.

Sob essa ótica, enfatiza-se que os profissionais de saúde, cada vez mais terão de lidar com essas novas modalidades de cuidado, em decorrência da transição epidemiológica do cenário brasileiro, bem como, com o aumento das doenças crônicas não-transmissíveis, incluindo as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes e cânceres, que se tornam predominantes, representando a principal causa de mortalidade, necessitando assim de ações voltadas ao planejamento de saúde, avaliação, incentivo às tecnologias, vigilância, promoção, prevenção com melhorias nos estilos de vida ⁽¹⁵⁾.

Consequentes

Ademais, dentro das consequentes vemos como conceito chave aceitação de desejos e autonomia. O sobrescrito segue a linha de Thompson ⁽¹⁹⁾, quando afirma que DAV são instruções que o paciente prepara para guiar seus cuidados médicos, e podem ser utilizadas se o médico assistente determinar que ele não é mais capaz de tomar suas próprias decisões. O TV é tipo de diretiva antecipada muito comum, a partir do qual o enfermo define quais tratamentos quer receber: ressuscitação cardiopulmonar, ventilação mecânica, dieta artificial, medicações, fluidos intravenosos e outros.

Um dos fundamentos das DAV é o reconhecimento da autonomia do paciente, intervindo de maneira assertiva em relação à terapêutica estimada e ao representante legal que será capaz de se pronunciar sobre o paciente que se encontra em fim de vida. Cabe ressaltar que embora exista uma adaptação conceitual clara das terminologias descritas, por vezes, critica-se o uso do termo “testamento vital” – nome pelo qual essa diretiva antecipada é conhecida no Brasil – devido ao seu sentido de testamento. Pois no Brasil, o testamento, como um instrumento, corresponde a um ato unilateral de vontade, com eficácia apenas pós-morte, não se constituindo, dessa maneira, em uma nomenclatura correta ⁽²⁰⁾.

Limitações do estudo

O estudo limita-se pelo fato de ter feito o corte transversal à coleta de dados, utilizando artigos de 2018, sabendo que a produção acerca das DAV já possui escassez pelo ano em que é divulgada a resolução mencionada.

Contribuições para a enfermagem

Percebe-se a contribuição desse estudo para o cenário da enfermagem, pois o mesmo demonstra uma perspectiva diferenciada, onde podemos perceber as nuances do conceito ao longo dos anos, bem como, os seus efeitos. Esse compartilhamento vai refletir no exercício desses profissionais, no seio familiar e nas gerações futuras, para que tenham uma conversa mais aberta e sincera acerca dos seus desejos em momento de fim de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise realizada, considera-se que o termo DAV possui características marcantes de seus atributos, como por exemplo, Manifestação autônoma; conjunto de desejos; manifestação clara da própria vontade; testamento vital e , bem como, a própria autonomia, atributo este que define o real objetivo deste documento. Ainda, percebe-se que as consequências também são percebidas como positivas para o indivíduo, visto até como algo que facilita uma dignidade no momento da morte. Porém, apesar disso, nos antecedentes ainda se percebe uma dúvida em relação a aplicabilidade e validade deste documento. O que denota que é um assunto que precisa de divulgação e pesquisas para que as pessoas entendam a real necessidade de escrever sua própria DAV.

Referências

- 1 Alves CA, Fernandes MS, Goldim JR. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. *Clinical & Biomedical Research*, [S.l.] 2012; 32(3): 358-62.
- 2 Dadalto L, Greco DB, Tupinambás U. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Rev. Bioét.*2013;21(3):463-76.
- 3 Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.
- 4 Cambricoli F. Procura por testamentos vitais cresce 2000%. *Rev Bras Enferm.*2016; 69(6):1031-8.
- 5 Cogo SB, Lunardi VL. Anticipated directives and living will for terminal patients: an integrative review. *Rev Bras Enferm.*2015;68(3):464-74.
- 6 Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Revista Bioética [Internet]*. 2013; 21(3):463-76

7. Sousa LMM, Firmino CF, Carteiro DMH, Frade F, Marques JM, Antunes AV. Análise de conceito: conceitos, métodos e aplicações em enfermagem. *Rev Investig Enferm*[Internet] 2018[cited 2020 Apr 20];9-19. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Luis_Sousa20/publication/330205622_ANALISE_DE_CONCEITO_CONCEITOS_METODOS_E_APLICACOES_EM_ENFERMAGEM/links/5c33d6fc458515a4c7151840/ANALISE-DE-CONCEITOCONCEITOS-METODOS-E-APLICACOES-EM-ENFERMAGEM.pdf Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 3):e20200376
8. Monteiro FPM, Araujo TL, Cavalcante TF, Leandro TA, Sampaio Filho SPC. Child growth: concept analysis. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):1-9. doi: 10.1590/0104-07072016003300014
9. Oliveira RAA, Conceição VM, Araujo JS, Zago MMF. Concept analysis of cancer survivorship and contributions to oncological nursing. *Int J Nurs Pract*. 2018;24(1):1-8. doi:10.1111/ijn.12608
10. Barry A, Heale R, Pilon R, Lavoie AM. The meaning of home for ageing women living alone: an evolutionary concept analysis. *Health Soc Care Community*. 2018;26(3):e337-44. doi: 10.1111/hsc.12470
11. Callaghan JEM, Alexander JH, Sixsmith J, Fellin LC. Beyond “witnessing”: children’s experiences of coercive control in domestic violence and abuse. *J Interpers Violence*. 2015;1-31. doi: 10.1177/0886260515618946
12. Conselho Federal de Medicina. Resolução no 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. [internet]. 31 ago. 2012 [acesso 31 ago. 2012]. Disponível:
13. Caricati F, Reis C. AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E O LIVRE CONSENTIMENTO. *Percurso*. 2019 Apr 3;2(29):426.
14. Estados Unidos da América. Patient Self Determination Act of 1990 de 18 jul de 1990. Disponível em: <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/query/z?c101:H.R.5067.IH>.
15. Dadalto L. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). *Revista de Bioética y Derecho*. 2013 May;(28):61–71.
16. Alves CA. Language, Advance Directives and Living Will: a national and international interface. *Rev. Bioéthikos*. 2013;7(3):259-70.
17. Holland JC; et al. Geriatric psycho-oncology : a quick reference on the psychosocial dimensions of cancer symptom management. England. Oxford;New York: 2015;Oxford University Press, 205p.
18. Piccini CF, Steffani JA, Bonamigo EL, Bortoluzzi MC, Schlemper BR. Testamento vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. *Bioethikos*.2011;5(4):384-91.
19. Thompson AE. Advance directives. *Jama*. 2015;313(8):868.
20. Dadalto L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. *Rev. Bioét*. 2013;21(1).

ARTIGO 3**CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA DE ENSINO SOBRE DIRETIVAS
ANTECIPADAS DE VONTADE****CONSTRUCTION OF TEACHING TECHNOLOGY ON PREVIOUS WILL
DIRECTIVES****CONSTRUCCIÓN DE TECNOLOGÍA DIDÁCTICA SOBRE DIRECTIVAS
ANTERIORES**Maria Luzia Machado Godinho¹⁴

ORCID: 0000-0001-8505-0119

Edison Luiz Devos Barlem¹⁵

ORCID: 0000-0001-6239-8657

RESUMO

O desconhecimento sobre diretivas ainda é grande no Brasil, e sobretudo, no meio acadêmico, pelos futuros profissionais de saúde. O presente artigo objetiva construir e validar um material didático de apoio aos acadêmicos da área da saúde sobre as diretivas antecipadas de vontade. Trata-se de pesquisa metodológica que se desenvolveu em duas etapas: : a) construção do e-book por meio da metodologia de Arco de Maguerez; b) validação de aparência e conteúdo por meio da banca de defesa da tese. Assim, o material foi pensado para ser aberto por meio de um Qr-Code, este código estará presente em um flyer e após a leitura de um Qr-Code, por meio da câmera do smartphone, o acadêmico terá acesso ao e-book em que está disponível 8 conteúdos dispostos em 13 telas que compreendem: de capa, a vinculação desta produção técnica e autores da produção, sumário, O que são as Diretivas Antecipadas de Vontade, diferenças entre eutanásia, ortotanásia, distanásia, mistanásia, classificações e nomenclaturas no Brasil, legislações Vigentes, qual profissional pode instruir o paciente diante das diretivas?, como introduzir uma conversa sobre as vontades do paciente? 10 motivos para fomentar a realização das Diretivas, quais canais podem ser utilizados para isso? E as referências do conteúdo. Este estudo espera ter contribuído para que mais pessoas se sintam estimuladas a produzir conteúdo em formato digital e de amplo acesso.

¹⁴ Enfermeiro. Professor da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Escola de Enfermagem. Rio Grande/Brasil.

¹⁵ Enfermeiro. Doutoranda do Programa e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Escola de Enfermagem. Rio Grande/Brasil.

ABSTRACT

The lack of knowledge about directives is still great in Brazil, and above all, in the academic environment, by future health professionals. This article aims to build and validate didactic material to support academics in the health area on advance directives. It is a methodological research that was developed in two stages: a) construction of the e-book through the methodology of Arco de Maguerez; b) appearance and content validation through the thesis defense committee. Thus, the material was thought to be opened through a QR-Code, this code will be present in a flyer and after reading a QR-Code, through the smartphone camera, the academic will have access to the e-book in that 8 contents are available arranged in 13 screens that include: cover, the link between this technical production and the authors of the production, summary, What are the Advance Directives of Will, differences between euthanasia, orthothanasia, dysthanasia, misthanasia, classifications and nomenclatures in the Brazil, current legislation, which professional can instruct the patient regarding the directives?, how to introduce a conversation about the patient's wishes? 10 reasons to encourage the implementation of the Directives, which channels can be used for this? And the references of the content. This study hopes to have contributed to making more people feel encouraged to produce content in a digital format that is widely accessible.

RESUMEN

El desconocimiento de las directivas sigue siendo grande en Brasil y, sobre todo, en el ámbito académico, por parte de los futuros profesionales de la salud. Este artículo tiene como objetivo construir y validar material didáctico para apoyar a los académicos del área de la salud sobre las directivas anticipadas. Es una investigación metodológica que se desarrolló en dos etapas:

a) construcción del libro electrónico a través de la metodología de Arco de Maguerez; b) validación de apariencia y contenido a través del comité de defensa de tesis. Así, el material fue pensado para ser abierto a través de un QR-Code, este código estará presente en un volante y luego de leer un QR-Code, a través de la cámara del smartphone, el académico tendrá acceso al e-book en esos 8 contenidos están disponibles organizados en 13 pantallas que incluyen: portada, el vínculo entre esta producción técnica y los autores de la producción, resumen, Qué son las Voluntades Anticipadas, diferencias entre eutanasia, ortotanasia, distanasia, mistanasia, clasificaciones y nomenclaturas en Brasil, legislación vigente, ¿qué profesional puede instruir al paciente sobre las directivas?, ¿cómo introducir una conversación sobre los deseos del paciente? 10 razones para fomentar la implementación de las Directivas, ¿qué canales se pueden utilizar para ello? Y las referencias del contenido. Este estudio espera haber contribuido a que más personas se animen a producir contenidos en un formato digital ampliamente accesible.

INTRODUÇÃO

O desconhecimento sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) ainda é grande no Brasil, e sobretudo, no meio acadêmico, pelos futuros profissionais de saúde. Mendes e colaboradores(2019) relataram que apenas 12,9% dos estudantes por eles entrevistados conheciam as DAV, apesar de 96,6% terem recebido informações sobre o tema nas aulas da graduação. Dos médicos entrevistados por Gomes e colaboradores(2018), apenas 23%

conheciam as DAV e 10% conheciam a regulamentação, e, no mesmo estudo, apenas 3% dos usuários conheciam as diretivas.

E ainda, estudos têm demonstrado que uma barreira para a prestação de cuidados de fim de vida de qualidade é a falta de confiança dos enfermeiros em relação a esta área de atuação (COFFEY et al., 2016).

Dessa forma, reafirma-se que o desconhecimento do instrumento que permite a manifestação da autonomia na fase final de vida ainda prevalece no Brasil, apesar de a Resolução CFM 1.995/2012 (CFM, 2012) existir há praticamente uma década.

É de especial importância o desconhecimento dos profissionais de saúde acerca das DAV, como foi observado no estudo base para construção desse material, pois compete a eles informar aos pacientes adoecidos e vulneráveis a possibilidade de registrar sua vontade em prontuário.

Na ausência de informação ofertada pelos profissionais de saúde, especialmente médicos, poucos pacientes terão a oportunidade de estabelecer as DAV, talvez com apoio de advogados ou outros agentes da sociedade, com o risco de ter o documento invalidado pelos profissionais que participam da assistência. (GUIRRO; FERREIRA; VINNE; MIRANDA, 2022)

O presente artigo objetiva construir e validar um material didático de apoio aos acadêmicos da área da saúde sobre as diretivas antecipadas de vontade.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa metodológica que se desenvolveu em duas etapas: a) construção do e-book por meio da metodologia de Arco de Magueréz; b) validação de aparência e conteúdo por meio da banca de defesa da tese.¹⁶

De acordo a metodologia de Arco de Magueréz, temos como primeiro momento, a observação da realidade fornece dados para obtenção dos pontos chave (problema), resultando à uma teorização (reflexão) do problema, conseqüentemente, a elaboração de uma hipótese (planejamento) para solucionar este problema, e, assim, aplicar a hipótese à realidade vivenciada. (ESPERIDIÃO et al., 2017).

Na primeira etapa, para a etapa de observação, foi utilizada a análise das respostas dos acadêmicos dos cursos da saúde, evidenciando ali, o desconhecimento em relação a

¹⁶ O presente material faz parte da tese intitulada: “Diretiva Antecipada de Vontade no processo de formação dos estudantes de enfermagem, da medicina e da psicologia” do programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG

terminologias e conceitos relacionados às DAV. Após essa análise, na segunda etapa, os pesquisadores evidenciaram que nos dias atuais, os conteúdos são amplamente disseminados e consumidos em formato digital e, que essa forma, a melhor maneira de tentar solucionar este problema é disponibilizando um conteúdo gratuito e online aos acadêmicos.

Dessa forma, na terceira etapa, o planejamento do material foi realizado por meio da organização de como ia ser construído, linguagem, conteúdo e formato. Chegando assim, ao formato em e-book, gratuito e com acesso por meio de QR-code.

Foram elaborados os textos de forma clara e sucinta, abordando em seu conteúdo desde informações sobre alguns atos éticos e suas diferenças, conceito de diretivas antecipadas de vontade, como se dá a construção, bem como, quem pode fazer a instrução ao paciente acerca das DAV.

Em seguida, com o auxílio de um design gráfico, elaborou a arte do e-book e os desenhos ilustrativos, utilizando-se o programa Figma. Com as ilustrações em mãos, procedeu-se à formatação, configuração e diagramação das páginas.

Utilizaram-se as orientações relacionadas a linguagem, ilustração e layout que se deve considerar para a elaboração de materiais educativos digitais de modo a torná-los legíveis, compreensíveis, eficazes, de fácil acesso, usabilidade e culturalmente relevantes. 2020

Em seguida, na terceira etapa ocorreu a validação da cartilha, pelos membros que participaram da banca de defesa da tese. Neste momento foram dadas sugestões para maior clareza de conteúdo do material construído.

Os membros da banca precisaram avaliar o e-book de acordo com conteúdo (exatidão científica e conteúdo) e aparência (apresentação literária; ilustrações; material suficientemente específico e compreensivo; legibilidade).

RESULTADOS

A construção do presente material surgiu da necessidade de complementar os estudos acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade, para os acadêmicos que circulam tanto pela área acadêmica, quanto pelas dependências do Hospital Universitário Miguel Riet Correa Jr, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, na cidade do Rio Grande – RS/Brasil.

Sabendo que estamos em um momento de grande consumo de material distribuídos de forma online, o presente e-book foi pensado, principalmente, para este público. Público este, que se encaixa com o perfil dos acadêmicos de enfermagem, medicina e psicologia, participantes da tese mencionada acima.

Com base nos resultados obtidos com a tese, percebe-se a lacuna sobre o conhecimento das DAV, e assim, a interferência dessa carência nas atitudes futuras enquanto profissionais da saúde. Ainda, atrelado a falta de conhecimento, está a escassa menção da temática durante o processo de formação, o que reforça a necessidade de um material educativo, que seja de fácil acesso e que fique salvo em seus smartphones.

Assim, o material foi pensado para ser aberto por meio de um Qr-Code, este código estará presente em um flyer (**APENDICE E**)¹⁷, que estará impresso e em destaque nas áreas acadêmicas dos presentes cursos e nas dependências internas no hospital, isso tudo, mediante a autorização tanto das coordenações acadêmicas quanto do próprio hospital.

Após a leitura do Qr-Code, por meio da câmera do smartphone, o acadêmico terá acesso ao e-book (**APÊNDICE F**) em que está disponível 8 conteúdos dispostos em 13 telas, que serão abordados e explicados a seguir: as três primeiras telas tratam, respectivamente, de capa, a vinculação desta produção técnica e autores da produção. Logo, em seguida, o sumário vem facilitar o manuseio do leitor e informar quais serão os assuntos abordados na sequência.

O primeiro tópico a ser abordado é “O que são as Diretivas Antecipadas de Vontade?”, traz a definição das diretivas segundo a Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina, bem como, um link que leva a um vídeo da Luciana Dadalto, esclarecendo sobre a utilização das DAV.¹⁸

O segundo, “Eutanásia X Ortotanásia X Distanásia X Mistanásia”, esclarece sobre as diferenças nas terminologias que se fazem presentes e importantes para que não havam equívocos assistenciais nas práticas diárias.

Ainda, “Classificações e nomenclaturas no Brasil”, explica as diferentes nomenclaturas para as DAV, bem como, o que significa cada palavra do termo, o que traz à luz o real objetivo e aplicabilidade desse documento.

No que diz respeito às “Legislações Vigentes” no Brasil, sabendo que as mesmas são escassas. Temos a resolução mencionada acima, uma passagem no código de ética da enfermagem que traz o dever de o profissional de enfermagem cumprir com as DAV dos pacientes, trazendo o conceito de forma clara. Porém, no código de ética profissional da psicologia, por ser de 2005, não menciona as DAV em si, mas traz a importância de promover a autonomia do paciente

¹⁷ Os APÊNDICES E e F que estarão dispostos ao final da tese, serão anexados ao artigo quando for encaminhado para submissão.

¹⁸ Link do vídeo: www.youtube.com/watch?v=Me97qfk23Ck

Na próxima tela, “Qual profissional pode instruir o paciente diante das DAV?”, esclarece que mesmo não sendo um profissional de saúde, mas sendo alguém que transpareça confiança ao paciente, já pode ser algo que auxilie nas manifestações dos desejos.

A seguir, no “Como introduzir uma conversa sobre as vontades do paciente?”, traz de forma dinâmica e divertida, similar a uma conversa de aplicativo de mensagem, como um profissional de saúde pode questionar o paciente sobre os seus desejos de saúde e o quanto é importante para a construção de um plano terapêutico entra a equipe multidisciplinar.

Como antepenúltima temos os “10 motivos para fomentar a realização das DAV”, que ser para instrumentalizar os acadêmicos dessa importância e assim, para que eles propaguem essas informações com seus respectivos pacientes.

E para finalizar as telas, onde trata-se de “Quais canais podem ser utilizados para isso?”, esclarece sobre o aplicativo que pode ser utilizado para auxiliar o paciente nessa jornada de decidir quais são as suas vontades frente aos cuidados de saúde que gostaria ou não de ser submetido enquanto estiver sendo assistido em instituições de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração e validação de um material educativo acerca das DAV é um convite aos acadêmicos e profissionais de saúde, para se instrumentalizarem e refletirem sobre os sua assistência diante desses pacientes. É um material com ilustrações e dinâmicas para despertar o interesse do leitor e com leituras complementares para o aprofundamento do tema. Este estudo espera ter contribuído para que mais pessoas se sintam estimuladas a produzir conteúdo em formato digital e de amplo acesso.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 31 ago 2012 [acesso 5 jun 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3BCFhcV>

GOMES, B.M.M.; SALOMÃO, L.A.; SIMÕES, A.C.; REBOUÇAS, B.O.; DADALTO, L.; BARBOSA, M.T. Diretivas antecipadas de vontade em geriatria. **Rev. bioét.** (Impr.) v.26, n.3, p. 429-39, 2018 . DOI: 10.1590/1983-80422018263263

MENDES, M.V.G.; SILVA, J.C.O.; ERICEIRA, M.A.L.; PINHEIRO, A.N. Testamento vital: conhecimentos e atitudes de alunos internos de um curso de medicina. **Rev Bras Educ Med.** v. 43, n.2,p.25-31, 2019. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n2RB20180117

GUIRRO, U.B.P; FERREIRA, F.S.; VINNE, L.V.D.; MIRANDA, G.F.F. Conhecimento sobre diretivas antecipadas de vontade em hospital-escola. **Rev. Bioét.** v.30, n.1, p, 116-25, 2022.

6. PALAVRAS DE ENCERRAMENTO

A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar o conhecimento, experiências e atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade a fim de defender a seguinte tese: *o conhecimento adquirido ao longo da formação universitária sobre diretivas antecipadas de vontade, associados às experiências vivenciadas pelos estudantes da enfermagem, medicina e psicologia oportuniza ações que fortalecem a autonomia dos pacientes em processo de morte e morrer.*

Entende-se que com o **primeiro artigo** possibilitou adaptar culturalmente e validar um instrumento que permita medir o conhecimento, experiências e atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade; e, analisar o conhecimento, as experiências vivenciadas e as atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia das Diretivas Antecipadas de Vontade; onde se identificou que os acadêmicos de enfermagem, medicina e psicologia pouco conhecem as Diretivas Antecipadas de Vontade, possuem incoerências em relação ao que se trata, conceito, aplicabilidade e pessoas que podem estimular a realização da mesma. Dos 60 participantes, em um geral, vemos 44,4% não tem conhecimento sobre o real conceito das Diretivas Antecipadas de Vontade, desconhece suas formas e de que forma ela pode ser aplicada.

Grande maioria dos acadêmicos creem que as DAV precisam de registro em cartório para que tenha validade, o que acaba sendo um equívoco, sabendo que o registro não é necessário para que os profissionais coloquem em prática os cuidados descritos nas DAV. E, ainda, qualquer pessoa que seja de confiabilidade do paciente, pode auxiliá-lo para preencher as DAV, ou até mesmo, ter conhecimentos dos desejos acerca das terapêuticas que o paciente quer que seja implementada.

Percebe-se que as escalas de conhecimento, atitudes, experiências e nível de confiança são uma grande engrenagem vinculada à DAV. Pois sem o conhecimento compartilhado no processo de formação, por mais que a atitude em relação aos pacientes seja positiva, as experiências e níveis de confiança acabam ficando, relativamente, comprometidos.

Dessa forma, compreendeu que sem um processo de formação que traga à tona às discussões sobre o fim de vida incluindo as DAV, nós temos consequências para a assistência

do paciente. Muitas vezes, sendo um profissional que trabalha no escuro, inseguro sem saber quais as verdadeiras vontades do paciente, interferindo assim, na autonomia e tomada de decisão do paciente.

Em relação ao **segundo artigo** foi possível compreender todas essas vertentes e a forte influência da cultura para que no processo de formação e na própria vida profissional este tema seja velado e pouco discutido. Os profissionais e os futuros profissionais devem ter em mente que a promoção de saúde envolve a qualidade de morte e que ao deixar o paciente esclarecido dessas possibilidades se viabiliza uma boa morte.

É necessário entender que há alguns elementos que tornam o ambiente favorável a construção das DAV, sendo este de processo de formação, assistência e pesquisa estão intimamente ligadas, a partir do momento que certo conhecimento não é tão, fortemente, disseminado durante a formação profissional, como é o caso das Diretivas Antecipadas de Vontade, a lacuna instaurada é notória para o fazer profissional, assim, pesquisa se torna uma aliada para preencher essas lacunas de conhecimento e (trans)formações nesses processos que perfazem o cotidiano da enfermagem.

Já em relação ao **terceiro artigo** pretendeu-se deixar uma produção técnica digital em formato de e-book com disseminação entre os acadêmicos do curso de graduação em enfermagem, medicina e psicologia, para que um dos instrumentos básicos que influencia no processo final de cumprimento das DAV por parte dos futuros profissionais, que é o conhecimento, esteja sempre em seus smartphones para maior compreensão do que se trata as DAV e como utilizá-la com os pacientes.

A elaboração e validação de um material educativo acerca das DAV é um convite aos acadêmicos e profissionais de saúde, para se instrumentalizarem e refletirem sobre os sua assistência diante desses pacientes. Este material com ilustrações e dinâmicas para despertar o interesse do leitor e com leituras complementares para o aprofundamento do tema podem contribuir para que essa temática seja mais discutida ao longo dos corredores universitários e espera ter contribuído para que mais pessoas se sintam estimuladas a produzir conteúdo em formato digital e de amplo acesso

Frente às considerações trazidas, os resultados do presente estudo **confirmam, em parte** a tese mencionada anteriormente. Compreende-se que as atitudes que foram medidas por meio do instrumento, mostraram-se positivas, porém esse resultado mostra uma atitude de cunho moral e não, propriamente ético e de conhecimento próprio da profissão, o que interfere diretamente na autonomia do paciente. E ainda, no que diz respeito às experiências vivenciadas que podem estimular a autonomia do paciente, percebemos o quanto essas experiências reais

beiram à zero o que compromete a tomada de decisão desse acadêmico, futuramente, enquanto profissional e ainda, não facilita uma abordagem acerca das DAV com o paciente.

Encontra-se como grande limitação, além do número de participantes da pesquisa, a inexistente produção do curso de psicologia. Tal profissional de saúde foi escolhido pela sua importância terapêutica e psicossocial em abordar as notícias difíceis no que tange o fim de vida, bem como, ser um profissional que está presente na equipe multiprofissional cuidando e tratando tanto do paciente quando da família em todo o processo, sendo esse, um dos profissionais com grande chance de vínculo e potencial incentivador das DAV.

Encerro com alguns questionamentos que me acompanharam ao longo da construção dessa tese, sendo eles: Como que os futuros profissionais de saúde estarão preparados para lidar com os desejos do paciente promovendo as DAV, se nunca tiveram esse assunto mencionado em ambiente de sala de aula? Como levarão isso para o campo prático sem saber em teoria como funciona? Como, enquanto docente e profissional, ultrapassar essa barreira cultural que ainda nos impede de planejar o fim de vida?

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, I.R; et al. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. *Acta Paul Enferm*, v.19, n.2, p. 131-37, 2006.
- ALVES, C.A. Language, Advance Directives and Living Will: a national and international interface. *Rev. Bioéthikos*, v.7, n.3, p. 259-70, 2013.
- ALVES, C.A.; FERNANDES, M.S.; GOLDIM, J.R. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. *Clinical & Biomedical Research*, [S.l.], v. 32, n. 3, p. 358-62, 2012.
- ARAÚJO, A.T.M.; SILVA, M.N.A. PRÁTICA MÉDICA E DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: UMA ANÁLISE ÉTICO-JURÍDICA DA CONFORMAÇÃO HARMÔNICA ENTRE OS PRESSUPOSTOS AUTONOMIA E ALTERIDADE. *Revista Jurídica Cesumar*, v. 17, n. 3, p. 715-39, 2017.
- ARGENTINA. Ley 26.529, sancionada en octubre 21 de 2009, promulgada de hecho en noviembre 19 de 2009. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Alterada pela Ley 26.742, sancionada en mayo de 2012, promulgada de hecho en mayo 24 de 2012.
- ARGENTINA. Ley n. 26.742, de 09 de mayo de 2012. Modificase da Ley n. 26.529 que estableció los derechos del paciente em relación con los profesionales e instituciones de la salud.
- BACKES, D.S; et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: v.35, n.4, p.438-22, 2011.
- BARNES, K. Acceptability of an advance care planning interview schedule: a focus group study. *Palliative medicine*, v.21, n.1, p.23-8, 2007.
- BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. *Princípios de Ética Biomédica*. 2. Ed. Edições Loyola. São Paulo, p. 2011.
- BÉLGICA. The Law of 22 August 2002 on the Rights of Patients. *Belgian Official Gazette*, 26 Set 2002. Disponível em: www.patientrights.be
- BENEDETTI, G.M.S.; OLIVEIRA, K.; OLIVEIRA, W.T.; Significado del proceso muerte/morir por los estudiantes que entran en el programa de enfermeira. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v.34, n.1, 2013.
- BENNER, P. Formation in Professional Education: An Examination of the Relationship between Theories of Meaning and Theories of the Self. *J Med Philos*, v. 36, p.342, 2011.
- BLOOMER, M.J.; MORPHET, J.; O'CONNOR, M.; LEE, S.; GRIFFITHS, D. Nursing care of the family before and after a death in the ICU – an exploratory pilot study. *Aust Crit Care*, v.26, n.1, p.23-8, 2013.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. Disponível:
<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>.

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. Cairu em Revista, Cairu, BH, v. 3, n. 4, p. 119–43, jul./Ago. 2014.

BRANCO, L.A.S.C.; FREITAS, N.M.F.S.; LIMA, L.A.A. CONSTRUCTION OF THE NURSE-CLIENT BOND THROUGH DIALOGUE IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT. **Rev. Enfermagem UFPI**, v.5, n.3, p.30-5, 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.995**, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

BRASIL. **Lei nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília, 2002. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012

BUSSINGUER, E. C. A.; BARCELLOS, I. A. O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p.2691(8), 2013.
 CAMBRICOLI, F. Procura por testamentos vitais cresce 2000%. *Rev Bras Enferm*, v. 69, n.6, p.1031-8, 2016.

CAMPOS, A.C.L.; MATIAS, J.E.F. **Nutrição no paciente terminal**. In: Urban CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; p. 504, 2003.

CAMPOS, M. O; et al. Testamento vital: percepção de pacientes oncológicos e acompanhantes. **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo, v. 6, n.3, p. 253-259, 2012.

CASSOL, P.B.; QUINTANA, A.M.; VELHO, M.T.A.C. Diretiva antecipada de vontade: percepção de uma equipe de enfermagem da hemato-oncologia. **J. nurs. Health**, v.5, n.1, p.4-13, 2015.

CHAN, H.Y.L.; LEE, L.H.; CHAN, C.W.H. The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit. **Support Care Cancer**, v.21, n.6, p.1551-6, 2013.

CHILE. Ley 20.584, publicación en 24 de abril de 2012. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Fecha de promulgación en 13 de abril de 2012

CHON, M.Y.; JEON, H.W. Attitude about Advanced Directives among Middle-aged Using Q Methodology. **Medico Legal Update**, v.20, n.1, p.1966-70, 2020.

COFEN. **Resolução 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

COFEN. **Resolução 564/2017**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

COGO, S.B.; LUNARDI, V.L. Diretivas antecipadas de vontade aos doentes terminais: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.**, v.68, n. 3, p.524-34, 2015.

COGO, S.B.; LUNARDI, V.L. DIRETIVAS ANTECIPADAS: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL NO CONTEXTO MUNDIAL. **Texto Contexto Enferm**, v.27, n.3, e1880014, 2018.

COGO, S.B.; LUNARDI, V.L.; NIETSCHE, E.A. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA APLICABILIDADE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE. **Enferm. Foco**, v.8, n.2, p.26-30, 2017.

COGO, S.B.; LUNARDI, V.L.; QUINTANA, A.M.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; SILVEIRA, R.S. Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.** v.69, n.6, 2016.

COGO, S.B.; LUNARDI, V.L.; QUINTANA, A.M.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; SILVEIRA, R.S. DIRETIVAS ANTECIPADAS: DESEJOS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E CUIDADORES FAMILIARES. **Rev baiana enferm.**, v.31, n.1, e16932, 2017.

COGO, S.B.; LUNARDI, V.L.; QUINTANA, A.M.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; SILVEIRA, R.S. Assistência ao doente terminal: vantagens na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade no contexto hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.38, n.4, 2018.

CUCALÓN-ARENAL, J.M. et al. Opinión de los universitarios sobre los cuidados al final de la vida. **FEM**, v.16, n.3, p. 181-86, 2013.

Conselho Federal de Medicina. Resolução no 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. [internet]. 31 ago. 2012 [acesso 31 ago. 2012]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf

DADALTO, L. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). **Revista de Bioética y Derecho**, n. 28, p. 61-71, 2013a.

DADALTO, L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. **Rev. Bioét.**, v. 21, n. 1, 2013b.

DADALTO, L. **Testamento vital**. São Paulo: Atlas; 2015.

DADALTO, L.; TUPINAMBÁS, U.; GRECO, D.B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Rev. bioét.**, v.21, n.3, p.463-76, 2013.

DEODATO, S. Manifestação antecipada de vontade e exercício de Enfermagem. Ordem dos enfermeiros, n. 36, 2010.

DUNCAN, B.B.; et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de saúde pública**, v.46, supl.1, p.126-34, 2012.

ESPANHA. Ley 41. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, de 15 noviembre 2002

ESPERIDIÃO, E. et al. Arco de Maguerz : estratégia de metodologia ativa para coleta de dados. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 825–34, 2017.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Patient Self Determination Act of 1990 de 18 jul de 1990. Disponível em: <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/query/z?c101:H.R.5067.IH>.

FUGITA, J. A. L.M. et al. Uso da Metodologia com o Arco de Maguerz no ensino sobre brinquedo terapêutico. *Revista Portuguesa de Educação*, v. 29, n. 1, p. 229- 58. 2016.

GASPAR, R.B.; SILVA; M.M.; ZEPEDA, K.G.M.; SILVA, I.T. Nurses defending the autonomy of the elderly at the end of life. **Rev Bras Enferm**.v.72, n.6, p.1639-45, 2019.

GAVICAGOGEASCOA, M.I. **Futilidade terapêutica**. In: Urban CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; p. 522, 2003.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GILL, F.J.; LESLIE, G.D.; GRECH, C.; LATOUR, J.M. Health consumers' experiences in Australian critical care units: Postgraduate nurse education implications. **Nurs Crit Care**, v. 18, n. 2, p. 93-102, 2013.

GÓIS, A. R. S.; ABRÃO,F.M.S . O PROCESSO DE CUIDAR DO ENFERMEIRO DIANTE DA MORTE . *Rev Enferm UFSM*, v.5, n.3, p.:415-25, 2015.

GONZÁLES, M.A.S. O novo testamento: testamentos vitais e diretivas antecipadas. In: BASTOS, E.F.B., SOUSA, A.H. Família e jurisdição. Belo Horizonte: Del Rey, p.91-137, 2006.

GRACIA, D. **Ética y toma de decisiones en el final de la vida**. In: Porto D, Schlemper B, Martins GZ, Cunha T, Hellmenn F, editores. Bioética: saúde, pesquisa, educação. Conselho Federal de Medicina & Sociedade brasileira de Bioética; p. 223-24, 2014.

GRAY, D.E. Doing Research in the real world. 2 nd ed. SAGE. London. 2012.

HALL, N.A.; GRANT, M. Completing Advance Directives as a Learning Activity: Effect on Nursing Students Confidence. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, v.16, n.3, p.150-7, 2014.

HALL, N.A.; GRANT, M. Completing Advance Directives as a Learning Activity: Effect on Nursing Students Confidence. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, v.16, n.3, p.150-7, 2014.

HASSEGAWA, L.S.U.; et al. Abordagens e reflexões sobre diretivas antecipadas da vontade no Brasil. *Revis. Bras. Enferm*. 2019 [Internert]. 2019[acesso em 20 de abril de 2019]; 72(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0347>.

HOLLAND, J.C.; et al. Geriatric psycho-oncology : a quick reference on the psychosocial dimensions of cancer symptom management. England. **Oxford;New York**: Oxford University Press, 205p., 2015.

HOLLAND, S. **Bioética enfoque filosófico**. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2008. 304p.

IGLESIAS, M.E.L.; VALLEJO, R.B.B. Living wills in the nursing profession: knowledge and barriers. **Acta Bioethica**, v.19, n.1, p.113-23, 2013.

INGLATERRA. Mental Capacity Act 2005. Disponível em:
<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>.

JOHNSON, C.E., et al. Palliative care health professional's experiences of caring for patients with advance directives. **Australian Health Review**., v.39, n.2, p.154-59, 2015.

JOHNSTON, S.C.; PFEIFER, M.P.;MCNUTT, R. The discussion about advance directives. Patient and physician opinions regarding when and how it should be conducted. *Arch Intern Med.*, v.155, n.10, p.1025-30, 1995.

JUNGES, J.R. et al. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. *Revista Bioética*. v.18, n.2, p.275-88, 2010.

KAMIJO, E.D.; DE LIMA, M.V.S.; BONAMIGO, E.L. Cumprimento dos desejos do paciente por meio das diretivas antecipadas de vontade. **Anais De Medicina**, 2016.
Recuperado de <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/anaisdemedicina/article/view/12037>

KEAM, B.; et al. The attitudes of Korean cancer patients, family caregivers, oncologists, and members of the general public toward advance directives. *Supportive Care In Cancer*, v. 21, n.5, p.1437-44, 2013.

KELLOGG, E. UNDERSTANDING ADVANCECAREDOCUMENTS: WHAT THENURSEADVOCATENEEDS TO KNOW. **J Emerg Nurs.**, v, 43, n.5, p.400-5, 2017.

KERR, L. R. F. S.; KENDALL, C. A PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE. *Rev Rene.*, v.14, n. 6, p.1061-3, 2013.

KLINKENBERG, M.; et al. Preferences in end-of-life care of older persons: after-death interviews with proxy respondents. *Soc Sci Med.*, v.59, n.12, p.2467-77, 2004.

KOVÁCS, M.J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Rev. bioét.**, v.22, n.1, p:94-104, 2014.

LIMA, C.A.S. Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 13, n.1, p. 14-7, 2015.

LIMA, D.V.M. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. **Braz J Nurs**, v. 10, n. 2, 2011.

LIMA, M.G.R.; NIETSCHKE, E.A.; TEIXEIRA, J.A. Reflexos da formação acadêmica na percepção morrer e morrer por enfermeiros. *Rev. Eletr. Enf*, v.14, n.1, p.181-8, 2012.

LIMA, M.L.F.; REGO, S.T.A.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. **Rev. bioét.**, v.23, n.1, p:31-9, 2015.

MAFRA, S. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v.14, n.2, p.353-56, 2011.

MEDEIROS, M.O.S.F.; MEIRA, M.V.; FRAGA, F.M.R.; Carlito Lopes Nascimento SOBRINHO, C.L.N.; ROSA, D.O.S.; SILVA, R.S. Conflitos bioéticos nos cuidados de fim de vida. **Rev. Bioét.**, v.28, n.1, p.128-34, 2020.

MENEZES, M.B.; SELLI; L.; ALVES, J.S. Dysthanasia: nurses professionals' perceptions. *Rev Latino-Am Enfermagem*. v.17, n.4, p.443-48, 2009.

MENEZES, R.A; VENTURA, M. ORTOTANÁSIA, SOFRIMENTO E DIGNIDADE Entre valores morais, medicina e direito. *RBCS*, v. 28, n. 81, p.213-29, 2013.

MESQUITA, S. K. DA C.; MENESES, R. M. V.; RAMOS, D. K. R. Metodologias Ativas De Ensino/Aprendizagem: Dificuldades De Docentes De Um Curso De Enfermagem. *Trab. educ. saúde*, v. 14, n. 2, p. 473–486, 2016.

MÉXICO. Decreto por el que se expide la ley de voluntad anticipada para el distrito Federal. *Gaceta oficial del distrito federal*, 7 de Enero de 2008. Disponível em: <http://mexico.justia.com/estados/df/leyes/ley-de-voluntad-anticipada-para-el-distrito-federal/>.

MILLER, B. Nurses Preparation for Advanced Directives: An Integrative Review. **Journal of Professional Nursing**, v.3, n.5, p.369-77, 2018.

MORAIS, I.C.P.S. et al. Vivência do enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal: uma revisão da literatura. **R. Interd**, v.6, n.1, p.96-104, 2013.

MOREIRA, A. O.; SOUSA, H. A.; RIBEIRO, J. A. Vivências e estratégias defensivas dos enfermeiros frente ao cuidado em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UFSM, Santa Maria, RS*, v. Jan/Abril;, n. 2179–7692, p. 102–111, 2013

NEVES, M.E.O. Percepção dos Enfermeiros sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. 2013. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.

NUNES, M.I.; FABRI DOS ANJOS, M. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. **Rev. bioét.** (Impr.). v. 22, n. 2, p:241-51, 2014.

O'SULLIVAN, R. et al. Advance directives Survey of primary care patients. *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien*, v. 61, p.353 -6, 2015.

OLIVEIRA, E.A; SANTOS, M.A; MASTROPIETRO,A.P. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. **Psicologia em Estudo**, v.15, n.2, p.235-44, 2010.

OLIVEIRA, M.Z.P.B.; BARBAS, S. Autonomia do Idoso e Distanásia. **Rev. Bioét.**,v. 21, n.2,p. 328-37, 2013.

OLIVEIRA, W.I.A.; AMORIM, R.C. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. **Rev Enferm UERJ**, v.16, n. 2, p.243-48, 2008.

PARIKH, P.P.; et al. Evaluation of palliative care training and skills retention by medical students. **J Surg Res.**, v.1, n.211, p.172-77, 2016.

PAUTEX, S.; HERRMANN, F. R.; ZULIAN, G. B. Role of advance directives in palliative care units: a prospective study. **Palliative medicine**, v. 22, n.7, p.835-41, 2008.

PESSINI, L. Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. **Rev Bioet**, v.18, n.3, p.549- 60, 2010.

PICCINI, C.F.; STEFFANI, J.A.; BONAMIGO, E.L.; BORTOLUZZI, M.C.; SCHLEMPER, B.R. Testamento vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. **Bioethikos.**, v.5, n.4, p. 384-91, 201.

PINHO, L.M.O.; BARBOSA, M.A. A relação docente-acadêmico no enfrentamento do morrer. *Rev Esc Enferm USP*, v.44, n.1, p.107-12, 2010.

POLES, K.; BALIZA, M. F.; BOUSSO, R.S. Morte Na Unidade De Terapia Intensiva Pediátrica: Experiência De Médicos E Enfermeiras. *R. Enferm. Cent. O. Min.* v.3, n.3, p.761-769, 2013.

PONA, É.W. **Testamento vital e autonomia privada**: fundamentos das diretivas antecipadas de vontade. Curitiba: Juruá; 2015.

PORTUGAL. Lei 25. Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), de 16 de julho de 2002.

PORTUGAL. Lei n. 25/2012, de 16 de junho. Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria Registro Nacional do Testamento Vital. *Diário da República*. 16 jul 2012; (136): 3728,1a série. [acesso 2013 Nov 06]. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2012/07/13600/0372803730.pdf>.

PUGGINA, C. C. et al. Educação permanente em saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. *Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná*, v. 16, n. 4, p. 87, 2016.

PRZENYCZKA, R. A.; et al. O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v.21, p. 427-31, 2012.

QUALITY END-OF-LIFE CARE COALITION OF CANADA. Blueprint for action 2010 to 2020. A progress report. Ottawa, ON: Quality End-of-Life Care Coalition of Canada; 2010.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

RIBEIRO, D.C. Autonomia e Consentimento Informado. In: Ribeiro DC, organizador. *A Relação Médico-Paciente: velhas barreiras, novas fronteiras*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; p. 197-229. 2010

RIBEIRO, D.C. Um novo testamento: testamentos vitais e diretivas antecipadas. **Instituto Brasileiro de Direito de Família**. V Congresso Brasileiro de Direito de Família. p.8, 2018. p. 8.

RODRIGUES, M. V. C.; FERREIRA, E. D.; MENEZES, T.M.O. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. *Rev. enferm. UERJ*, v.18, n.1, p. 86-91, 2010.

RODRIGUES, R.L. Incapacidade, curatela e autonomia privada: estudos no marco do estado democrático de direito [dissertação]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; p.201, 2007.

ROSSINI, R.C.C.C.; OLIVEIRA, V.I.; FUMIS, R.R.L. Testamento vital: sua importância é desconhecida entre os profissionais da saúde. *RBM [Especial Oncologia 2]*. v. 70, n.13, p.4-8, 2013.

RUIZ-CARBONELL, M.A. Análisis del conocimiento, comprensión y valoración que los pacientes de un centro de salud tienen sobre el documento de voluntades anticipadas (DVA). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2010.

SAIORON, I.; RAMOS, F.R.S.; AMADIGI, F.R.; DIAZ, P.S. Diretivas antecipadas de vontade: desafios legais e educacionais na visão de enfermeiros. **Rev. Eletr. Enf.**, v.19: a44, p.1-8, 2017.

SAIORON, I.; RAMOS, F.R.S.; SCHNEIDER, D.G.; SILVEIRA R.S.; SILVEIRA L.R. Diretivas antecipadas de vontade: percepções de enfermeiros sobre os benefícios e novas demandas. **Esc Anna Nery**, v.21, n.4, e20170100, 2017.

SANTOS, E. O. DOS et al. Aprendizagem baseada em problemas no ensino da enfermagem. *Revista Contexto & Saúde*, v. 17, n. 32, p. 33–45, 2017.

SANTOS, M. A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciênc. saúde coletiva*, v.18, n.9, p.2757-68, 2013.

SARMIENTO-MEDINA, M. I.; et al. Terminally-ill patients' end of life problems and related decisions. *Rev Salud Publica*, v. 14, n. 1, p. 116-28, 2012.

SILVA, E.; NEVES, M.; SILVA, D. Nurses' perceptions of advance directives. **Aten Primaria.**, v.46(Espec Cong 1), p.145-49, 2014.

SILVEIRA, M.J. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med*. v.362, n.1, p.211-8, 2010.

SORRELL, J. End-of-Life Conversations as a Legacy. **JPN Psychosocial Nursing and Mental Health Services.**, v. 56, n.1, p.32-5, 2018.

TAKAHASHI, C.B. et al. Morte: percepção e sentimentos de acadêmicos de enfermagem. *Arq Ciênc Saúde*, v. 15, n.3, p.132-38, 2008.

THOMPSON, A.E. Advance directives. **Jama.**, v.313, n.8, p.868, 2015.

TRAPANI, J. Critical care nurses as dual agents: enhancing inter- 132 professional collaboration or hindering patient advocacy? **British Association of Critical Care Nurses**, v.19, n.5, p.2019-21, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG). Curso de Graduação em Enfermagem. Projeto político-pedagógico. Rio Grande: FURG, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM). Projeto político-pedagógico. Santa Maria: UFSM, 2019.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA. California's natural death act. **West J Med**, v.128, p.318-30, 1978.

URIONABARRENETXEA, K.M. Reflexiones sobre el testamento vital (I). **Aten Primaria.**, v.319, n.1, p.52-4, 2003.

URUGUAI. Ley n. 18.473. Voluntad Anticipada. Diario oficial, 21 Abr 2009. n. 2771. Disponível em: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=1473&Anchor=>.

WESTPHAL, D.M.; MCKEE, S.A. End-of-life decision making in the intensive care unit: physician and nurse perspectives. **Am J Med Qual**. V.24, n.3, p.222-8, 2009.

URUGUAY. Ley 18. 473.. Voluntad anticipada, publicación en 21 de abril de 2009.

VASCONCELOS, M.F.; COSTA, S.F.G.; LOPES, M.E.L.; ABRÃO, F.M.S.; BATISTA, P.S.S.; OLIVEIRA, R.C. Cuidados paliativos em pacientes com HIV/AIDS: princípios da bioética adotados por enfermeiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.9, p.2559-66, 2013.

XAVIER, M. P. Declaração prévia para o fim da vida: Análise a partir do contexto brasileiro contemporâneo. In: DADALTO, Luciana (coord). *Diretivas Antecipadas de Vontade: Ensaios sobre o direito à autodeterminação*. 1. ed. Belo Horizonte: Letramento, 2013. 281p.

ZARAGOZA-MARTÍ, M.F.; JULIÀ-SANCHIS, R.; GARCÍA-SANJUÁN, S. El Documento de Voluntades Anticipadas como instrumento de planificación ético-jurídico: especial atención a la salud mental. **Rev Bio y Der.**, v. 49, p.25-40, 2020.

ZOBOLI, E.L.C.P.; SARTÓRIO, N.A. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 382-97, 2006.

MESQUITA, S. K. DA C.; MENESES, R. M. V.; RAMOS, D. K. R. Metodologias Ativas De Ensino/Aprendizagem: Dificuldades De Docentes De Um Curso De Enfermagem. **Trab. educ. saúde**, v. 14, n. 2, p. 473–486, 2016.

MOREIRA, A. O.; SOUSA, H. A.; RIBEIRO, J. A. Vivências e estratégias defensivas dos enfermeiros frente ao cuidado em unidade de terapia intensiva. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, RS, v. Jan/Abril;, n. 2179–7692, p. 102–111, 2013

PUGGINA, C. C. et al. Educação permanente em saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. **Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 16, n. 4, p. 87, 2016.

SANTOS, E. O. DOS et al. Aprendizagem baseada em problemas no ensino da enfermagem. *Revista Contexto & Saúde*, v. 17, n. 32, p. 33–45, 2017.

APÊNDICE A: AUTORIZAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, MEDICINA E PSICOLOGIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

IEENF ESCOLA DE ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À COORDENAÇÃO DE CURSO

Ilma Sr(a)

Coordenador (a) do Curso de Graduação em Enfermagem.

Universidade Federal do Rio Grande – FURG

Ao cumprimentá-lo cordialmente, venho por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: “**DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, DA MEDICINA E DE PSICOLOGIA**”.

Este estudo de abordagem quantitativa tem como objetivo geral: analisar o conhecimento, experiências e atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade; e como objetivos específicos: adaptar culturalmente e validar um instrumento que permita medir o conhecimento, experiências e atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade; analisar o conhecimento, as experiências vivenciadas e as atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia das Diretivas Antecipadas de Vontade; analisar os fatores preditores relacionados às Diretivas Antecipadas de Vontade pelos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia.

Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e da Resolução 510/16, que normatiza e regulamenta a pesquisa na área das Ciências Humanas e Sociais.

Atenciosamente,

María L. M. Godinho
ENFERMEIRA
COREN/RS 469.477

Maria Luzia Machado Godinho

Doutoranda em Enfermagem FURG

Ciente.

De acordo.

Data: 02/07/2021

Prof. Dr. Daiani Modesto Xavier
Coordenadora do Curso de Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Coordenador (a) do Curso de Graduação em Enfermagem



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

EENF ESCOLA DE ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À COORDENAÇÃO DE CURSO

Ilma Sr(a)

Coordenador (a) do Curso de Graduação em
Medicina. Universidade Federal do Rio Grande –
FURG

Ao cumprimentá-lo cordialmente, venho por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **“DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, DAMEDICINA E DE PSICOLOGIA”**.

Este estudo de abordagem quantitativa tem como objetivo geral: analisar o conhecimento, experiências e atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade; e como objetivos específicos: adaptar culturalmente e validar um instrumento que permita medir o conhecimento, experiências e atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade; analisar o conhecimento, as experiências vivenciadas e as atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia das Diretivas Antecipadas de Vontade; analisar os fatores preditores relacionados às Diretivas Antecipadas de Vontade pelos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia .

Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e da Resolução 510/16, que normatiza e regulamenta a pesquisa na área das Ciências Humanas e Sociais.

Atenciosamente,

Maria L. M. Godinho
ENFERMEIRA
COREN/RS 469.477

Maria Louisa Machado Godinho

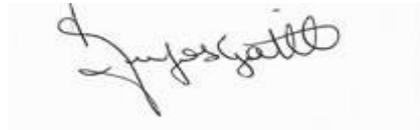
Maria Luzia Machado Godinho

Doutoranda em Enfermagem FURG

Ciente.

De acordo.

Data:08/07/2020

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Prof. Dr. Gattó", is centered on the page. The signature is written in a cursive style.

Coordenador (a) do Curso de Graduação em Medicina



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À COORDENAÇÃO DE CURSO

Ilma Sr(a)

Coordenador (a) do Curso de Graduação em
Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande –
FURG

Ao cumprimentá-lo cordialmente, venho por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **“DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, DA MEDICINA E DE PSICOLOGIA ”**.

Este estudo de abordagem quantitativa tem como objetivo geral: analisar o conhecimento, experiências e atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade; e como objetivos específicos: adaptar culturalmente e validar um instrumento que permita medir o conhecimento, experiências e atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade; analisar o conhecimento, as experiências vivenciadas e as atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia das Diretivas Antecipadas de Vontade; analisar os fatores preditores relacionados às Diretivas Antecipadas de Vontade pelos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia .

Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e da Resolução 510/16, que normatiza e regulamenta a pesquisa na área das Ciências Humanas e Sociais.

Atenciosamente,

Maria L. M. Godinho
ENFERMEIRA
COREN/RS 468.477

Maria Luzia Machado Godinho

Maria Luzia Machado Godinho

Doutoranda em Enfermagem FURG

Ciente.

De acordo.

Data: 19/05 /2021



Coordenador (a) do Curso de Graduação em Psicologia

Fernando Hartmann

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E



ESCLARECIDO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é **Maria Luzia Machado Godinho** sou enfermeira e doutoranda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), e estou sendo orientada pelo professor **Dr. Edison Luiz Devos Barlem**. Estamos realizando esta pesquisa intitulada “**DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, DA MEDICINA E DE PSICOLOGIA**”, esta possui como objetivo geral: analisar o conhecimento, experiências e atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade; e como objetivos específicos: adaptar culturalmente e validar um instrumento que permita medir o conhecimento, experiências e atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade; analisar o conhecimento, as experiências vivenciadas e as atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia das Diretivas Antecipadas de Vontade; e, analisar os fatores preditores relacionados às Diretivas Antecipadas de Vontade pelos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia .

Cabe salientar, que se você recebeu este termo, significa que este projeto foi aprovado pelo O Comitê de Ética em Pesquisa da FURG (CEP-FURG), este tem por finalidade defender os interesses dos participantes da pesquisa, em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento de pesquisas dentro dos padrões éticos consensualmente aceitos e legalmente preconizados, baseados nos princípios, universalmente aceitos, de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade., sediado pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – PROPESP, na Avenida Itália, Km 08 - Campus Carreiros - Caixa Postal 474, Rio Grande – RS. Contato. (53) 3237-3013. Gostaria de convidar-lhe a participar, na qualidade de informante. Você responderá um questionário via *Google Forms*, que levará em média de 12 a 15 minutos para seu completo preenchimento, e só iniciará o mesmo, após concordar com este termo.

Os benefícios oriundos desta pesquisa estão diretamente relacionados à produção do conhecimento acerca das percepções dos discentes de acordo com a temática proposta. Acredita-se estar contribuindo para o crescimento profissional/pessoal desses discentes, bem como compartilhar e trocar experiências acerca da temática.

Os riscos previstos com esta pesquisa estão relacionados à mobilização emocional com a temática. Para tanto, os pesquisadores se comprometem a ofertar assistência imediata, integral e gratuita a partir de qualquer dano decorrente que necessite de outras abordagens profissionais, além do serviço de um profissional da psicologia, dessa forma, salvaguardando os envolvidos em receber atenção profissional quando identificada a necessidade e este será custeado pelo pesquisador.

Você e os demais participantes têm o direito de se negarem a responder alguma pergunta ou mesmo desistirem da participação, em qualquer etapa do estudo, sem que isso lhes cause qualquer prejuízo. Vocês também têm o direito de se manterem informados acerca dos resultados parciais e final, os quais serão apresentados em eventos e periódicos científicos, no entanto, em todas as situações o anonimato dos informantes será mantido. Ressalto que não haverá despesas pessoais e nem compensação financeira relacionada à participação. Comprometo-me em utilizar os dados somente para esta pesquisa.

Sua contribuição será muito importante neste estudo. Se em algum momento lhe surgir alguma dúvida, pode entrar em contato comigo pelo telefone: 5332364149 e-mail maria.godinho@furg.br ou com meu orientador, pelo e-mail ebarlem@gmail.com. **Ou, ainda, procurar-nos no endereço: General Osório s/nº Campus da Saúde – Rio Grande - RS**

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a doutoranda Maria Luzia Machado Godinho sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de

confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

.....Assinatura do Discente

Data / /

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

.....Assinatura do responsável pelo estudo

Data / /



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE - FURG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, DA MEDICINA E DE PSICOLOGIA

Pesquisador: MARIA LUZIA MACHADO GODINHO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 44751121.0.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.692.729

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "avaliação dos Riscos de Benefícios" foram retiradas do arquivo de Informações Básicas da Pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1716981.pdf, gerado em 30/04/2021) e/ou do Projeto Detalhado.

RESUMO: Para os profissionais da saúde, há dificuldade com relação ao processo de morte e morrer, porque os profissionais nem sempre conseguem expressar seus anseios e emoções perante este processo. Além do mais, os constantes avanços na medicina têm contribuído para a utilização de técnicas e tratamentos que visam prolongar a sobrevivência do paciente, preterindo o evento morte. Assim, a busca e o progresso do respeito à autonomia pessoal, bem como, a refutação à futilidade terapêutica, privando as pessoas de uma morte digna, por viver-se em um corpo social que ainda nega a morte, foi conduzido o surgimento das Diretivas Antecipadas de Vontade, também conhecidas, no Brasil, como testamento vital. Nesse sentido, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução n. 1.995/2012, dispondo sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade, a qual estabelece, é o direito do paciente deixar previamente manifestado os tratamentos que deseja ou não ser submetido diante de sua incapacidade. O presente trabalho possui como objetivo geral: analisar o conhecimento, experiências e atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade. e objetivos específicos: adaptar culturalmente e validar um instrumento que permita medir o conhecimento, experiências e

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.

Endereço: Caminho Carreiros CEP: 91203-900

Telefone: (53)3237-3013

E-mail:
cep@furg.br



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE - FURG





Continuação do Parecer: 4.692.729

atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade; analisar o conhecimento, as experiências vivenciadas e as atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia das Diretivas Antecipadas de Vontade; analisar os fatores preditores relacionados às Diretivas Antecipadas de Vontade pelos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia analisar o conhecimento, experiências e atitudes dos estudantes da área de saúde diante das Diretivas Antecipadas de Vontade. Como metodologia, utilizar-se-á de abordagem metodológica-quantitativa de cunho exploratório-descritivo, que será realizada junto aos cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande, com coparticipação dos estudantes dos respectivos cursos da Universidade Federal de Santa Maria, com estudantes do último ano de cada Curso de Graduação. A coleta de dados ocorrerá por meio de um questionário que será resultado do processo de validação do instrumento norte americano Knowledge, Attitudinal, and Experiential Survey on Advance Directives. O questionário será inserido na plataforma Google Forms e será encaminhado aos participantes da pesquisa via e-mail, tais contatos, serão solicitados às coordenações de curso, após a aprovação e autorização da pesquisa. Dessa forma, o questionário será enviado para os acadêmicos, serão realizadas seis tentativas de envio, sendo que cada tentativa terá um intervalo quinzenal. Os dados quantitativos serão analisados por meio do software estatístico Statistical Package for Social Sciences - versão 25.0. Este estudo respeitará às diretrizes e normas estabelecidas na resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e só terá início após aprovação do Comitê de Ética. Com este estudo se espera contribuir para o conhecimento e maior visibilidade acerca das diretivas antecipadas de vontade, bem como estimular reflexões acerca do tema conjuntamente com os estudantes de enfermagem, medicina e psicologia a fim de enriquecê-los com a temática e proporcionar-lhes uma troca de saberes com intuito de instrumentalização para o cotidiano profissional e pessoal.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar o conhecimento, experiências e atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade.

Objetivo Secundário:

- Adaptar culturalmente e validar um instrumento que permita medir o conhecimento, experiências e atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia diante das Diretivas Antecipadas de Vontade;

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.

Endereço Municipal: Caminho Carreiros CEP: 96203-900

Telefone: (53)3237-3013

E-mail:
cep@furg.br



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE - FURG





Continuação do Parecer: 4.692.729

- Analisar o conhecimento, as experiências vivenciadas e as atitudes dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia das Diretivas Antecipadas de Vontade;
- Analisar os fatores preditores relacionados às Diretivas Antecipadas de Vontade pelos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos previstos com esta pesquisa estão relacionados à mobilização emocional com a temática. Para tanto, os pesquisadores se comprometem a ofertar assistência imediata, integral e gratuita a partir de qualquer dano decorrente que necessite de outras abordagens profissionais, além do serviço de um profissional da psicologia, dessa forma, salvaguardando os envolvidos em receber atenção profissional quando identificada a necessidade e este será custeado pelo pesquisador.

Benefícios:

Os benefícios oriundos desta pesquisa estão diretamente relacionados à produção do conhecimento acerca das percepções dos discentes de acordo com a temática proposta. Acredita-se estar contribuindo para o crescimento profissional/pessoal desses discentes, bem como compartilhar e trocar experiências acerca da temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional, multicêntrico - coparticipante Universidade Federal de Santa Maria. Caráter acadêmico: doutorado, realizado para a obtenção do título de doutorado no Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande.

Número de participantes previsto: 163

estudantes Data de início: Abril/2021

Data de fim: Dezembro/2021

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente nº 4.680.003 emitido pelo CEP em 29/04/2021.

Pendência anterior 1. Conforme solicitação, foi retirada a Resolução 466/12 da metodologia no resumo da página 3.

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.

Bairro: Caminho Carreiros **CEP:** 96203-900

Telefone: (53)3237-3013

E-mail:
cep@furg.br



Continuação do Parecer: 4.692.729

RESPOSTA DESTA ANÁLISE: ATENDIDA.

PENDÊNCIA ANTERIOR 2: Foi acrescentado ao TCLE a apresentação do CEP e dados de contato do CEP e um parágrafo de breve explicação do papel do CEP, conjuntamente, com o telefone. (página: 87 e anexo) RESPOSTA DESTA ANÁLISE: ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, item XI.2.d. O modelo encontra-se disponível no site do CEP-FURG (<https://propesp.furg.br/pt/comites/cep-furg>) e o seu prazo final é 09/02/2022.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Auto r	Situaçã o
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1716981.pdf	30/04/2021 14:44:31		Aceito
Outros	carta_resposta.docx	30/04/2021 14:43:39	MARIA LUZIA MACHADO GODINHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_tese.docx	30/04/2021 14:43:08	MARIA LUZIA MACHADO GODINHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento_livre_e_esclarecido.docx	30/04/2021 14:42:51	MARIA LUZIA MACHADO GODINHO	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	17/03/2021 11:38:59	MARIA LUZIA MACHADO GODINHO	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	17/03/2021 11:36:27	MARIA LUZIA MACHADO GODINHO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	17/03/2021 11:14:52	MARIA LUZIA MACHADO GODINHO	Aceito

Situação do Parecer:



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE - FURG





UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 4.692.729

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO GRANDE, 05 de Maio de
2021

Assinado por:
Camila Daiane Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS,
Brasil.

Endereço Municipal: Caminho Carreiros CEP: 91203-900
RIO GRANDE

Telefone: (53)3237-3013

E-mail:
cep@furg.br

EI, PSIU!

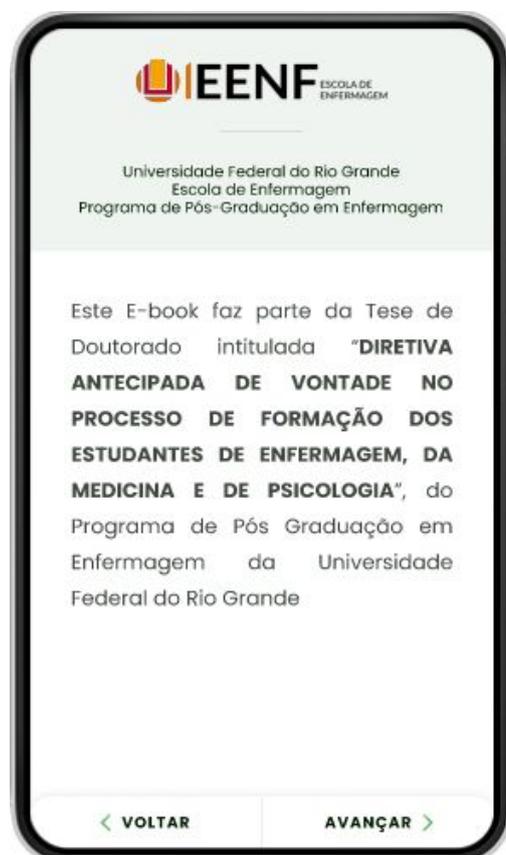
VOCÊ SABE O QUE SÃO AS
DIRETIVAS ANTECIPADAS DE
VONTADE?
VOCÊ SABE COMO QUER VIVER?



ESCANEE O
QR CODE ABAIXO:



APÊNDICE F: E-BOOK



05

O QUE SÃO AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE?



O que são as Diretivas Antecipadas de Vontade?

Segundo a Resolução nº 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina, o documento diretivas antecipadas de vontade (DAV) é definido como o conjunto de desejos, prévios e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Assista no link abaixo ao vídeo

[< VOLTAR](#)
[AVANÇAR >](#)

06

EUTANÁSIA X DISTANÁSIA X ORTOTANÁSIA X MISTANÁSIA



Eutanásia x Ortotanásia x Distanásia x Mistanásia

Antes de entender o que propõe a Diretiva Antecipada de Vontade, é necessária a compreensão dos seguintes termos:

Eutanásia

A Eutanásia pode ser conceituada como a conduta de terceiro (não necessariamente médico) que provoca a morte em alguém que encontra-se em profundo sofrimento, vítima de uma doença

[< VOLTAR](#)
[AVANÇAR >](#)

07

CLASSIFICAÇÃO E NOMENCLATURAS NO BRASIL



Classificação e Nomenclaturas no Brasil

Há vários nomes mais "amigáveis" do que Diretivas Antecipadas de Vontade, sendo eles:

- testamento vital;
- manifestação explícita da própria vontade;
- biotestamento;
- diretivas avançadas;
- testamento biológico;
- vontades avançadas;

[< VOLTAR](#)
[AVANÇAR >](#)

08

LEGISLAÇÕES VIGENTES



Legislações vigentes

No Brasil ainda não há legislação nacional para as DAV. Porém, fique de olho no seu código de ética profissional.

Na enfermagem:

COFEN Nº 564/2017 Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO II – DOS DEVERES

Parágrafo único. Respeitar as

[< VOLTAR](#)
[AVANÇAR >](#)



Referências

ALVES, C.A. Language, Advance Directives and Living Will: a national and international interface. *Rev. Bioéthikos*, v.7, n.3, p. 259-70, 2013.

BUSSINGUER, E. C. A.; BARCELLOS, I. A. O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p.2691(8), 2013.

CAMBRICOLI, F. Procura por testamentos vitais cresce 2000%. *Rev Bras Enferm*, v. 69, n.6, p.1031-8, 2016.

COGO, S.B.; LUNARDI, V.L. DIRETIVAS ANTECIPADAS: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL NO CONTEXTO MUNDIAL. *Texto Contexto Enferm*, v.27, n.3, e1880014, 2018.

COFEN. Resolução 564/2017. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem