



MARIA LUZIA MACHADO GODINHO

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE SOB A ÓTICA DOS ESTUDANTES DE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

RIO GRANDE

2018

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

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE SOB A ÓTICA DOS ESTUDANTES DE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Dissertação 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 Mestre em Enfermagem– Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Ética, Educação e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem

RIO GRANDE

2018

Ficha Catalográfica

G585d Godinho, Maria Luzia Machado.
Diretivas antecipadas de vontade sob a ótica dos estudantes de
graduação em enfermagem / Maria Luzia Machado Godinho. – 2018.
91 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2018.
Orientador: Dr. Edison Luiz Devos Barlem.

1. Diretivas antecipadas de vontade 2. Estudantes de enfermagem
3. Morte 4. Ética profissional I. Barlem, Edison Luiz Devos II. Título.

CDU 612.013

MARIA LUZIA MACHADO GODINHO

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE SOB A ÓTICA DOS
ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 15 de fevereiro de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Giovana Calcagno Gomes

Coordenador (a) do Programa Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem FURG

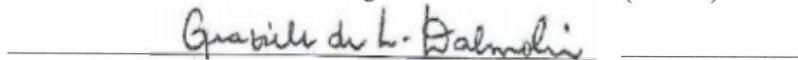
BANCA EXAMINADORA



Dr. Edison Luiz Devos Barlem – Presidente (FURG)



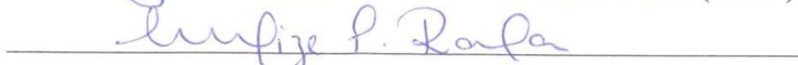
Dra. Silvana Bastos Cogo – Membro Externo (UFSM)



Dra. Grazielle de Lima Dalmolin – Suplente Externo (UFSM)



Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem – Membro Interno (FURG)



Dra. Laurelize Pereira Rocha - Suplente Interno (FURG)

DEDICATÓRIA

Com muito carinho, à minha quera avó **Palmira Adorna Sparvoli Machado**. Sei que onde estiveres estarás feliz com mais esta conquista.

AGRADECIMENTOS

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

Ao meu orientador, Prof. Dr. Edison Luiz Barlem, por todos os ensinamentos nessa jornada, por toda paciência, dedicação e carinho com essa temática e pesquisa;

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 e conselhos oferecidos nas horas de cansaço, e, principalmente, pelo amor desmedido a mim desde antes do meu nascimento.

Ao querido Jener, parceiro na vida e na música, por todo seu amor, compreensão nas horas de ausência e conforto nas horas difíceis. Pelas maravilhosas xícaras de café para que eu conseguisse concluir este trabalho, que é mais um dos degraus a serem subidos para que os nossos sonhos sejam concretizados. “Ao infinito e além”

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

Aos amigos e colegas de profissão Jackeline, Leonardo, Lisiane, Silvana e Rúbia por todo o apoio durante todo esse processo.

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 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.

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 mestranda Bruna Ruoso pelo auxílio, carinho e dedicação no processo de coleta de dados.

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

Aos estudantes de graduação que foram os participantes e grandes responsáveis para que esta pesquisa se concretizasse. Agradeço muito às discussões e aprendizado mútuo nessa etapa. Façam a diferença no exercício da profissão.

Não Tenho Medo da Morte

Gilberto Gil

Não tenho medo da morte
Mas sim medo de morrer
Qual seria a diferença
Você há de perguntar
É que a morte já é depois
Que eu deixar de respirar
Morrer ainda é aqui
Na vida, no sol, no ar
Ainda pode haver dor
Ou vontade de mijar

A morte já é depois
Já não haverá ninguém
Como eu aqui agora
Pensando sobre o além
Já não haverá o além
O além já será então
Não terei pé nem cabeça

Nem fígado, nem pulmão
Como poderei ter medo
Se não terei coração?

Não tenho medo da morte
Mas medo de morrer, sim
A morte e depois de mim
Mas quem vai morrer sou eu
O derradeiro ato meu
E eu terei de estar presente
Assim como um presidente
Dando posse ao sucessor
Terei que morrer vivendo
Sabendo que já me vou

Então nesse instante sim
Sofrerei quem sabe um choque
Um piripaque, ou um baque
Um calafrio ou um toque
Coisas naturais da vida
Como comer, caminhar
Morrer de morte matada
Morrer de morte morrida
Quem sabe eu sinta saudade
Como em qualquer despedida.

RESUMO

GODINHO, Maria Luzia Machado. **DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE SOB A ÓTICA DOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**. 2018. 91f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Este estudo objetivou compreender qual a percepção dos estudantes de enfermagem acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade e conhecer a percepção dos estudantes de enfermagem acerca do protagonismo do enfermeiro frente às Diretivas Antecipadas de Vontade. Pesquisa de abordagem qualitativa de cunho exploratório-descritivo, que foi realizada junto à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, com estudantes de cada série (5ª a 10ª semestres) do Curso de Graduação. A coleta de dados ocorreu por meio da técnica de grupo focal, sendo realizados três encontros com duração média de uma hora e meia. A coleta teve início após aprovação do Comitê de ética sob parecer número 134/2017. Os dados foram submetidos à Análise Textual Discursiva. A partir da análise foram elaborados dois artigos. Relacionado à percepção dos estudantes de enfermagem acerca das Diretivas, emergiram duas categorias. Dentre os positivos, a Diretiva Antecipada de Vontade é vista como uma promotora de morte digna, minimizadora da futilidade terapêutica, apoio familiar junto à equipe para dar voz ao paciente e a importância desse momento de discussão no meio acadêmico, contribuindo para discussão ao seio familiar. Como aspectos negativos foram elencados: a sensação de fracasso profissional, a omissão do profissional diante do estado de saúde do paciente, a mecanização do cuidado. De acordo com o papel do enfermeiro frente às Diretivas, emergiram duas óticas acerca das relações do enfermeiro com as Diretiva, sendo a primeira delas que compõe os elementos necessários para as relações do exercício profissional frente às Diretivas, o conhecimento técnico científico, segurança profissional e respaldo legal, autonomia profissional, protagonismo do enfermeiro, e instrumentalização profissional. A segunda diz respeito às relações do enfermeiro com paciente/família/equipe, dentre elas compreende-se, o vínculo como forma de despertar a comunicação do desejo do paciente, crenças pessoais e pré-conceitos, interlocutor entre os atores da Diretiva, sensibilização diante da temática, executar a advocacia do paciente, promover a autonomia do paciente e incitar discussões em equipe, educação permanente entre a equipe com intuito de atualização do conhecimento. Percebe-se que mesmo convivendo com algumas situações que remetam a temática em parte, os estudantes de enfermagem ainda ficam receosos e sensibilizados ao discorrer sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. Dificuldade essa identificada por eles, principalmente, por fatores culturais muito fortes e em relação a pouca exposição do tema no seu processo de formação. Considera-se, também, que os fatores negativos elencados conseguem nos mostrar que todos eles têm a ver com fatores intrínsecos ao ser desses estudantes, fatores culturais e sociais que ainda estão muito entranhados nos nossos ensinamentos. Ainda, é pouco trilhada a implementação de discussões desse cunho dentro dos instituições de ensino. Em relação ao papel do enfermeiro, foram expostos alguns anseios em relação à segurança profissional e respaldo legal que refletem também, as mesmas dúvidas, dos profissionais que prestam assistência a esses pacientes em fim de vida, pela falta de suporte que é dado aos profissionais para tomadas de decisões importantes para com a vida/morte do outro.

Descritores: Diretivas Antecipadas. Morte. Ética em Enfermagem. Estudantes de Enfermagem. Enfermagem.

ABSTRACT

GODINHO, Maria Luzia Machado. **ADVANCE DIRECTIVES OF WILL DIRECUNDER THE OPTICS OF GRADUATION STUDENTS IN NURSING**. 2018. 91f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - School of Nursing, Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

The present study aimed to understand the perception of nursing students about the Advance Directives of Will and to know the nursing students' perceptions about the role of the nurse forward to advance policies will. As a methodology, this was a qualitative research with an exploratory-descriptive approach, which was carried out at the Nursing School of the Federal University of Rio Grande, with students from each grade (5th to 10th grade) of the Undergraduate Course. Data were collected through the focal group technique, where three meetings with an average duration of one and a half hours were performed. The collection began after approval of the opinion of the Ethics Committee under opinion 134/2017. The data were submitted to Discursive Textual Analysis. From the analysis were drawn up two articles. Regarding the perception of nursing students about the Directives, two categories emerged. Among the positive ones, the Advance Directive of Will as a promoter of dignified death, minimizing therapeutic futility, family support to the team to give voice to this patient and the importance of this moment of discussion in the academic environment, contributing to the discussion within the family. As negative aspects were listed: the feeling of professional failure, the professional's omission of the patient's state of health, the mechanization of care. According to the role of the nurse in relation to the Directives, two perspectives emerged about the nurses' relationships with directives, the first of which composes the necessary elements for the relations of the professional exercise to the Directives, scientific technical knowledge, professional security and legal support, professional autonomy, protagonism of the nurse, professional instrumentalization. Secondly, the nurse's relationship with patient / family / team, among them, the link as a way to awaken the patient's desire communication, personal beliefs and preconceptions, interlocutor between the actors of the Directive, awareness patient advocacy, promoting patient autonomy, and encouraging team discussions, ongoing education among staff to update knowledge. It is noticed that even when coexisting with some situations that refer the theme in part, nursing students are still afraid and sensitized when discussing Advance Directives of Will. Difficulty this identified by them, mainly, by very strong cultural factors and in relation to the little exposition of the subject in the process of the same formation. It is also considered that the negative factors listed can show us that they all have to do with factors intrinsic to the being of these students, cultural and social factors that are still deeply embedded in our teachings. Still, the implementation of discussions of this kind within the academic centers is scarcely done. Concerning the role of the nurse, some concerns were expressed regarding professional safety and legal support, which also reflect the same doubts as the professionals who provide assistance to these end-of-life patients, due to the lack of support given to professionals to these important decision-making towards the life / death of the other.

Keywords: Advance Directive. Death. Ethics in Nursing. Nursing students. Nursing..

RESUMEN

GODINHO, Maria Luzia Machado. **DERECHOS ANTICIPADOS DE VOLUNTAD SOBRE LA ÓSTICA DE LOS ESTUDIANTES DE GRADUACIÓN EN ENFERMERÍA.** 2018.91 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

El presente estudio tuvo como objetivo comprender la percepción de los estudiantes de enfermería acerca de las Directivas Anticipadas de Voluntad y conocer la percepción de los estudiantes de enfermería sobre el papel de la enfermera para promover políticas investigación de abordaje cualitativo de cuño exploratorio-descriptivo, que fue realizada junto a la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal del Río Grande, con estudiantes de cada serie (5ª a 10ª serie) del Curso de Graduación. La recolección de datos ocurrió por medio de la técnica de grupo focal, donde se realizaron tres encuentros con una duración media de una hora y media. La recolección se inició tras la aprobación del dictamen del Comité de ética bajo el dictamen 135/2017. Los datos fueron sometidos a análisis analítico discursivo. En el análisis se han elaborado dos artículos. Relacionado a la percepción de los estudiantes de enfermería acerca de las Directivas surgieron dos categorías. Entre los positivos, la Directiva como una promotora de muerte digna, minimizadora de la futilidad terapéutica, apoyo familiar junto al equipo para dar voz a ese paciente y la importancia de ese momento de discusión en el medio académico, para discusión al seno familiar. Como aspectos negativos fueron: la sensación de fracaso profesional, la omisión del profesional ante el estado de salud de ese paciente, la mecanización del cuidado. El papel del enfermero frente a las Directivas, surgieron dos ópticas acerca de las relaciones del enfermero con las Directivas, siendo la primera de ellas las relaciones del ejercicio profesional frente a las Directivas, el conocimiento técnico científico, la seguridad profesional y respaldo legal, autonomía profesional, protagonismo del enfermero, instrumentalización profesional. Y la segunda, a las relaciones del enfermero con paciente / familia / equipo, el vínculo como forma de despertar la comunicación del deseo del paciente, creencias personales y preconcepciones, interlocutor entre los actores de la Directiva, sensibilización ante de la temática, ejecutar la abogacía del paciente, promover la autonomía del paciente e incitar discusiones en equipo, educación permanente entre el equipo. Se percibe que aun conviviendo con algunas situaciones que remiten a la temática en parte, los estudiantes de enfermería todavía se quedan temerosos y sensibilizados al discurrir sobre Directivas anticipadas de Voluntad, principalmente, por factores culturales muy fuertes y en relación a la poca exposición del tema en el proceso de formación de los mismos. Los factores negativos enumerados, nos pueden mostrar que todos ellos tienen que ver con factores intrínsecos al ser de esos estudiantes, factores culturales y sociales que aún están muy entran en nuestras enseñanzas. Es poco trillada la implementación de discusiones de ese cuño dentro de los centros académicos. En relación al papel del enfermero, se expusieron algunos anhelos en relación a la seguridad profesional y el respaldo legal que reflejan también, las mismas dudas, de los profesionales que prestan asistencia a esos pacientes al final de la vida, por la falta de soporte que se da a los profesionales para estas tomas de decisiones importantes para con la vida / muerte del otro.

Descriptor: Directivas Anticipadas. Muerte. Ética en Enfermería. Enfermería.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	17
3. REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 CONCEITUANDO E CONTEXTUALIZANDO HISTORICAMENTE AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE	18
3.2 LEGISLAÇÃO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM ÂMBITO INTERNACIONAL E NACIONAL	21
3.3 RELAÇÃO PROFISSIONAL, PACIENTE E FAMÍLIA DIANTE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE	25
3.4 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO E NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL: ESTADO DA ARTE	28
4. PERCURSO METODOLÓGICO	34
4.1 DESENHO DO ESTUDO	34
4.2 ESCOLHA DA INSTRUIÇÃO	34
4.3 INTEGRANTES DA PESQUISA.....	36
4.4 COLETA DE DADOS	36
4.5 ANÁLISE DE DADOS	38
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DESSE.....	40
5. RESULTADOS	41
5.1 ARTIGO 1: DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE SOB A ÓTICA DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM.....	42
5.2 ARTIGO 2: PAPEL DO ENFERMEIRO DIANTE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE SOB A PERSPECTIVA DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM.....	58
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	76
APENDICE A:FOLHA A4 UTILIZADA EM DINÂMICA	82
APÊNDICE B: CASOS CLÍNICOS	83
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	84
APÊNDICE D: DINÂMICA DO 2º ENCONTRO DO GRUPO FOCAL	86
ANEXO A: PARECER CEPAS	91

1. INTRODUÇÃO

O termo “morte” faz parte do conjunto de situações de difícil abordagem em nossa sociedade, gerando em alguns casos discussões e reflexões, ou o silêncio e a fuga, o que evidencia o fato deste tema ser manifestado de diferentes formas em diferentes culturas. A morte foi se modificando através do tempo e da história. Até meados da Idade Média, a morte era considerada um fato natural, cercado de rituais públicos, sendo consentido que o doente pudesse despedir-se de sua família e de amigos, e ainda tomar decisões acerca desse processo, dentro de suas possibilidades (TAKAHASHI; CONTRIN; BECCARIA, 2008).

A datar do século XX, a morte começa a ser entendida como um evento desprezível, e que precisa ser velada de todos a fim de manter a sensação de que nada mudou, ou seja, a morte deve manter-se despercebida aos olhos da sociedade. Diante deste cenário em constante transformação, a morte, que não deveria ser notada, passou de um evento natural para ser compreendida como sinônimo de fracasso, impotência ou imperícia profissional (AGUIAR; VELOSO; PINHEIRO, 2006).

Embora haja avanços tecnológicos na área da saúde, é impossível afastar a morte do cotidiano hospitalar. Compreendendo sua invencibilidade, é necessário acreditar e aceitar como esta corresponde a um limite e um evento natural do ciclo vital. Para trilhar o caminho digno e amenizar as dores que este evento resulta, é preciso ainda que se ande lado a lado com todos os envolvidos neste contexto (profissionais de saúde, pacientes e familiares), evitando, assim, o prolongamento do sofrimento que o processo de fim de vida pode provocar (ROSSINI; OLIVEIRA; FUMIS, 2013). Dessa forma, a relação com o processo de morte e morrer impõe novos mecanismos para determinar o modo de agir aos doentes terminais, exigindo um olhar diferente para tais experiências de fim de vida (ALVES, 2014).

Dessa complexidade em conformar-se que a morte é evento irreversível, levantou-se o debate sobre o impasse entre os meios artificiais que prolongam a vida e os que deixam a morte chegar à sua hora. A eutanásia, distanásia e a ortotanásia são dilemas discutidos no mundo cada vez mais em tempos atuais. A eutanásia é uma prática ilegal no Brasil, considerada como ato de tirar a vida do ser humano de forma antecipada à hora natural da morte. Atualmente, após discussões, ela é vista como uma prática para abreviar a vida, a fim de amenizar ou evitar sofrimento para os pacientes terminais. A distanásia é conceituada como uso desmensurado da terapêutica com a finalidade de prolongar a vida sem proporcionar a dignidade da morte desse paciente. Também é denominada obstinação ou

futilidade terapêutica. Por fim, a ortotanásia é caracterizada pela morte “natural” do paciente, sem o auxílio dos métodos invasivos como terapêutica desnecessária, respiração artificial, ressuscitação cardiopulmonar, entre outros (JUNGUES et al., 2010).

A prática da distanásia pode ser traduzida para os enfermeiros como sinônimo de morte cruel, de aniquilação do processo vital com intenso padecimento e infortúnio, que apesar de não prover benefício algum, traz recusa à morte, separando da vida (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009). É incompreensível definir o limiar entre o que é cuidar e amenizar o padecimento, proporcionando conforto e morte digna, além da prática de medidas invasivas que proporcionam dor, prolongando o pesar desse paciente em final de vida por algum tempo (POLES; BALIZA; BOUSSO, 2013)

O progresso da medicina vem provocando necessidade de transformações no plano jurídico, pois o prolongamento da vida, tal como a terapêutica utilizada para amenizar a dor, fomenta debates acerca dos prováveis direitos dos pacientes. Os debates deram força à criação das diretivas antecipadas de vontade (DAV), viabilizando o exercício de um direito e suporte às decisões relacionadas aos pacientes em processo de morte e morrer (GONZÁLES, 2006). De forma geral, as DAV possuem o propósito de anunciar ao profissional da saúde a vontade diante do tratamento médico, do qual são classes semelhantes o testamento vital e o mandato duradouro (DADALTO; GRECO; TUPINAMBÁS, 2013).

Nesse sentido, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a Resolução nº 1.995/2012, que dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), a qual trata sobre os desejos antecipadamente manifestados pelo paciente sobre cuidados e terapêuticas que quer, ou não, receber quando estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade (BRASIL, 2012). Poderá ser declarado se deseja, ou não, ser submetido à ventilação mecânica, terapêutica medicamentosa, cirúrgica, reanimação cardiorrespiratória, entre outros procedimentos e recursos (ROSSINI; OLIVEIRA; FUMIS, 2013).

Entretanto, pertinente à resolução, esta traz à tona diversos impasses relacionados à sua finalidade, à perspectiva que de os desejos das pessoas se assemelhe a sua decisão final. Além disso, outro fator de discussão está relacionado à inserção do profissional de saúde no processo das DAVs e qual o seu papel frente à decisão do paciente, além de outras contestações, por se tratar de um documento novo em âmbito nacional (DADALTO, 2013a). Uma pesquisa nacional aponta, ainda, a dificuldade dos profissionais de saúde em respeitar as manifestações de vontade dos pacientes, ainda que escrito, quando a família se manifesta de forma contrária à vontade do paciente (DADALTO L, TUPINAMBÁS U, GRECO, 2013).

Mais um questionamento ético pertinente às DAV seria sobre a autenticidade e estabilidade da decisão do paciente, visto que a confecção do documento baseia-se em uma construção imaginária de como seria sua vida em determinada situação futura nunca antes experimentada, e que, a partir do momento em que realmente vivenciasse tal condição, ele poderia mudar seu ponto de vista. Além disso, outro fator de conflito seria a ambiguidade da terminologia “paciente terminal”, muitas vezes vinculada a esse documento, atualmente alvo de críticas. No caso, a palavra “terminal”, por abranger diversas situações, é bastante vaga, razão pela qual pode interferir no entendimento e na precisão por parte daqueles que confeccionam o documento (NUNES; FABRI DOS ANJOS, 2014).

Um estudo realizado aqui no Brasil com 351 profissionais de saúde, com o objetivo de verificar o grau de conhecimento dos profissionais acerca das DAV, bem como identificar aspectos relacionados tanto à sua regulamentação, na forma de leis e resoluções, quanto à sua aplicação no ambiente hospitalar, obteve o resultado de que a maioria dos profissionais tinha o desconhecimento acerca das DAV e as questões que as permeiam. Embora se trate de documento muito bem aceito entre os profissionais de saúde, o testamento vital encontra um grande entrave à sua aplicação: o fato de ser pouco conhecido pelos próprios profissionais (NETO; et al.,2015).

Tal pouco conhecimento é cada vez mais cobrado pelos próprios pacientes que, hoje em dia, trazem questionamentos éticos acerca do real valor das terapias que buscam protelar a morte sem, no entanto, promover a qualidade de vida. Profissionais que convivem mais frequentemente com o sofrimento dos pacientes sensibilizam-se diante das vontades por eles manifestadas, opondo-se a esse tipo de tratamento desnecessário (WESTPHAL; MCKEE, 2009).

Porém, para que ocorra um maior entendimento e instrumentalização do que deve ser feito em relação a isso e/ou a criação da DAV do paciente, a temática deve ser trabalhada durante o processo de formação e ao longo da trajetória desses profissionais de saúde. Destaca-se que a fragilidade com que o tema é abordado durante o período da graduação, também irá interferir na forma como este futuro profissional irá se posicionar frente às DAV e às possíveis manifestações familiares, pois enquanto a formação do enfermeiro se resumir a técnica, os enfermeiros acabam por esquecer o que aquela experiência de doença pode significar para o paciente em diferentes aspectos (sendo eles tanto físicos, quanto emocionais), não entendendo o quanto aquele cenário em que ele se encontra pode ser traumático se for levado em conta apenas o aspecto da doença (BENNER, 2011).

Nesta premissa, as diretrizes curriculares da graduação em enfermagem enfocam como objetivo principal da formação de enfermagem em nível superior a capacitação de profissionais generalistas e com competências crítico reflexivas, direcionadas aos diferentes contextos que abrangem o processo vital. Assim, tal currículo deve focar em abordagens amplas e não fragmentadas, convertendo os conhecimentos adquiridos em um olhar apto a atuar nas diferentes dimensões e contextos do cuidado ao ser humano, as questões éticas que permeiam o final de vida (DIAS; et al, 2014).

Segundo Lima, Nietsche, 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. Neste 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).

Para tentar mudar essa realidade, é imprescindível que a pesquisa se faça presente, assim, os estudos que permeiam as DAV dentro do processo de formação dos profissionais de enfermagem são escassos e, em sua maioria, não possuem esta como temática/objetivo principal. Os estudos internacionais com apontam que, geralmente, tem iniciativa 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).

Em relação aos estudos internacionais com enfermeiros, estes assinalam que a maioria deles sabem do que se trata as DAV e participam de programas de capacitações específicos sobre isso, porém, ainda assim, as DAV não possuem uma implementação garantida na prática clínica (IGLESIAS; VALLEJO, 2013).

Ao tratar-se de estudos nacionais com estudantes de enfermagem, não foi encontrado nenhum estudo que mencionasse a DAV como tema principal. Em contrapartida, com profissionais de saúde, um estudo apontou a necessidade de discussões e reflexões entre a equipe e entre a equipe e a sociedade, para que algumas ideias acerca desse assunto sejam desconstruídas para facilitar na hora da tomada de decisão dos profissionais (COGO; LUNARDI,2015).

Assim, podemos perceber que de forma geral, em âmbito internacional, os estudantes possuem um contato prévio com essa temática durante o processo de formação, além de achar

de extrema importância que isso aconteça para instrumentalizá-los para o mundo prático da profissão com uma sensibilidade maior para com esses assuntos. Por outro lado, no Brasil, percebemos o crescente número de estudos com enfermeiros e as carências que esses têm com a temática.

Com base no exposto, levando em consideração a temática apresentada, configurou-se como **questões norteadoras da pesquisa**: Qual a percepção dos estudantes de enfermagem acerca das DAV?; e Qual a percepção dos estudantes de enfermagem acerca do papel do enfermeiro frente as DAV? Portanto, este estudo **justificou-se** diante da necessidade de investigar junto aos estudantes qual a sua compreensão e percepção no que tange as Diretivas Antecipadas de Vontade de forma geral e no processo de formação/atuação profissional.

2. OBJETIVOS

- Compreender qual a percepção dos estudantes de enfermagem acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade.
- Conhecer a percepção dos estudantes de enfermagem acerca do protagonismo do enfermeiro frente às Diretivas Antecipadas de Vontade.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção, quatro capítulos que contemplam a temática serão abordados. O primeiro capítulo, intitulado **CONCEITUANDO E CONTEXTUALIZANDO HISTORICAMENTE AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE**, discorre sobre o surgimento das DAV em âmbito mundial e sua evolução, bem como suas nomenclaturas mais atuais. O segundo capítulo, **LEGISLAÇÃO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM ÂMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL**, explana sobre a legislação existente sobre as DAV, do mesmo modo que o Código de Ética da Enfermagem e da Medicina.

O terceiro capítulo, **RELAÇÃO PROFISSIONAL, PACIENTE E FAMÍLIA, DIANTE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE**, elucida acerca da importância do vínculo e comunicação como instrumentos para facilitar a relação entre a tríade profissional/paciente/família, contribuindo para a compreensão do processo de fim de vida, bem como a inclusão das DAV no contexto das famílias. O quarto e último capítulo, denominado **DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO E NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL: ESTADO DA ARTE**, explana sobre estudos recentes que envolvem a DAV, refletindo acerca de sua importância na formação acadêmica, bem como sobre o enfermeiro necessitar atuar diante do processo de morte/morrer e da aplicabilidade das DAV.

3.1 CONCEITUANDO E CONTEXTUALIZANDO HISTORICAMENTE AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Com a mudança no perfil demográfico, além da mudança nos hábitos de vida, as doenças crônico-degenerativas não-transmissíveis (como, por exemplo, as neoplasias) começaram a ganhar destaque nas últimas décadas, comprometendo assim, a autonomia pessoal e qualidade de vida, tanto dos familiares quanto dos pacientes (MAFRA, 2011). Cabe destacar que a autonomia, para Beauchamp e Childress (2011, p.138) é conceituada como “*autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo*”.

A segunda metade do século XX promoveu a criação de avanços na tecnologia capazes de prolongar e de manter a vida. O aumento da medicalização social, as práticas institucionais, o demasiado poder do médico e a aplicação das novas tecnologias fomentaram questionamentos sobre os direitos de autonomia dos pacientes, perpassando pelo processo de tomada de decisões, padecimento e morte. A medicalização permeia vários conceitos, porém, dentro da área da saúde, se caracteriza quando há uma banalização medicamentosa por parte do corpo médico, fazendo com que haja terapêuticas prolongadas e fúteis (MENEZES; VENTURA, 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 (ALVES; FERNANDES; GOLDIN, 2012). 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 aprovasse 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 maneiras 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** acontece 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** acontece 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).

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 pronunciar-se 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).

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).

No Brasil, os aspectos éticos referentes ao final da vida são pouco explorados e compreendidos pelos profissionais de saúde. No entanto, o panorama é diferente em outros países. Um estudo realizado em 2009 em instituições urbanas canadenses mostra que, de 149 pacientes escolhidos aleatoriamente, apenas oito já haviam escrito suas

“cartas” com os desejos de fim de vida. Apesar de ser um número considerado pequeno de pacientes que já haviam escrito seu testamento vital, destaca-se que os 141 paciente que não realizaram o testamento nessa pesquisa apresentavam conhecimento do que se tratava (CARE COALITION END OF LIFE, 2010).

3.2 LEGISLAÇÃO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM ÂMBITO INTERNACIONAL E NACIONAL +

Após os esforços de Luis Kutner em 1969, a primeira lei mundial respectiva as DAV foi aprovada em 1990. Com isso, outros países foram unindo esforços e aprovando legislações específicas abarcando a DAV. Indo ao encontro com a lei nos EUA, na Europa, em 1997, foi alvitrada 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).

Na Espanha, em 2002, foi considerada a regulação sobre os direitos e obrigações de pacientes, usuários e profissionais, assim como de escolas e serviços de saúde, públicos e privados, sobre a autonomia do paciente, informações clínicas e documentação (ESPANHA, 2002). Também, no mesmo ano, na Bélgica, foi aprovada a Lei sobre os Direitos dos Pacientes Belgas (BÉLGICA, 2002).

Na Inglaterra, em 2005, houve a aprovação da Lei da capacidade mental, considerando a possibilidade das DAV (INGLATERRA, 2005). Logo, em 2008, a Lei da vontade antecipada para o Distrito Federal legitimou, no México, a possibilidade de manifestação prévia de vontade (MÉXICO, 2008).

Já em 2009, no Uruguai, foi aprovada a Lei da Vontade Antecipada (URUGUAI, 2009). Na Alemanha, foi contemplada em sua legislação a base jurídica para as diretivas antecipadas (ALEMANHA, 2009). Também naquele ano, na Argentina, legislação sobre o tema estabeleceu os direitos do paciente e sua relação com os profissionais e instituições de saúde (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, França, Holanda, Hungria, Porto Rico, e na União Europeia, a temática também foi um desígnio de legislação.

Com o advento da medicina moderna, percebe-se a necessidade de normatizar as ações dos profissionais, principalmente porque, ao lidarmos com seres humanos, a interpretação de cada caso ou contexto é analisada conforme sua moral. Por ser um assunto novo 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). Nela, 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 (DADALTO; GRECO; TUPINAMBÁS, 2013).

Tal resolução prevê, além de regulamentar as DAV no Brasil, levar em consideração a 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, prevê a não utilização de recursos tecnológicos fúteis que apenas podem gerar sofrimento (BRASIL, 2012). Como a Resolução prevê uma padronização médica diante das DAV, percebe-se aqui, com a promulgação de uma Lei específica para tal, a padronização de conduta de todos os profissionais da saúde, a fim de que não haja conflitos no momento da tomada de decisão.

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”*. (BRASIL, 2012, p. 01).

A resolução não especifica que as DAV serão aplicadas, unicamente, a pacientes terminais, mas sim a qualquer paciente que se encontre impossibilitado de manifestar suas vontades, garantindo que os tratamentos designados não prolonguem futilmente a vida do paciente, promovendo dor e sofrimento (DATALTO, 2013a). Segundo o CFM (2012), esta medida justifica-se 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 (CMF, 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 esta saia de uma posição submissa e resignada e empodere-se de sua vida e possa manifestar-se de forma autônoma acerca das terapêuticas e procedimentos a serem realizados.

Os autores também esclarecem que neste contexto o médico se torna parceiro do binômio paciente/família, esclarecendo-os e instrumentalizando-os para uma decisão muito complexa, sendo esta acerca de sua própria morte. A alegação de que a atuação do médico é secundária à vontade do paciente não quer, em todo, dizer que esse seja dispensável à terapêutica, pois por deter 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).

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 dele, para que este 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 manifestar-se, preponderará a sua decisão antecipada. Este fato pode tornar-se 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 se reconhece como terminal, 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).

A Resolução 1.995 é concebida como uma iniciativa de suma importância alcançada como forma de garantir e preservar a autonomia do paciente perante o estado de fim de vida, porém, este apresenta algumas ausências. Dentre tantas se destacam os tópicos mais vulneráveis à interpretação: falta de imposição de que as DAV sejam manifestadas, também, por escrito; a inexistência de um registro nacional que ampare as DAV; ausência de um dicionário que elucide ao alcance das terminologias na Resolução; estabelecer um limite jurídico dentro do conteúdo das diretivas, visto que a Resolução somente direciona que deve ser respeitado o Código Brasileiro de Ética Médica; inexatidão acerca das punições que a equipe de saúde estaria submetida, em caso de descumprimento às diretivas (XAVIER, 2013).

Diante dessa premissa, houve um avanço considerável nas discussões acerca das diretivas antecipadas no Brasil. Contudo, isso se dá de forma pontual, ou seja, no âmbito médico e dos demais profissionais de saúde estudiosos do tema. Assim, é preciso 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).

Como forma de ilustrar, cita-se um exemplo: se o paciente está com a sua DAV em voga, e está com a implementação de cuidados paliativos como forma de manutenção de cuidados, a inserção de cateter venoso para hidratação do paciente, é de certa forma invasivo ou doloroso, porém não é considerada terapia medicamentosa (de fato), apenas está mantendo o paciente hidratado (DADALTOb, 2013).

Face ao exposto, reforça-se a necessidade de clarificar a população brasileira no que se refere a importância do respeito à vontade de seus familiares, como forma de afastar conflitos existentes entre a vontade manifestada pelo paciente, nas DAV e a vontade expressa pela família. Para coparticipar de tal conscientização é necessário que a equipe de saúde instrumentalize os pacientes e sua família a respeito da DAV, esclarecendo a necessidade de discussões em ambiente familiar sem tabu, bem como ofereçam respaldo psicológico e de assistência social para dar o suporte necessário a essas famílias. Para Dadalto, Tupinambás e Greco (2013), é necessário que haja tal estímulo comunitário entre os profissionais de saúde para que as DAV expressas sejam cumpridas de fato, responsabilizando-se de que o seu direito à autonomia será acatado.

3.3 RELAÇÃO PROFISSIONAL, PACIENTE E FAMÍLIA DIANTE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Comumente, quando há tomada de decisão acerca do fim de vida em que há inclusão dos familiares como gestores do processo decisório, esta é incitada pela abrangência da carência de dignidade, pelo estresse progressivo, dor, vulnerabilidade do paciente em condição grave, desumanidade e futilidade, sendo esses contribuintes para prolongar o processo de morte/morrer (SARMIENTO-MEDINA et al, 2012).

As DAV são um documento incompleto que, em qualquer ocasião, pode ser

(re)definido conforme à 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 da realidade contextual do paciente (NEVES, 2013).

Sendo assim, preparar as DAV ponderando acerca do estado terminal é estar associado ao acaso, de acordo com o obstáculo que é designar o que é “estar em estado terminal”. 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).

Quando ocorrerem as discussões sobre as DAV, há uma tendência a influenciar sua legitimidade e aceitação. Consequentemente, é melhor que as DAV sejam abordadas após a recorrência de uma doença ou quando o tratamento fracassou e o prognóstico não é favorável à cura. Do mesmo modo, 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 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 a 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 paciente-profissional-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)

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 Coréia 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.

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 apresenta-se menor entre os participantes de faixa etária entre 21 e 30 anos.

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.

3.4 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO E NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL: ESTADO DA ARTE

Para compor tal capítulo foi realizada uma busca em uma base de dados internacional e 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 de vontade ‘AND’ enfermagem”, para a busca na BIREME, onde apareceu apenas um artigo; e “*Advance Directives of Will ‘AND’ Nursing*” na base de dados PubMed, onde apareceram 179 produções. Os artigos foram lidos e escolhidos conforme a relevância e proximidade com a temática aqui apresentada e serão apresentados a seguir.

Em relação às DAV e o meio acadêmico, poucos estudos são realizados diretamente com os discentes e, muitas vezes, partem das suas necessidades para complementar a 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).

Após o término do período de capacitação foi realizada uma pesquisa qualitativa por meio de questionário a fim de avaliar a validade de tal atividade. Como resultado, 74,5% dos estudantes se sentiu mais confortável em abordar temáticas relacionadas ao processo de morte e morrer após as discussões (GAY, 2012).

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 tinha conhecimento acerca do documento e 82,9%

gostaria de construir tal documento, além de 87,3% que gostaria 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).

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).

Um dos poucos estudos realizados com enfermeiros do 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 dessa 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 suficientemente conhecedoras 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).

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, entre outros contextos, para que se desconstruam 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, para que 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).

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.

Os profissionais de enfermagem devem estar a par das discussões que envolvem as DAV, bem como ter o conhecimento a cerca dessa possibilidade, pois são eles que têm o papel de esclarecer, informar, respeitar, conduzir e cuidar o doente que se encontra em processo de fim de vida, não podendo eximir-se de todo o processo de planejamento, criação e efetivação que permeiam as DAV (NEVES, 2013). Além do mais, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007) prevê que os profissionais devem respeitar, reconhecer e realizar ações que assegurem o direito da pessoa, ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar.

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).

A enfermagem desempenha papel principal em prol da autonomia do paciente e como facilitador e moderador da tomada de decisão dos pacientes. O profissional enfermeiro se faz presente em todos os contextos em que é necessária a tomada de decisão frente ao processo de fim de vida (PRZENYCZKA et al, 2012). 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).

Para que as decisões que abarcam o processo de fim de vida, no que tange modificações de terapêutica e cuidados, sejam realizados, é necessário um consenso multidisciplinar e, para isso, cada profissional tem um conhecimento científico que dá suporte ao seu exercício profissional, bem como as condutas a serem tomadas diante do paciente, ou seja, o médico e o enfermeiro decidem as intervenções profissionais baseadas, respectivamente, no conhecimento da medicina e no conhecimento científico da enfermagem, e as duas profissões apresentam importância, pois estão amparadas por lei de regulamentação profissional. (DEODATO, 2010).

Para Deodato (2012), um dos fatores relevantes em relação à enfermagem e as DAV é o fato do profissional ter que optar por não realizar determinado procedimento ou

cuidado devido à vontade do paciente. Essas são sempre as decisões mais difíceis. Outro fator frequente refere-se à imprescindível articulação com outros profissionais de saúde, principalmente com o profissional médico.

Por vezes, há um conflito face às decisões a serem tomadas em prol do cuidado; entretanto, as decisões de fim de vida devem constituir-se, predominantemente, em uma decisão de equipe. No entanto, mesmo que a decisão não seja construída em equipe, sua implementação requer, necessariamente, a intervenção do médico e do enfermeiro, podendo acontecer que um decida num determinado sentido e outro em sentido inverso. E este é um dos grandes impasses, pois como não há lei que regulamente as DAV, não uma padronização do cuidado ou do que deve ser tomado como conduta que garanta a preservação do direito de vontade do paciente (DEODATO, 2012).

O enfermeiro assume deveres para proteger e salvaguardar os direitos do cidadão a quem presta cuidados. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem prevê que a enfermagem, que é quem responsabiliza-se para defender e garantir os direitos aos cidadãos, deve respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano em todo o processo vital, levando em conta os contextos de morte e pós-morte, sendo proibida a ação de eutanásia ou participação por parte da enfermagem que seja destinada antecipar a morte do paciente (COFEN, 2007).

Muitas vezes, há um conflito por parte dos profissionais e familiares acerca de qual a melhor conduta a ser tomada em relação ao processo de doença, diante da manifestação de vontade realizada pelo paciente, e que ao mesmo tempo esta conduta garanta a sua autonomia. É imprescindível um profundo e sólido conhecimento das competências, deveres e obrigações profissionais, de forma a respeitar e proteger a vida como um direito fundamental das pessoas (NEVES, 2013).

O fato de um enfermeiro respeitar ou não a vontade do paciente, como nas situações relacionadas às DAV, depende de uma escolha pessoal. Ele não está limitado a uma única opção, possui outras e, ao decidir por uma delas, está agindo com liberdade. Existem vários fatores associados à cultura, história pessoal, experiência, valores, dentre outros, que contribuem para uma tomada de decisão, mas que não excluem seu caráter de liberdade porque o enfermeiro está consciente das suas possibilidades, destacando-se aqui o conhecimento que possui acerca da sua profissão e da organização do seu trabalho. As suas possibilidades de escolha são diretamente proporcionais ao conhecimento que detém sobre elas. Se o enfermeiro conhece e reflete

sobre as causas ou determinantes que interferem na sua profissão, poderá exercer influência sobre elas e mudar o curso de ação (PRZENYCZKA et al, 2012).

Diante do exposto, o que podemos refletir é que como ainda não temos uma legislação em voga, os profissionais agem de acordo com o que expressa o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, agindo para que este paciente tenha uma maior qualidade de vida, não podendo entrar em específico no que é a DAV. Assim, os fatores pessoais, como os mencionados acima, nos constroem como enfermeiros e influenciam na organização do nosso trabalho, além de poderem interferir para que tomemos a “melhor” conduta para aquele paciente, naquele determinado momento. Nesse caso, estariam defendendo a vontade dos pacientes? Ou a sua própria vontade?

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. DESENHO DO ESTUDO

A presente pesquisa foi pautada pela abordagem qualitativa de cunho exploratório-descritivo. Segundo Kerr e Kendall (2013), a abordagem qualitativa possui como principal vantagem a comodidade de explorar suposições que afetam a forma como interpretamos o mundo social. Além disso, a pesquisa qualitativa se adequa a temáticas ou problemáticas que não foram muito explorados, ou seja, que não possuem respostas apropriadas. Visto que a pesquisa qualitativa coleta, analisa e reformula perguntas, sendo esta amoldada para novos tópicos e temas.

Já a pesquisa exploratória tem o intuito de divulgar o que foi descoberto através da investigação de tal fenômeno. Por outro lado, a pesquisa descritiva visa “desenhar um quadro” de uma situação, pessoa ou evento, mostrando como as coisas relacionam-se em si (GREY, 2012).

4.2. ESCOLHA DA INSTITUIÇÃO

O estudo foi realizado junto à Escola de Enfermagem da 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 (FURG, 2012).

O curso de Graduação em Enfermagem da FURG é um dos 53 cursos ofertados pela instituição, a qual difunde a maioria de suas atividades no campus saúde, onde está localizada a Escola de Enfermagem. Esta possui a missão de dedicar-se às atividades de ensino de graduação e de 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 funciona em parceria com o Hospital Universitário (HU), o qual assegura o acesso ao ensino para mais de 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 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 apresentados pelo 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).

Ainda, o Curso de Graduação em Enfermagem da FURG possui dois currículos em andamento. O currículo em extinção, aprovado em 2005 e implementado no ano de 2006, desenvolve-se em regime seriado semestral com carga horária de 4055 horas distribuídas em nove semestres. A carga horária total é dividida em 2835 horas de disciplinas teóricas e teórico-práticas obrigatórias, incluindo o projeto e o trabalho de conclusão de curso (TCC), 1020 horas referentes aos estágios supervisionados e 200 horas para as atividades complementares.

Por necessidade de adequação à legislação vigente, foi aprovado em 2012 e implementado no ano de 2013, o atual currículo, no qual o curso passou a desenvolver-se em regime por disciplinas, com carga horária total referente à 4.110 horas desenvolvidas em dez semestres. A carga horária total é dividida em 3000 horas de disciplinas teóricas e teórico-práticas obrigatórias, distribuídas nos turnos manhã e tarde, incluindo o projeto e o trabalho de conclusão de curso (TCC), 960 horas de estágios supervisionados, e 150 horas de atividades complementares. Para tanto, o corpo docente lotado na Escola de Enfermagem da FURG é constituído por 31 professores, dos quais 27 possuem doutorado e, conta, ainda, com 10 técnicos administrativos em educação (FURG, 2012).

Dentro das disciplinas ofertadas pelo curso, as que desenvolvem um primeiro contato e compreensão sobre o processo de morte morrer são: Ética e legislação no exercício da enfermagem, Intercorrências Clínicas a Saúde do Adulto e Saúde da

Criança II, o que identifica uma carência desta temática ao longo do processo de formação destes estudantes, justificando mais uma vez a necessidade da realização de tal pesquisa.

Para que os estudantes tenham uma vivência prévia com o desenvolvimento das habilidades técnicas relacionadas ao fazer do enfermeiro, a escola de enfermagem disponibiliza o Laboratório de Enfermagem, o qual contribui no suporte de ensino e aprendizagem teórico-prático. Este assiste nas disciplinas obrigatórias e nas práticas complementares (atividades de ensino), possibilitando que as habilidades deste discente sejam fortalecidas a fim de instruí-lo para a execução de procedimentos aos pacientes. (FURG, 2012), servindo de ambientalização dos estudantes com os materiais, procedimentos e condutas de enfermagem a serem realizados junto ao cliente e a equipe.

4.3. INTEGRANTES DA PESQUISA

O estudo foi realizado com 15 estudantes a partir do 5^a semestres do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), que se encontravam matriculados regularmente no curso no primeiro semestre de 2017, a fim de oportunizar a discussão e problematização das temáticas dentre os diferentes contextos em que cada discente se depara, enriquecendo, desta forma, os encontros do grupo.

Os estudantes foram selecionados a partir dessa série por já terem passado por disciplinas essenciais ao curso e a esta pesquisa (Semiologia e Semiotécnica III e Ética e legislação no exercício da enfermagem), por embasarem uma melhor percepção, pois já foram para campos de estágio.

Foram incluídos como participantes todos os estudantes que estivessem regularmente matriculados no curso de graduação em enfermagem e estivessem participando de um grupo de pesquisa, além da disponibilidade para os encontros do grupo. Foram excluídos aqueles que estivessem matriculados do 1^o ao 4^o semestre e que tivessem alguma outra atividade além do grupo de pesquisa.

4.4. COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio da técnica de Grupo Focal (GF), que é definida como uma técnica de cunho qualitativo que tem como principal objetivo o diálogo entre o grupo para a conferência de um ponto genérico aos participantes. Este

método proporciona a reflexão sobre um tema e os conhecimentos de cada indivíduo ante a contribuição dos demais participantes (BACKES; COLOMÉ; ERDMANN; et. al., 2011).

No primeiro encontro, após abertura e explanação do que seria feito, foi passado um compilado de episódios de uma série de televisão a fim de captar qual a percepção dos participantes com relação aos casos vistos no vídeo, sem ter nenhum contato com aspectos históricos e de aplicação das DAV. Após esse momento, foi iniciada uma discussão de acordo com o que foi visto.

O segundo encontro iniciou com uma aula expositiva dialogada elucidando sobre todos os aspectos históricos a nível mundial, além das formas de aplicação e como se encontra no cenário nacional e internacional, hoje em dia. Após esse momento, foi entregue a cada participante uma folha A4 com a sigla DAV escrita bem no centro. Foi proposto que eles colocassem ali todo o seu sentimento e percepção em relação à sigla e o que esta representava para eles. Após, cada um falaria sobre o que escreveu. **(APÊNDICE A)**.

No terceiro encontro foi proposto uma dinâmica em grupo, na qual eles se dividiriam em três grupos de cinco, para discussão, em pequenos grupos, e após em grande grupo, de casos clínicos relacionados a DAV, tendo como objetivo na resolução os casos o papel do enfermeiro/enfermagem frente a eles. Casos clínicos em **(APÊNDICE B)*¹**.

Foi respeitada a recomendação do número de três encontros com duração prevista entre 1h e 30min e 2h, para que houvesse um bom proveito das discussões e não houvesse fadiga entre os participantes (DEBUS, 1997). Além disso, para melhor captar todas as informações do GF, os encontros foram gravados em vídeo, para facilitar a transcrição dos dados posteriormente.

Para a formação do grupo, Dall'agnol e Trench (1999) mencionam que o ideal para o GF é um número de seis a quinze participantes, que foram contemplados conforme o explícito em 4.3. Ainda assim, é necessário que todos os participantes tenham alguma característica em comum que seja apontado como significativo ao estudo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999). Para este quesito, a característica em comum a todos os participantes, foi o fato de estarem devidamente matriculados do 5º ao 10º

¹ É válido salientar que os casos clínicos não tem um enfoque em parâmetros vitais e sim na descrição dos mesmos com relação à DAV para um melhor exercício da atividade.

semestres de graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande. Foi enviado um convite via e-mail para as turmas dos semestres incluídos com todas as informações necessárias do projeto e da coleta de dados. Os alunos que retornaram o e-mail, estando eles, dentro dos critérios de inclusão e exclusão, participaram do GF.

É necessário, ainda, um espaço que assegure a privacidade, confortável, fácil acesso e que seja facilitador das discussões e permita que os participantes possam manter um contato visual (DEBUS, 1997). Para que estas características fossem contempladas, o anfiteatro da área acadêmica do hospital universitário foi utilizado, devido à melhor ambientação dos discentes, bem como um lugar que garantisse a privacidade dos participantes, além de ser de fácil acesso a todos os estudantes de Enfermagem.

Para compor o GF, é necessário que haja duas figuras de suma importância: um coordenador (ou moderador), e um observador. O moderador é quem instrumentaliza e dinamiza o grupo, é quem deverá explicar minuciosamente todas as fases do processo, bem como seu objetivo, atividades, propor discussões e mediá-las a fim de manter o foco no objetivo norteador da pesquisa, ao mesmo tempo em que conclui as sessões, a fim de realizar os ajustes e adequações do próximo encontro. Já o observador é quem realiza os apontamentos relacionados às dinâmicas que passam despercebidos ao gravar e assessorar nas discussões, bem como o tempo de duração dos encontros, além de supervisionar o material de gravação, papel este que, além de auxiliar para o bom andamento do encontro, facilita o processo de transcrição de dados (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Quem fez o papel de moderadora foi a própria autora do projeto, pelo fato de ter um maior contato com temática. Como observador, contou-se com uma enfermeira, que se prontificou para tal, conforme sua disponibilidade.

4.5. ANÁLISE DE DADOS

Os dados transcritos a partir do Grupo Focal foram submetidos à Análise Textual Discursiva. Esta análise move-se entre duas técnicas de análise muito conceituadas na pesquisa qualitativa que são a análise de conteúdo e a análise de discurso. A análise textual discursiva é caracterizada como um processo em que inicialmente ocorre a unitarização dos dados coletados, separando-os em unidades de

significados. Desta forma, o pesquisador se aprimora das vozes dos entrevistados para compreender de forma mais clara aquele texto (MORAES; GALIAZZI, 2013).

A análise textual discursiva é capaz de atingir uma produção mais qualificada de um conhecimento já existente, para tanto, é exigido do pesquisador uma análise rigorosa em busca de um novo entendimento do que foi dito. O processo de análise textual discursiva foi baseado em quatro elementos, sendo que os três primeiros constituíram um ciclo (unitarização, categorização e captação do novo emergente). Estas etapas concluídas resultaram no quarto elemento da pesquisa: o processo auto organizado capaz de criar e recriar uma nova compreensão (MORAES; GALIAZZI, 2013).

O primeiro elemento da análise textual discursiva, denominado unitarização, constituiu-se da desorganização dos textos escolhidos para análise em busca de unidade definidas de acordo com o objetivo da pesquisa. Essas unidades são formadas por ideias em comum que possibilitaram, após a releitura do todo, a elaboração de um significado mais completo para si. Consiste em uma etapa trabalhosa que exige o domínio completo do material analisado, porém, facilita o surgimento de uma nova compreensão do material obtido nas entrevistas (MORAES; GALIAZZI, 2013).

A categorização é o segundo elemento da análise textual discursiva, sendo responsável pela união do que foi inicialmente fragmentado em categorias com características que se assemelhavam. Este segundo passo constrói-se por meio de três métodos: *dedutivo*, quando o pesquisador cria categorias de acordo com os fundamentos da sua pesquisa antes de proceder à leitura do texto; *indutivo*, as categorias são criadas após a leitura do material, por comparação e organização de elementos semelhantes; e por fim, *intuitivo*, método que exige um intenso conhecimento do tema escolhido, pois consegue promover certa uniformidade dos dois métodos anteriores através de momentos de inspiração do pesquisador (MORAES; GALIAZZI, 2013).

O terceiro elemento da análise textual discursiva é a comunicação do que foi inicialmente fragmentado e posteriormente categorizado. Neste elemento, o objetivo principal é gerar produções com maior qualidade. O pesquisador auxilia os leitores na compreensão da leitura por meio de integração de significados comuns e torna explícito o seu entendimento do tema pesquisado. O processo de aprender constituído por pelos três elementos citados anteriormente concluiu-se com o quarto componente, denominado “processo auto-organizado”, capaz de promover novas compreensões a respeito das pesquisas já realizadas (MORAES; GALIAZZI, 2013).

4.6. ASPECTOS ÉTICOS DESSE ESTUDO

Este estudo respeitou as diretrizes e normas estabelecidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde no que se refere aos aspectos éticos para a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). Foi solicitada permissão ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) para realização do estudo. Além disso, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG) e a coleta de dados só transcorreu após parecer favorável sob número 135/2017 (**ANEXO A**). Concordando em participar da pesquisa, os estudantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE C**), e então somente após suas assinaturas os encontros do grupo foram agendados.

Os estudantes foram esclarecidos a respeito dos benefícios desta pesquisa, que estão diretamente relacionados à produção do conhecimento acerca das percepções dos estudantes de enfermagem de acordo com a temática proposta. Acredita-se que contribuiu-se para o crescimento profissional/pessoal desses estudantes, bem como promoveu-se um momento de compartilhamento e troca de experiências acerca da temática. Além disso, os riscos também foram explanados, os quais estavam relacionados à mobilização emocional com a temática. Para tanto, o serviço de psicologia da PRAE/FURG seria utilizado se necessário, salvaguardando os envolvidos.

Os resultados da pesquisa serão publicados sob forma de artigos científicos, já que a literatura sobre este assunto é escassa no Brasil. Além disso, os resultados poderão alertar para um enfoque maior e implementação de tais conteúdos (Processo de morte/morrer dentro dos eixos temáticos, além da explanação sobre as DAV) ao longo do processo de formação de discentes, evidenciando a extrema importância de se ter assuntos como este dentro dos conteúdos programáticos de cada disciplina em que se evidenciar tal necessidade. Os estudantes tiveram seu anonimato assegurado, suas falas foram representadas pela letra P de participante, seguida do número de sua ordem de fala no grupo (Ex.: P1, P2....P15).

Além disso, após o término da pesquisa, os dados originados do GF, bem como os TCLE's, serão armazenados pelo período de cinco anos na sala do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem/Saúde – *NEPES-FURG*, garantindo assim o monitoramento da segurança dos dados.

5. RESULTADOS

Os resultados e as discussões dos dados obtidos nesta dissertação serão apresentados no formato de dois 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 intitulado “DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: PERSPECTIVA DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM ACERCA DO PROTAGONISMO DO ENFERMEIRO” será encaminhado para a Revista Texto & Contexto da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com indexação “A2” no Qualis Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Tal artigo tem como objetivo compreender qual a percepção dos estudantes de enfermagem acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade. As normas de submissão do artigo podem ser encontradas e conferidas no site <http://www.textoecontexto.ufsc.br/preparo-dos-manuscritos/>.

O segundo artigo intitulado “DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE SOB A ÓTICA DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM” será encaminhado para a *Revista Enfermería Global*, com indexação “B1” no Qualis Periódicos da CAPES. Tal artigo tem como objetivo conhecer a percepção dos estudantes de enfermagem acerca do papel do enfermeiro frente às Diretivas Antecipadas de Vontade. As normas de submissão do artigo podem ser encontradas e conferidas no site <http://revistas.um.es/eglobal/about/submissions#authorGuidelines>.

5.1 ARTIGO 1

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: PERSPECTIVA DOS
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM ACERCA DO PROTAGONISMO DO
ENFERMEIRO¹**

Maria Luzia Machado Godinho² Edison Luiz Devos Barlem³

²Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

marialuzia_g90@hotmail.com

³Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

Objetivo do estudo: conhecer a percepção dos estudantes de enfermagem acerca do papel do enfermeiro frente às Diretivas Antecipadas de Vontade. **Método:** estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Participaram 15 estudantes de enfermagem de uma universidade pública do sul do Brasil. Os dados foram coletados em outubro de 2017, a partir da metodologia de Grupo Focal e submetidos à Análise Textual Discursiva. **Resultados:** dentre as relações do enfermeiro com o exercício de sua profissão frente às Diretivas, os estudantes revelaram a importância do enfermeiro ter conhecimento técnico científico e o protagonismo e autonomia desse profissional frente ao cuidado no contexto das Diretivas. No que tange às relações do enfermeiro com os demais atores frente às Diretivas, o enfermeiro tem o papel de interlocutor entre equipe e família, promotor da autonomia e advocacia do paciente. **Conclusão:** a enfermagem tem um grande caminho a trilhar frente às Diretivas, apesar de ter conseguido destacar aspectos de suma importância que vem se mostrando de forma tímida, ainda, no cenário da enfermagem e no papel do enfermeiro, como a advocacia do paciente. Utilizando-se dela, o enfermeiro consegue garantir que os pacientes tenham suas vontades respeitadas perante o centro hospitalar e demais profissionais. Além disso, há a importância do enfermeiro se mostrar protagonista frente a esse cuidado no processo de finitude, mostrando-se capaz de instrumentalizar o paciente acerca desse novo documento. A segurança profissional e o respaldo legal demonstram o receio desses futuros profissionais em lidar com algo tão complexo sem ter legislações mais específicas que os embasem o cuidado.

Descritores: Diretivas Antecipadas. Papel do Profissional de Enfermagem. Estudantes de Enfermagem. Enfermagem. Ética em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Sob uma perspectiva biológica, no ciclo de vida humano, a morte é tão-somente mais uma etapa a ser finda. Todavia, ponderando a condição humana do homem, e a certeza absoluta de sua mortalidade, o tema morte é um assunto de difícil abordagem. Conectado a essas questões, averigua-se as dimensões éticas, culturais, religiosas e socioambientais, demonstrando a importância de uma atenção especial ao assunto, principalmente no que tange ao papel da enfermagem, em uma perspectiva do exercício da profissão e das relações com os atores do processo de morte e morrer.¹

Cabe destacar que é preciso um novo olhar acerca da morte e da sua relação com a vida nos espaços de saúde. Não basta apenas os pacientes serem atendidos por ótimos profissionais da saúde, é preciso que estes saibam atender as expectativas desses. Muitas vezes o paciente encontra-se incapacitado, sendo importante dar vozes aos familiares que o acompanhem e que, com frequência, são reconhecidos como responsáveis. É preciso atender essa parcela da população que, por diversos momentos, se sente desatendida e com grande responsabilidade de compreender as decisões do paciente sobre a vida e a morte.²

Na esperança que o paciente, nesse processo de finitude, compreenda que ele faz parte do ciclo vital e consiga exercer sua autonomia, sendo (co)participante do processo de decisão acerca do seu estado de saúde, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 31 de agosto de 2012 aprovou a primeira regulamentação que desvelou sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), a Resolução 1.995.⁴

A DAV atesta a vontade do paciente incapacitado sobre os tratamentos médicos, da designação de um interlocutor para tal fim, além do dever do médico em cumprir a aspiração do paciente, propõe minimizar os dilemas enfrentados nas questões relacionadas ao final da vida. Trata-se de um registro documental em que o indivíduo manifesta os procedimentos que gostaria ou não de ser submetido em determinadas circunstâncias, expressando sua vontade acerca deles.⁵ Essa nova realidade propõe um desafio de reconhecimento da autonomia dos pacientes nos processos decisórios dos tratamentos, que repercutem diretamente nas relações entre paciente, equipe de saúde e família.³

A enfermagem, entre as profissões da saúde, pelo fato de permanecer mais tempo junto ao paciente, concedendo-a o desenvolvimento de uma comunicação

profunda, possui um papel condescendente, tanto no sentido de orientação como em reflexões e discussões relacionadas à DAV, pois em suas práticas interage e articula intensamente com a equipe multiprofissional de saúde, com o paciente e família. Por meio da DAV, os profissionais de saúde e os familiares ficam informados sobre as escolhas da pessoa doente em relação a sua própria existencialidade.⁶

Do mesmo modo que é responsável pela manutenção da 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. Mais especificamente, em parágrafo único do novo código de ética dos profissionais de enfermagem, o enfermeiro deve: “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.”^{7:06}

A enfermagem desempenha papel principal em prol da autonomia do paciente e como facilitador e moderador da tomada de decisão dos pacientes. O profissional enfermeiro se faz presente em todos os contextos em que é necessária a tomada de decisão frente ao processo de fim de vida.⁸ Além disso, no ambiente hospitalar, o enfermeiro constrói vínculos com o paciente e família para que este diálogo seja ferramenta para implementar ações de cuidado e minimizar as angústias e anseios desse binômio.⁹

Configurou-se como questão de pesquisa “Qual a percepção dos estudantes de enfermagem acerca do protagonismo do enfermeiro frente as DAV?”. Alicerçado nas produções científicas, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer o papel do enfermeiro frente às DAV. O objetivo foi conhecer a percepção dos estudantes de enfermagem acerca do papel do enfermeiro frente às Diretivas Antecipadas de Vontade.

MÉTODOS

Esta é uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada com quinze estudantes do curso de graduação em enfermagem do quinto ao décimo semestres de uma universidade Federal do Sul do Brasil. Justifica-se a escolha dos participantes pelo

fato de já terem cursado as disciplinas básicas e já terem vivenciado momentos de atividades práticas.

Para a obtenção dos dados, elegeu-se a técnica de Grupo Focal (GF), a qual promove ampla e horizontalizada problematização da temática.¹⁰ Realizaram-se três encontros no mês de outubro de 2017, nos quais todos os quinze estudantes estiveram presentes. Cada encontro prolongou-se por, no máximo, 1h e meia e foi coordenado pelo moderador e acompanhado por um observador.

No primeiro encontro do GF foi apresentada a proposta de trabalho, buscando sanar as dúvidas dos participantes. Ainda, foi realizada uma atividade de sensibilização dos estudantes, onde foi passado um compilado de três episódios de uma série de TV que trazia à tona as formas de aplicabilidade das DAV e, após isso, realizada uma discussão acerca da percepção deles sobre a temática.

No segundo encontro do GF, foi realizada uma atividade expositivo-dialogada acerca das DAV, contemplando aspectos históricos, ético-legais, trazendo sempre os possíveis posicionamentos do enfermeiro diante da temática. Após esse momento, foi entregue uma folha A4, na qual havia escrito “DAV” no centro. A partir disso, foi solicitado que os estudantes escrevessem em frases ou palavras o que a DAV remetia a eles. Após esse momento foi realizada a discussão dos pontos emergidos.

No terceiro encontro do GF, foi realizada uma dinâmica em três grupos de cinco estudantes, quando foram passados a eles dois casos clínicos para que eles pudessem discutir como visualizavam as possíveis condutas do enfermeiro diante de cada caso. Após o momento de discussão interna de cada grupo, foi realizada uma roda de conversa para que todos pudessem trocar e compartilhar as decisões e visões acerca de cada caso.

O conteúdo do GF foi transcrito e submetido à Análise Textual Discursiva. O processo de análise textual discursiva foi baseado em quatro elementos, sendo que os três primeiros constituíram um ciclo (unitarização, categorização e captação do novo emergente). Essas etapas concluídas resultaram no quarto elemento da pesquisa: o processo auto-organizado, capaz de criar e recriar uma nova compreensão.¹¹

A pesquisa iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética local (134/2017) e seguiu todos os preceitos com relação à ética em pesquisa com seres humanos. O anonimato foi garantido por meio da codificação dos participantes pela letra “P” seguido de um número arábico, em ordem crescente, correspondente à ordem das falas dos participantes, “P1, P2...” até chegar ao número total de participantes.

RESULTADOS

Com o intuito de compreender qual a percepção dos estudantes de enfermagem acerca das DAV, organizaram-se os resultados deste estudo por meio de duas categorias, enfocando as relações do enfermeiro com o exercício da profissão e com a tríade paciente/família/equipe.

Relações do enfermeiro com o exercício da profissão frente às DAV

Consoantes com a ótica dos estudantes de enfermagem nesta categoria emergiram aspectos relevantes às relações do enfermeiro com o exercício de sua profissão frente às DAV, sendo eles, o conhecimento técnico-científico como base das tomadas de decisões, segurança profissional e respaldo legal para o exercício das DAV, autonomia profissional, protagonismo do enfermeiro, (auto)instrumentalização com o intuito de esclarecer os pacientes acerca das DAV.

Os estudantes de enfermagem reconhecem a necessidade de o profissional enfermeiro estar apropriado do conhecimento técnico científico. Além de ser um dos fatores principais para o exercício da profissão, em relação às DAV, tal conhecimento auxilia e facilita nas tomadas de decisão do profissional quando o desejo do paciente é revelado, pelo fato de, além de conhecer a vontade do paciente, conhecer o estado de saúde em seu todo: [...] *Eu acho que o enfermeiro deve ter muito embasamento teórico para discutir essas questões porque são coisas que mesmo depois de todos esses encontros ficamos pensando como futuros enfermeiros: 'Ah será que faz, será que não faz?', 'Ah tá bom eu vou pedir a opinião de todo mundo' [...]* (P3); [...] *E isso é algo difícil. Acredito que com o conhecimento teórico e com a nossa prática, vivenciando cada vez mais essas situações, nós vamos conseguindo lidar e tomar as melhores decisões. Porque é algo muito novo.* (P5); [...] *Até para conseguir falar das Diretivas, como funciona. É importante que o enfermeiro saiba do aspecto clínico para conseguir ter um conversa sobre as DAV.* (P6)

O sentimento de segurança profissional é outro fator que auxilia o enfermeiro frente às DAV, o que pode estar relacionado ao conhecimento profissional e ao tempo de atuação. Ao ter segurança diante dos passos a serem seguidos a partir do momento de revelação dos desejos do paciente, o profissional tem uma maior compreensão dos fatores que, por consequência, se convertam em ações mais rápidas e concretas e prol

das DAV desse paciente. Destaca-se a importância do enfermeiro estar em consonância com o respaldo legal, pois o desejo do paciente pode modificar ao longo do processo da doença e o enfermeiro precisa estar respaldado para poder exercer sua profissão, respeitando as DAV indicadas: [...] *Qual a tua opinião, o que tu pensa sobre isso?*” *Se respaldar, nós temos a literatura que nos respalda, estudos e o código de ética, então traz isso à tona e discute com a equipe para chegar em um consenso e sair dessa questão da utopia. É difícil? É. Ainda mais no nosso contexto hoje. Mas acho que nós podemos ser a mudança, nem que seja pequena, nem que seja só no nosso cenário, talvez só aqui no HU, é pequeno, perto de todo esse Brasil que nós temos, mas é alguma coisa (P1); [...] Nesses momentos temos que ter muita certeza da nossa ética profissional, do que a legislação, resolução traz, porque quando nos depararmos com esses casos, a nossa decisão vai ser segura e embasada (P2); Falta nos apropriarmos do conhecimento e ter segurança na hora de conversar com a equipe, discutir e mostrar nossa posição diante dos casos (P4).*

Outro fator que emergiu dos encontros foi a autonomia profissional. Os estudantes de enfermagem demonstram que o profissional enfermeiro precisa encontrar e demonstrar mais autonomia dentro de vários campos, sendo um deles, menos explorado, as DAV. A autonomia é a ferramenta indispensável para implementação das DAV, pois somente ela permite vencer o modelo biomédico que aparenta priorizar a continuidade dos tratamentos, muitas vezes fúteis e inúteis: *Nós temos formação e respaldo para conversar com a equipe e direcionar, se o médico, talvez, não está direcionando essas orientações, eu como enfermeiro, com a minha autonomia, vou tomar as rédeas disso e criar um espaço propício a isso, talvez essa mudança (P7).*

Ademais, outro aspecto levantado nos encontros foi a necessidade do enfermeiro se empoderar e se ver como pertencente ao “mundo” do cuidado do processo de morte/morrer, ou seja, a necessidade do enfermeiro se ver protagonista desse espaço e saber se posicionar para o exercício da profissão frente às DAV: [...] *E ai eu estava pensando aqui, até como nós exercemos esse protagonismo. Será que nós deveríamos ser preparados para isso, e de que forma deveríamos ser preparados? Fazendo uma autorreflexão, eu acho, que nós somos preparados para isso, acho que temos que ser críticos conosco. O protagonismo e autonomia acontecem quando nós temos conhecimento. Não adianta chegar lá e “Ah eu não sei o que fazer”. Então, por que nós não nos posicionamos? (P13).*

Corroborando com os fatores sobrescritos, é necessária uma constante instrumentalização profissional em diversos níveis do saber para acompanhar o que as pesquisas trazem de novo relacionado às DAV e à enfermagem, para que o enfermeiro tenha um maior embasamento e consiga passar segurança ao paciente e família no momento das decisões de fim de vida: *Acho que a partir daqui nós temos que buscar mais. É nossa responsabilidade essa instrumentalização. Precisamos desse conhecimento para nós e para nossos pacientes (P7); [...] Nós temos instrumentos para isso, falta nos apropriarmos desse instrumento, se aperfeiçoar e... às vezes, eu acho que falta só a iniciativa... você conhece e não toma uma posição (P9).*

Relações do enfermeiro com a tríade paciente/família/equipe frente às DAV

Nesta categoria são expostos os elementos que compõem as relações do enfermeiro com o paciente, família e equipe frente às DAV. Para uma melhor conexão a essa tríade, compreende-se o vínculo, as crenças pessoais e pré-conceitos das quais o enfermeiro não deve se vestir, pois precisa prestar uma assistência imparcial, dando conta dos reais desejos do paciente, enfermeiro como interlocutor entre os atores da DAV, além da necessidade de ter uma sensibilidade diante da temática para uma melhor assistência ao paciente, executar a advocacia em saúde, promover a autonomia do paciente e incitar discussões em equipe, promovendo educação permanente entre a equipe com intuito de atualização do conhecimento.

Foi possível verificar que, diante do contexto de morte e morrer, o paciente precisa de algum profissional para revelar seu desejo de fim de vida e tal profissional precisa estar atento e preparado para conseguir interpretar esse com uma possível DAV. Por isso, os estudantes de enfermagem enxergam o vínculo como a mais importante ferramenta para esse momento: *[...] O enfermeiro é o principal profissional que tem essa criação de vínculo com o paciente. Acho que isso facilita tudo na hora da comunicação. Ele, realmente, é o personagem principal nos casos de DAV para argumentação com a equipe e família, para que respeitem as vontades do paciente. Acho que é isso, o enfermeiro é fundamental frente às DAV (P8).*

Para que o profissional consiga se relacionar da melhor forma com a tríade (paciente/família/equipe) é necessário desprendimento das crenças pessoais e pré-conceitos que prejudiquem a tomada de decisão do enfermeiro frente aos desejos do

paciente em fim de vida. Segundo os estudantes de enfermagem, é necessário imparcialidade e desprendimento da subjetividade pessoal frente à DAV para que a ação seja mais profissional e genuína possível: *Eu acho que o mais difícil é nós nos desarmarmos ou nos desprendermos de valores, crenças e princípios, porque nós estamos aqui, cada um com essa bagagem pessoal, e mesmo todos nós tendo um mesmo conhecimento sobre as DAV, são diferentes as perspectivas (P10).*

Ainda, para descomplexificar esse momento final, é necessário que a tríade tenha um interlocutor, um elo entre todos esses. Os estudantes de enfermagem enxergam que o profissional que tem essa característica é o enfermeiro e que ele precisa usar desses artifícios para conseguir receber os desejos do paciente da forma mais estreme possível e consiga transmitir essas vontades da melhor forma possível à família e equipe: *[...]Nós conseguimos enxergar o papel do enfermeiro como interlocutor, um elo entre o paciente e a equipe, o paciente e a decisão dele. (P12); Para resolver esses casos clínicos, na vida real, o enfermeiro seria o elo entre todos. O enfermeiro repassa a vontade à equipe e analisa conforme as condições do paciente tudo que possa ser feito em prol dessa vontade (P11).*

Com o objetivo de dar conta de todo o cenário que esse momento e a DAV proporciona é necessário que o profissional tenha sensibilidade para conseguir atender a todos os atores desse contexto da melhor forma possível, cuidando desses elementos e tendo a certeza de que os desejos de fim de vida sejam atendidos: *[...]Muitas vezes, eles falam para nós o que eles estão sentindo, e nós temos que saber que isso que eles estão nos passando e essa vontade deles para poder transmitir isso à equipe e familiares, muitas vezes, e saber que é para nós que eles vão falar. Então, nós temos que transmitir isso para a equipe, através dos relatos do paciente, mesmo que muitas vezes nós não estejamos preparados para ouvir, mas é para nós que eles vão falar. Então essa sensibilidade é importante que o enfermeiro tenha. (P14); Nós precisamos ter essa sensibilidade de entender que aquilo que o paciente está nos comunicando naquele momento de fim de vida são seus desejos, são as DAV. (P3)*

Um dos fatores que emergiu com grande importância nesse contexto foi o enfermeiro dever se reconhecer como parte do exercício da advocacia em saúde. É essencial que ele consiga defender os direitos do usuário, garantir uma melhor assistência e que tenha papel de articulador entre o paciente e o ambiente de cuidados de saúde. Os estudantes de enfermagem reconhecem a importância de o paciente ter algum profissional que o instrumentalize e o proteja dadas as circunstâncias do processo de fim

de vida: [...] Saiu aquela expressão: “a advocacia do paciente”, né? Que nós falamos tanto na academia, o que acontece? Nós achamos muito importante saber se o paciente realmente tem conhecimento sobre a sua condição de saúde e sua patologia; se realmente aquela decisão que ele, principalmente no segundo caso, tomou embasado em informações corretas e, em cima disso, nós podemos defender o lado do paciente com mais certeza (P15).

Atrelado a isso, outro emergente pelos estudantes de enfermagem foi à promoção da autonomia pelo profissional de enfermagem. Por passar maior tempo com o paciente e família e possuir uma boa capacidade de vínculo e comunicação, o enfermeiro, ao esclarecer o paciente de todas as suas dúvidas, acaba por promover tal autonomia: [...] O que eu quero dizer para vocês é que nós temos que saber se o paciente, realmente, está embasado e se ele tem certeza daquele decisão, cabe a nós, é nosso papel... nosso dever. Eu, pessoalmente, acho que eu não conseguiria de outra maneira se eu não tivesse essa certeza. Se ele souber ou está certo daquilo que está decidindo, ou se simplesmente ele está fazendo isso por qualquer outra situação. Precisamos dar esse esclarecimento a ele, e à família também. Se essa decisão for tomada com conhecimento, aí sim estaremos promovendo a autonomia desse paciente e ficaremos mais tranquilos com isso (P7); [...] Acho que a reflexão é a discussão das decisões que vão ser tomadas. Tem que ser tomada não exclusivamente pela equipe, família ou paciente. Acho que tem que haver uma conversa entre esses três e, a partir disso, o paciente falar a sua vontade, porque não é apenas a tua vida, tu tens uma família, um contexto social, então é importante envolver essas pessoas e discutir e, por fim, o paciente dizer o que quer mesmo, não só partir da família, da equipe ou profissional. Tem que partir após uma reflexão, uma conversa, expor os pontos, o paciente chegar e tomar uma decisão (P10).

Avigorando com os pontos apresentados acima, um fator de grande importância emergiu nos encontros, sendo ele a necessidade das discussões em equipe, em forma de “round” para que todos os profissionais tenham conhecimento acerca de todos os pacientes em estado de fim de vida: E aí, volto no ponto: discussão em equipe. Porque não é prioridade da Enfermagem saber que o paciente piorou e daqui a três dias ele vai morrer. Não. O médico, o fisioterapeuta, todo mundo está envolvido nisso. A equipe precisa dividir essas ideias (P5).

Nesse cunho, outro ponto que emergiu foi a necessidade de realização de educação permanente acerca dessas temáticas, tanto em meio acadêmico, que é o caso

desta pesquisa, quanto em meio hospitalar, pois, ao discutir sobre a temática, alguns tabus e (pré)conceitos vão se (re)construindo e sendo esclarecidos, para que o objetivo maior do profissional enfermeiro seja alcançado, uma assistência de qualidade em todos os contextos do ser: *Por isso eu defendo uma ideia de ter, na instituição, um núcleo responsável por isso, que traga essas discussões sobre diretivas e cuidados paliativos, que capacite às equipes ou que seja responsável por trazer essas questões, porque nem todo mundo se sente preparado pra isso, capacitado para isso como profissional, então ter um núcleo direcionado a isso, como algumas instituições acreditadas têm, para direcionar os profissionais para fazer as coisas como elas devem ser feitas (P11).*

DISCUSSÃO

É importante que o profissional se utilize do conhecimento técnico-científico que lhe cabe como suporte para as tomadas de decisões assim que os desejos do paciente forem revelados. A decisão de cada profissional deve considerar o conhecimento científico que sustenta o seu exercício profissional e a intervenção que vai prestar, ou seja, para que as DAV sejam cumpridas, o médico e o enfermeiro decidem as intervenções baseadas, respectivamente, no conhecimento da medicina e no conhecimento científico da enfermagem amparados por lei de regulamentação profissional, o que reduziria as dificuldades evidenciadas pelos enfermeiros¹². Mesmo que a decisão não seja construída em equipe, sua implementação requer, necessariamente, a intervenção do médico e do enfermeiro, podendo acontecer que um decida em um determinado sentido e outro em sentido inverso.

De encontro à segurança profissional ao exercício da enfermagem frente à DAV, o simples registro no prontuário do paciente, feito pelos profissionais que o assistem, 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.¹³

Além disso, um dos fatores que ainda dificulta o exercício profissional dentro do campo das DAV é a falta de autonomia profissional. A política nacional de humanização traz alguns princípios que são capazes de dar norte às práticas dos profissionais de saúde, entre eles a valorização da dimensão subjetiva e social das

peças nas práticas de atenção e de gestão no SUS, com o intuito de fortalecer o compromisso com os direitos do cidadão; ofertar trabalho em equipe multiprofissional, com o propósito de concretizar a transversalidade e a grupalidade nas ações, além de favorecer a autonomia e o protagonismo dos indivíduos e coletividade envolvidos na rede do SUS.¹⁴ Como ainda não temos nenhuma regulamentação ou lei vigente que nos ampare e nos dê autonomia profissional frente à DAV, precisamos recorrer ao que as políticas nacionais nos mostram em relação ao cuidado.

Atrelado à autonomia profissional, o protagonismo é um princípio que implica: troca de aprendizados, construção de novos saberes, democratização de informações e desenvolvimento de ações em parceria.¹⁵ Na prática profissional, o ser protagonista refere-se à ação baseada nos conhecimentos existentes e naqueles que são aprendidos no contexto da assistência, atuando de forma construtiva e compartilhada nas relações entre usuários e profissionais de saúde.¹⁶

No que tange as relações do profissional consigo e sua profissão frente às DAV, os estudantes elegem o vínculo como importante ferramenta diante das DAV, e este promove uma melhor comunicação entre os atores desse contexto da DAV para que se tenha uma maior chance do paciente revelar seus desejos de fim de vida da forma mais genuína possível. O enfermeiro encontra-se em uma posição privilegiada para atuar como elemento fundamental na realização do processo de consentimento e, por conseguinte, no incentivo à autodeterminação do paciente. Essa posição permite o contato continuado, prolongado e mais intenso com o doente, o que propicia o desenvolvimento de uma relação mais estreita e cordial, além do estabelecimento de uma comunicação mais fluida.¹⁷

Um estudo realizado com 23 profissionais de enfermagem do Hospital Escola de Santa Maria (RS), com o objetivo de conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem frente à implementação das diretivas antecipadas de vontade, vai ao encontro aos achados dessa pesquisa. Os profissionais reconhecem que a enfermagem, dentre os profissionais de saúde, é a que permanece mais tempo junto ao paciente, o que lhe permite desenvolver uma comunicação profunda. Nestes aspectos, possui um papel relevante, tanto no sentido de orientação como em reflexões e discussões relacionadas à diretiva antecipada de vontade, pois em suas práticas interage e articula com a equipe multiprofissional de saúde, com a pessoa doente e com seu familiar.⁶

No tocante às relações do enfermeiro com os demais atores dentro do processo de finitude, percebe-se, através da perspectiva dos estudantes de enfermagem, uma

dificuldade do enfermeiro perpassar seus (pré)conceitos e crenças diante dos casos de DAV. Ao encontro disso, um estudo com enfermeiros que se objetivou conhecer a percepção de enfermeiros sobre os benefícios e novas demandas trazidas pelas DAV no seu cotidiano laboral revelou algumas dificuldades com o surgimento de novas demandas que podem dificultar a utilização das DAV, sendo uma delas os conflitos gerados por diferenças culturais e de crenças.¹⁸

A equipe precisa de algum profissional que seja o articulador das relações em conformidade com o que emergiu dos estudantes de enfermagem no que tange ao papel de interlocutor do enfermeiro. Salienta-se que embora anos de experiência profissional possam permitir ao profissional enfermeiro a capacidade de gerenciar situações conflituosas com segurança e competência, favorecendo inclusive a interdisciplinaridade na equipe de saúde, essa nem sempre é uma tarefa fácil, uma vez que o enfermeiro é um profissional que interage constantemente, tanto com outros profissionais quanto com pacientes e seus familiares¹⁹. Tal interação o inclina para o surgimento de opiniões divergentes, além de problemas de comunicação entre os profissionais e os leigos, o que torna a obtenção do consenso uma tarefa árdua.

Assim como as DAV, o processo de fim de vida impõe que a equipe de saúde desenvolva habilidades e competências de deliberação sobre os conflitos em toda a sua complexidade, de forma adaptativa e sensata.²⁰ Nesse sentido, vale salientar que para lidar com a indefinição da travessia da vida é essencial ter consciência dos desafios que, por vezes, tornam-se mais afáveis por meio de um convívio respeitoso e profissional.²¹

Outro fator no tocante das relações da enfermagem que emergiu dos encontros com estudantes foi a importância do enfermeiro ter sensibilidade para conseguir alcançar os desejos manifestados pelos pacientes. A emersão da sensibilidade na relação que estabelecemos entre a equipe, com a família e o paciente significa a possibilidade de efetivar um cuidado com dignidade, solidariedade, procurando compreender os medos dos pacientes, dos familiares e, com isso, diminuir sua ansiedade, seu sofrimento, sua dor e angústia.²²

Diante das relações do enfermeiro com o paciente, família e equipe, a advocacia do paciente destacou-se no que tange um dos papéis do enfermeiro. Essa postura defensora, por muitas vezes, faz com que o enfermeiro adote ações beneficentes no cuidado prestado, por entender que a condição de vulnerabilidade diante da doença e a falta de conhecimento expõem o enfermo a situações de risco.²³ No que tange às DV, os enfermeiros reconhecem que desempenhariam ação fundamental no exercício do direito

à autodeterminação, facilitando a tomada de decisão dos doentes. São profissionais presentes não apenas no momento da morte, mas em todo o processo em que o doente e seus familiares tomam decisões de fim de vida.⁸

As DAV propõem um desafio de reconhecimento da autonomia dos pacientes nos processos decisórios dos tratamentos que repercutem diretamente nas relações entre médico e paciente, médico e família do paciente, e médico com a equipe assistencial.²⁴ Associado a isso, um estudo realizado em um hospital da cidade de Santa Maria (RS), com oito enfermeiros, com o objetivo de compreender como os enfermeiros entendem a aplicabilidade das DAV no cuidado em final de vida, conferem profundidade ao entendimento que as DAV constituem uma alternativa para proporcionar a autonomia do doente, a partir do cumprimento das suas vontades, apesar das limitações e conflitos que dificultam sua efetivação no contexto hospitalar.²⁵

Em consonância com os fatores sobresscritos, os estudantes percebem a necessidade de discussões e realização de educação permanente nos diferentes contextos em que a DAV se declara, para um melhor discernimento do profissional, e em consequência, uma melhor elucidação aos pacientes e familiares. É necessária a realização de encontros sistematizados, nos quais esses profissionais tenham a oportunidade de expor suas satisfações, angústias e medos durante esse processo.²⁶ Além disso, recomenda-se que seja incluído nos currículos o tema da morte e que as instituições hospitalares busquem a educação permanente como estratégia para promover mudanças de atitudes e comportamentos dos profissionais junto ao paciente que está morrendo, e, por fim, criar um espaço no ambiente de trabalho para se discutir acerca da morte com o objetivo de instrumentalizar os trabalhadores para o seu enfrentamento.²⁶

Como limitações desse estudo, inclui-se um único contexto acadêmico, ou seja, apenas um grupo de estudantes que irão compor, futuramente, a equipe que presta atendimento ao paciente nesse processo de fim de vida, em sua integralidade. Além disso, a dificuldade em achar artigos atualizados acerca do protagonismo do enfermeiro frente às DAV. Tal fator pode não refletir na totalidade das opiniões acerca da temática. É de suma importância desenvolvimento de novos estudos incluindo as DAV, uma vez que desadormece com importante destaque no cenário de enfermagem nacional dada a carência de informações, conduzindo a possibilidade de novas pesquisas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que os estudantes de enfermagem, ao longo dos encontros do Grupo Focal, conseguiram construir percepções acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade. Nessa construção, o papel do profissional de enfermagem frente às DAV foi compreendido, sob a perspectiva deles.

Emergiram duas óticas acerca das relações do enfermeiro com as DAV, sendo a primeira delas a que compõe os elementos necessários para as relações do exercício profissional frente às DAV, contendo o vínculo como forma de despertar a comunicação do desejo do paciente, conhecimento técnico-científico como base das tomadas de decisão, segurança profissional e respaldo legal para o exercício das DAV, autonomia profissional, protagonismo do enfermeiro, instrumentalização com o intuito de esclarecer os pacientes acerca das DAV.

A segunda, os extratos imprescindíveis às relações do enfermeiro com paciente/família/equipe, dentre elas compreende-se as crenças pessoais e pré-conceitos, que o enfermeiro os abdique para conseguir prestar uma assistência imparcial, dando conta dos reais desejos do paciente, interlocutor entre os atores da DAV, a necessidade de ter uma sensibilidade diante da temática para uma melhor assistência ao paciente, executar a advocacia do paciente, promover a autonomia do paciente e incitar discussões em equipe, promovendo educação permanente entre a equipe com intuito de atualização do conhecimento.

Para os estudantes, a enfermagem tem um grande caminho a trilhar frente às DAV. Conseguiram destacar aspectos de suma importância que vêm se mostrando de forma tímida, ainda, no cenário da enfermagem e no papel do enfermeiro, como a advocacia do paciente. Utilizando-se dela, o profissional enfermeiro consegue garantir que os pacientes tenham suas vontades respeitadas perante ao centro hospitalar e às demais profissionais. Além disso, a importância do enfermeiro se mostrar protagonista frente a esse cuidado no processo de finitude, mostrando-se capaz de instrumentalizar o paciente acerca desse novo documento.

Ainda, a segurança profissional e o respaldo legal demonstram o receio desses futuros profissionais em lidar com algo tão complexo sem ter legislações mais específicas que os embasem no cuidado. Entretanto, com a continuidade de pesquisas desse cunho, além de ampliar os conhecimentos para o exercício da profissão, conseguiremos dar um norte a nova geração de enfermeiros que já se depara com esses

casos. Assim, o destino da DAV será cumprido, que é a promoção de uma população mais autônoma.

REFERÊNCIAS

1. Almeida AS, Barlem ELD, Barlem JGT, Lunardi VL. Produção científica da enfermagem sobre morte/morrer em unidades de terapia intensiva. *Enferm. Foco* [internet] 2013 [cited 2017 Nov 15];4(3,4):179-83.
2. Cogo SB, Lunardi VL, Quintana AM, Girardon-Perlini NMO, Silveira RS. Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar. *Rev. Bras. Enferm.* [internet] 2016 [cited 2017 Nov 15]:69(6).
3. Alves CA. Language, Advance Directives and Living Will: a national and international interface. *Rev. Bioéthikos.* [Internet] 2013 [cited 2017 Nov 15];7(3):259-70.
4. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº. 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes [Internet]. *Diário Oficial da União* 31 ago 2012 [cited 2017 Nov 15];Seção 1:269-70. Available from: http://www.portalmedico.org.br/resoluc_oes/CFM/2012/1995_2012.pdf
5. Cogo SB, Lunardi VL. Diretivas antecipadas de vontade aos doentes terminais: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015[cited 2017 Nov 15]; 68(3):524-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/0034-7167-reben-68-03-0524.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680321i>
6. Cassol PB, Quintana AM, Velho MTAC. Diretiva antecipada de vontade: percepção de uma equipe de enfermagem da hemato-oncologia. *J. nurs. health* [Internet].2015 [cited 2017 Nov 15];5(1):04-13. Available from:<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5497/4295>
7. Cofen. Resolução 564/2017. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
8. Neves MEO. Percepção dos Enfermeiros sobre Diretivas Antecipadas de Vontade [dissertação]. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu; 2013. 135p
9. Banco 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*[internet] 2016 [cited 2017 Nov 15];5(3):30-5.
10. Busanello J, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Santos SSC, Lunardi VL, Pohlmann FC. GRUPO FOCAL COMO TÉCNICA DE COLETA DE DADOS. *Cogitare Enferm.* [internet] 2013 [cited 2017 Nov 15];18(2):358-64.
11. Moraes R,Galiazzi MC. *Análise Textual Discursiva*. 2 ed. Editora Unijuí. 2013.
12. Deodato S. Manifestação antecipada de vontade e exercício de Enfermagem. *Ordem dos enfermeiros.* [internet] 2010 [cited 2017 Nov 15];36.

13. Bussinguer ECA, Barcellos IA. O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet] 2013 [cited 2017 Nov 15];18(9):2691(8).
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Documento Base para Gestores e Trabalhadores do Sus: HumanizaSus. Brasília: MS, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
15. Rabello MEDL. O que é protagonismo juvenil? 2002. Disponível em: <http://www.cedeca.org.br/PDF/protagonismo_juvenil_eleonora_rabello.pdf>
16. Alves CA, Deslandes SF, Mitre RMA. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2009[cited 2017 Nov 15];13, suppl.1:581-94.
17. Lorda OS, Cantalejo IMB. El consentimiento informado y la enfermería: un modelo integral. *Humanidades médicas*. [internet] 1995 [cited 2017 Nov 15];48(1117):56-64.
18. Saioron I, Ramos, FRS, Schneider, DG, Silveira, RS, Silveira, LR. Diretivas antecipadas de vontade: percepções de enfermeiros sobre os benefícios e novas demandas Esc. Anna Nery [internet] 2017 [cited 2017 Nov 15];21(4).
19. Gómez- torres D, et al. Autoridad de gerentes de enfermería en la solución de conflictos: una mirada humanista. *Rev Enferm Referência*. [internet]2015 [cited 2017 Nov 15];4(7):41-9. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn7/serIVn7a05.pdf>>
20. Araújo MMT, Silva MJP, Simone GG, Torales GMG. Inteligência emocional no trabalho em equipe em cuidados paliativos. *Rev Bioethikos* [Internet]. 2012; [cited 2017 Nov 15];6(1):58-65. Available from: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/91/a06.pdf>
21. Amorim KPC. O cuidado de si para o cuidado do outro. *Rev Bioethikos* [Internet]. 2013 Oct/Dec; [cited 2017 Nov 15]; 7(4):437-41. Available from: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/155557/a09.pdf>. ISSN 2175-3393.
22. Silveira RS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Oliveira AMN. UMA TENTATIVA DE HUMANIZAR A RELAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM A FAMÍLIA DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI. *Texto contexto - enferm*. [internet] 2005 [cited 2017 Nov 15];14:125-30.
23. Shannon BE. The Nurse as the patient advocate: a contrarian view. *Hasting Center Report*. [internet] 2016[cited 2017 Nov 15];set-out:43-7.
24. Alves CA, Fernandes MS, Goldim JR. [Advance directives: a new challenge to the doctor-patient relationship]. *Rev HCPA* [Internet]. 2012 [[cited 2017 Nov 15];32(3):358-62. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/33981/22041> Portuguese.
25. Cogo SB, Lunardi VL, Nietzsche EA. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA APLICABILIDADE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE *Enferm. Foco* [internet] 2017[cited 2017 Nov 15];8(2):26-30.
26. Santos MA, Hormanez M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década . *Ciênc. saúde coletiva* [internet] 2013 [cited 2017 Nov 15];18(9):2757-68.

5.2 ARTIGO 2

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE SOB A ÓTICA
DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM*****DERECHOS ANTICIPADOS DE VOLUNTAD SOBRE LA ÓPTICA DE LOS
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**

Maria Luzia Machado Godinho¹

Edison Luiz Devos Barlem²

¹Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. marialuzia_g90@hotmail.com

²Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. ebarlem@gmail.com

RESUMO: Objetivo: compreender a percepção dos estudantes de enfermagem acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade. **Método:** estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Participaram 15 estudantes de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/Brasil. Os dados foram coletados em outubro de 2017, a partir da metodologia de Grupo Focal e submetidos à Análise Textual Discursiva. **Resultados:** Emergiram duas categorias. Dentre os positivos, a Diretiva Antecipada de Vontade como uma promotora de morte digna, minimizadora da futilidade terapêutica, do apoio da família junto à equipe para dar voz a esse paciente e a importância desse momento de discussão dentro do meio acadêmico, contribuindo para levar tal discussão ao seio familiar. Como aspectos negativos foram elencados: a sensação de fracasso profissional ao saber que o paciente está desistindo de alguma terapêutica, a omissão do profissional diante do estado de saúde desse paciente em processo de fim de vida, dificultando que o mesmo tenha conhecimento acerca das Diretivas, além disso, a mecanização do cuidado como válvula de escape, para que o profissional não padeça nesse momento de finitude. **Conclusão:** Percebe-se a contribuição desse estudo para o cenário da enfermagem, pois o mesmo demonstra a percepção desses futuros profissionais, além de causar uma reflexão acerca da temática e tentar (re)construir o pensamento desses estudantes acerca das Diretivas 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.

DESCRITORES: Diretivas Antecipadas; Estudantes de Enfermagem; Enfermagem; Ética em Enfermagem; Morte.

RESUMEN: Objetivo: comprender la percepción de los estudiantes de enfermería acerca de las Directivas Anticipadas de Voluntad. **Método:** estudio exploratorio-descriptivo con abordaje cualitativo. Participaron 15 estudiantes de enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande / Brasil. Los datos fueron recolectados en octubre de 2017, a partir de la metodología de Grupo Focal y sometidos al Análisis textual Discursivo. **Resultados:** emergieron dos categorías. Entre los positivos, la Directiva Anticipada de Voluntad como una promotora de muerte digna, minimizadora de la futilidad terapéutica, del apoyo de la familia junto al equipo para dar voz a ese paciente y la importancia de ese momento de discusión dentro del medio académico, contribuyendo a llevar tal discusión al seno familiar. En la mayoría de los casos, la mayoría de las personas que sufren de depresión, en el momento de la muerte, además, la mecanización del cuidado como válvula de escape, para que el profesional no padezca en ese momento de finitud. **Conclusión:** Se percibe la contribución de este estudio al escenario de la enfermería, pues el mismo demuestra la percepción de esos futuros profesionales, además de causar una reflexión acerca de la temática e intentar (re) construir el pensamiento de esos estudiantes acerca de las Directivas, ese compartir va reflexionar en el ejercicio de esos profesionales, en el seno familiar y en las generaciones futuras, para que tengan una conversación más abierta y sincera acerca de sus deseos en el momento de fin de vida.

Palabras clave: Directivas Anticipadas; Estudiantes de Enfermería; Enfermería; Ética en Enfermería; Muerte.

ABSTRACT: Objective: to understand the perception of nursing students about to the Advance Directives of Will. **Method:** exploratory-descriptive study with qualitative approach. Fifteen nursing students from the Federal University of Rio Grande / Brazil participated. The data were collected in October 2017, based on the Focal Group methodology and submitted to the Discursive Textual Analysis. **Results:** Two categories emerged. Among the positive ones, the Advance Directive of Will as a promoter of dignified death, minimizing therapeutic futility, the support of the family with the team to give voice to this patient and the importance of this moment of discussion within the academic environment, contributing to bring such discussion within the family. As negative aspects were listed: the feeling of professional failure to know that the patient is giving up some therapy, the professional's omission from the state of health of this patient in the process of end of life, making it difficult for him to know about Directives, in addition, the mechanization of care as an escape valve, so that the professional does not suffer in that moment of finitude. **Conclusion:** The contribution of this study to the nursing scenario, as it shows the perception of these future professionals, besides causing a reflection on the subject and trying to (re) construct the students' thinking about the Directives, is shared. reflect on the exercise of these professionals, in the family and future generations, to have a more open and sincere conversation about their desires at the end of life.

Key Words: AdvanceDirectives; Students, Nursing; Nursing; Ethics, Nursing; Death.

INTRODUÇÃO

Embora haja avanços tecnológicos na área da saúde, é impossível afastar a morte do cotidiano hospitalar. Compreendendo sua intransponibilidade, é necessário aceitar que ela corresponde a um limite e um evento natural do ciclo vital. Para trilhar o caminho digno e amenizar as dores que este evento resulta, é preciso que a pessoa em processo de morte/morrer enfrente seus desafios com todos os envolvidos neste contexto (profissionais de saúde e familiares), evitando assim, a solidão e maiores angústias que o processo de fim de vida pode provocar.⁽¹⁾ Dessa forma, a relação com o processo de morte e morrer impõe novos mecanismos para determinar o modo de agir aos doentes em fim de vida, exigindo um olhar diferente para tais experiências.⁽²⁾

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 ⁽³⁾. Nesse 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 aprovasse 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 ⁽⁴⁻⁵⁾.

Nesse contexto, em âmbito nacional o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 31 de agosto de 2012 aprovou a primeira regulamentação que desvelou sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), sendo esta, a Resolução 1.995 ⁽⁶⁾ 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 incapaz.⁽⁷⁾ Tal regulamentação apresenta-se como um desafio de reconhecimento da autonomia dos pacientes nos processos decisórios dos tratamentos que repercutem diretamente nas relações entre paciente e equipe de saúde, família e equipe de saúde, paciente e família.⁽²⁾

A enfermagem, entre os profissionais de saúde, pelo fato de permanecer mais tempo junto ao paciente, concedendo-a o desenvolvimento de uma comunicação profunda, possui um papel condescendente tanto no sentido de orientação como também em reflexões e discussões relacionadas à DAV, pois em suas práticas interage e articula com a equipe multiprofissional de saúde, com o paciente e família. Por meio da DAV, os profissionais de saúde e os familiares ficam informados sobre as escolhas da pessoa doente em relação.⁽⁸⁻⁹⁾

Ainda, destaca-se que a fragilidade com que o tema é abordado durante o período da graduação, também irá interferir na forma como este futuro profissional irá se posicionar frente às DAV e as possíveis manifestações familiares, pois enquanto a formação do enfermeiro se resumir a técnica, os enfermeiros acabam por esquecer o que aquela experiência de doença pode significar para paciente em diferentes aspectos (sendo eles tanto físicos, quanto emocionais) não entendendo o quanto aquele cenário em que o mesmo se encontra pode ser traumático se for levado em conta apenas o aspecto da doença.⁽¹⁰⁻¹¹⁾

Com base no exposto, levando em consideração a temática apresentada, configurou-se questão de pesquisa “Qual a percepção dos estudantes de enfermagem acerca das DAV?”. Alicerçado na literatura, é imprescindível que a pesquisa se faça presente pois, os estudos que permeiam as DAV dentro do processo de formação dos profissionais de enfermagem são escassos e, em sua maioria, não possuem este como temática/objetivo principal. Este Estudo objetivou compreender a percepção dos estudantes de enfermagem acerca das DAV.

MATERIAL E MÉTODO

Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada com quinze estudantes do curso de graduação em enfermagem do quinto ao décimo semestres de uma Universidade Federal do Sul do Brasil. A escolha dos participantes ocorreu pelo fato desses já terem cursado as disciplinas básicas e já terem vivenciado momentos de prática.

Para a obtenção dos dados, elegeu-se a técnica de Grupo Focal (GF), a qual promove ampla e horizontalizada problematização da temática e/ou foco

específico.⁽¹²⁾ Realizaram-se três encontros no mês de outubro de 2017 nos quais todos os quinze estudantes estiveram presentes. Cada encontro prolongou-se por, no máximo, 1h e meia e foi coordenado pelo moderador e acompanhado por um observador. Os encontros foram orientados por temas específicos, contemplando a temática e o objetivo do estudo.

No primeiro encontro do GF foi apresentada a proposta de trabalho, buscando sanar as dúvidas dos participantes, ainda, foi realizada uma atividade de sensibilização dos estudantes, onde foi passado um compilado de três episódios de uma série de TV que trazia à tona as formas de aplicabilidade das DAV e, após isso, realizada uma discussão acerca da percepção deles sobre a temática.

No segundo encontro do GF, foi realizada uma aula expositivo-dialogada acerca das DAV, contemplando aspectos históricos, ético-legais, trazendo sempre os possíveis posicionamentos do enfermeiro diante da temática. Após esse momento, foi entregue uma folha A4, onde havia escrito “DAV” bem no centro. A partir disso, foi solicitado que os estudantes escrevessem em frases ou palavras o que a DAV remetia a eles. Após esse momento foi realizada a discussão dos pontos emergidos.

E, no terceiro encontro do GF, foi realizada uma dinâmica em três grupos de cinco estudantes, onde foram passados a eles dois casos clínicos, para que eles pudessem discutir como visualizavam as possíveis condutas do enfermeiro diante de cada caso. Após o momento de discussão interna de cada grupo, foi realizada uma roda de conversa para que todos pudessem trocar e compartilhar as decisões e visões acerca de cada caso.

O conteúdo do GF foi transcrito e submetido à Análise Textual Discursiva com intuito de atingir uma produção mais qualificada de um conhecimento já existente, para tanto, é exigido do pesquisador uma análise rigorosa em busca de um novo entendimento do que foi dito. O processo de análise textual discursiva foi baseado em quatro elementos, sendo que os três primeiros constituíram um ciclo (unitarização, categorização e captação do novo emergente). Estas etapas concluídas resultaram no quarto elemento da pesquisa: o processo auto-organizado, capaz de criar e recriar uma nova compreensão.⁽¹³⁾

A pesquisa iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (134/2017) e seguiu todos os preceitos com relação à ética em pesquisa com seres humanos. O anonimato foi garantido por meio da codificação dos participantes pela letra “P” seguido de um número arábico, em ordem crescente, correspondente à ordem das falas dos participantes, “P1, P2...” até chegar ao número total de participantes.

RESULTADOS

Com o intuito de compreender qual a percepção dos estudantes de enfermagem acerca das DAV, organizaram-se os resultados desse estudo por meio de duas categorias, enfocando acerca dos aspectos positivos e negativos elencados pelos estudantes de enfermagem ao longo dos encontros.

Potencialidades reconhecidas pelos estudantes acerca das DAV

Consoantes com a ótica dos estudantes de enfermagem, nesta categoria, estão elencados os aspectos que mostram os benefícios das DAV em prol do paciente, família, equipe e sociedade, constituindo os pontos chave: a promoção de morte mais digna ao paciente, a minimização da obstinação terapêutica, a importância da família para guiar a equipe acerca das decisões de fim de vida do paciente e a necessidade de discussão sobre a temática por parte dos estudantes, tanto em meio acadêmico, para saber como se posicionar diante dessa nova forma de respeitar a autonomia do paciente, quanto, no meio extra acadêmico, para quebrar os tabus que permeiam a sociedade sobre explicar os posicionamentos acerca da morte e de uma “boa morte”, levando em conta esses desejos finais.

Sabendo-se que o cuidado de enfermagem deve acontecer mesmo no momento pós-morte, percebe-se que a instrumentalização do profissional para que execute da melhor forma possível àqueles desejos previamente manifestados, tornam o processo de fim de vida mais digno. Foi possível perceber que um dos aspectos reconhecidos pelos estudantes como positivos referentes às DAV, foi que a mesma pode garantir um fim de vida mais digno.

[...]Assim como a pessoa merece ter uma vida digna ela também merece ter uma morte digna. (P1)

[...]muitas vezes, a qualidade de vida desse paciente internado é zero. Temos que começar a mudar essa visão e executar as suas vontades para que, pelo menos, o mesmo tenha uma morte digna. (P3)

Aposto à morte digna e as DAV, outro ponto positivo que emergiu, foi à minimização da obstinação terapêutica. Para os estudantes, ao realizar a DAV, o paciente expõe além de suas vontades em relação às terapêuticas e condutas, expõem também os seus limites. E, neste aspecto, as DAV censuram que o paciente seja submetido a terapêuticas fúteis e desnecessárias, assim, prevenindo que o sofrimento do paciente e família se prolongue, e ainda, respaldando legalmente a equipe das decisões tomadas nesse momento.

[...]Só depois de algumas experiências em campo de estágio, eu comecei a ter a visão de que em alguns casos, realmente, não teria como prolongar, não é humano (P15)

Ainda, os participantes apontam a participação da família como outro aspecto positivo e facilitador para a efetivação das DAV. Caso haja dúvidas em relação aos desejos daquele paciente e o mesmo não possa decidir de forma autônoma e consciente, a família se torna participante e porta-voz das vontades desde paciente à equipe, para que as condutas sejam tomadas com base nessa vontade.

[...]Nós temos que ver que a família pode ser nossa aliada no momento das DAV. Caso o paciente não esteja consciente, a família pode demonstrar um pouquinho do que era o desejo daquele paciente (P4).

Atrelado a todos os aspectos sobrescritos, as discussões tanto no meio acadêmico, quanto extra-acadêmico foram aludidas como de grande importância. A discussão no meio acadêmico cabe como instrumentalização dos futuros profissionais, para que além de conhecer tal temática, consigam disseminar a ideia para os colegas e num futuro, guiar o paciente para que suas vontades sejam atendidas no fim deste ciclo vital. Ainda, as discussões extra-academia, ou seja, com família e amigos

servem para (des)construir que tal temática ainda é culturalmente vista como um tabu e que não possa ser pensada ou mencionada.

[...] temos que pensar em debater isso mesmo, porque é uma realidade nossa, da saúde, e nós vamos nos deparar com isso todos os dias (P8)

[...]Mas, se hoje acontece um acidente comigo, quem é que vai responder, entendeu? Eu nunca conversei sobre isso com os meus amigos e familiares, eles vão optar por aquilo que eles acharem melhor. Mas isso é algo que está no nossa cultura, nós não paramos para conversar sobre isso [...]tu tens que falar entendeu? Nós não discutimos isso enquanto população, como algo cultural (P5).

Fragilidades reconhecidas pelos estudantes acerca das DAV

Neste capítulo serão expostos os aspectos negativos elencados pelos estudantes de enfermagem, sendo eles: a sensação de fracasso em conjunto com a difícil aceitação do profissional em relação à desistência do paciente, que as DAV podem trazer ao profissional, por muitas vezes, ter que deixar a morte tomar seu curso natural, sem interferências. Além disso, a omissão do profissional frente ao estado de saúde do paciente para tentar “até o fim” que esse paciente se restabeleça. Destacou-se a mecanização do cuidado como forma de proteção do profissional, para se envolver emocionalmente o mínimo aquele paciente em fase de fim de vida e os fatores culturais, que permeiam todos os outros aspectos negativos mencionados acima.

A sensação de fracasso profissional diante da morte foi destacada como fator negativo de acordo com a percepção dos estudantes de enfermagem. Entende-se que lidar com um paciente que está em seu processo de finitude e escolhe por não ser submetido a algumas condutas e terapêuticas, ou seja, deseja que sua DAV seja sobreposta a vontade dos profissionais, acaba por trazer tal sentimento.

[...]Acho que nós temos que começar a não enxergar a morte como um fracasso, pois é assim que nós a enxergamos dentro da nossa profissão (área da saúde) (P2)

[...] depois que eu tive algumas experiências e passei por uma das unidades de estágio, comecei a ter um olhar um pouquinho diferente vendo certas situações de fim de vida eu ainda sinto um pouco desse fracasso, que a colega disse (P10)

A difícil aceitação do profissional em lidar com a desistência do paciente de determinada conduta/terapêutica, ou até mesmo, o cessar desses dois fatores, foram aspectos pontuados como negativos, uma vez que o profissional não se encontra preparado para lidar, de forma emocional, com a DAV. Por, muitas vezes, se tornar integrante da família, não consegue aceitar os desejos de fim de vida deste paciente.

[...]Nós nunca estamos preparados para ouvir do paciente que ele não quer mais. Tu ouvir do paciente que ele tá cansado[...] eu presenciei isso e fiquei 'Meu Deus, não acredito que isso está acontecendo comigo'[...]dá vontade de dizer para não desistir. Foi muito difícil. Muito difícil (P9).

Outro aspecto negativo emerge do momento em que o profissional omite desses pacientes as informações pertinentes ao seu estado de saúde, essa atitude impede que o mesmo possa fazer melhor escolha possível, com base na autonomia concebida pelo profissional de enfermagem e, que o mesmo, tenha voz sobre sua vontade diante do seu estado de doença. Os participantes mostram através de seus depoimentos, o quanto o paciente ainda é apenas coadjuvante deste processo, ao invés de ser ator principal, da sua DAV e da sua vida.

[...]Acho que nós somamos muitas falhas [...] nós pecamos muito, principalmente, quando não expomos para o paciente a sua situação. Então, acabamos nos omitindo frente à equipe e a realidade do paciente (P12)

Nós não vemos a autonomia do paciente, em dizer se quer ou não ser ressuscitado. E eu fico pensando: 'Eles escolhem? Como isso acontece? Com quem foi conversado? Com o paciente, família, equipe?' (P14).

Além disso, o sofrimento profissional, também se faz presente dentro desta categoria. A ótica dos estudantes de enfermagem nos mostra que a DAV suscita o sentimento de sofrimento, pois deixar o paciente ter voz, muitas vezes, significa deixar a morte em seu curso natural, sem intervenções, fazendo com o que o

profissional padeça diante desse acontecimento, sem poder interferir e permitindo que a sua vontade seja atendida

[...]Nós sofremos muito com isso, sabe? É melhor eu pensar que a morte não vai chegar para mim, para os que estão próximos a mim ou aos pacientes que eu estou cuidando, porque eu estou envolvida ali, profissionalmente e, muitas vezes, nos envolvemos emocionalmente com essas situações e sofrendo com elas (P10).

Ademais, a mecanização do cuidado foi pontuada como “válvula de escape” do profissional, onde o mesmo se utiliza dessa conduta, para que a dor que o mesmo pode sentir ao se envolver emocionalmente com o caso e com a família, não o atinja. Porém, esta mecanização, além de prejudicar o processo de finitude desse paciente, prejudica o profissional no momento de pôr a DAV do paciente em prática, pois além de refletir no emocional, acaba prejudicando uma das ferramentas fundamentais do profissional de enfermagem, a comunicação

[...]Um problema hoje em dia, é que tudo está muito mecanizado e menos humano, o profissional se usa disso para ter menos contato emocional com o paciente (P7)

[...]Complementando o que o colega falou, acredito que essa mecanização dificulta tanto a comunicação, quanto o colocar as DAV em prática (P8).

Contemplando todos os aspectos acima, um dos que se mais se faz presente nesse contexto, são os fatores culturais de nossa sociedade. O fato histórico de afastar a morte do ambiente familiar e trazer para o ambiente hospitalar foi fazendo com que os profissionais não conseguissem lidar com a dor da perda e fossem encontrando formas de se afastar cada vez mais. A sociedade por si só, passou a não conversar sobre os assuntos de fim de vida, prejudicando a concepção das pessoas sobre a temática e fazendo com que isso se expressasse em suas profissões.

Como nós brasileiros somos muito alto astral, nós não queremos lidar com essas situações. Mas nós temos que mudar esse pensamento e começar a discutir essas situações, não só nesse âmbito e sim com os parentes, com os nossos colegas (P13)

[...] Eu me lembro de quando eu tentei falar com a minha mãe que eu queria ser doadora de órgãos (pausa) foi uma novela! (risos). [...]Eu entendi que ela não aceitou muito bem, mas temos que falar. Nós não conseguimos falar com um familiar sobre essas questões, imagina com um paciente (P14).

DISCUSSÃO

Os participantes do estudo têm a compreensão dos diferentes contextos em que a vida se apresenta, entendendo a morte como integrante do ciclo vital.⁽¹¹⁾ Os estudantes reconhecem que as DAV tem potencial para garantir um fim de vida mais digno, em suma, a vida digna possui proteção através da constituição, que, por meio de uma maior interpretação, abrange a morte digna. Sendo assim, existe a clara aplicabilidade do princípio da dignidade da pessoa humana, protegendo e humanizando este momento fim de vida. Através disso, percebe-se a DAV como aspecto positivo como forma de aliviar o sofrimento e a angústia do paciente, propiciando dignidade a este momento e respeitando as disposições finais do paciente contidas em sua declaração prévia de vontade.⁽¹⁴⁾

Verificou-se, através da ótica dos estudantes de enfermagem, que as DAV poderiam ser um documento potencial na diminuição da obstinação terapêutica, sendo essa, entendida como o prolongamento de terapêuticas ou condutas a fim de restabelecer a todo custo o estado de saúde do paciente. O respeito às vontades antecipadas do paciente, pelos profissionais, pode ser um instrumento básico a fim de inibir essa prática.⁽¹⁵⁾ Ainda, o respaldo profissional incutido na prática das DAV, constitui-se na possibilidade de maior tranquilidade e garantia de que suas possíveis condutas relacionadas a limitações de tratamentos não serão questionadas.⁽¹⁵⁾

Para auxiliar a equipe de saúde, nessa nova forma de fomentar a autonomia do paciente, os participantes enxergam a família como elo fundamental entre paciente e equipe, como porta voz das vontades dos mesmos. Este aspecto apontado pelos estudantes vai ao encontro com uma das formas de aplicação da DAV, ou seja, o mandato duradouro. Este consiste na nomeação de uma pessoa para tomar decisões relativas a tratamentos de saúde pelo indivíduo quando este não mais fosse capaz – incapacidade que poderia ser permanente ou temporária.⁽¹⁶⁾

Em contrapartida aos dados obtidos, um estudo nos EUA, com 100 pacientes e seus representantes, verificou que esses representantes fazem aproximadamente 66% das previsões corretas acerca das vontades de seu familiar, sendo associados a isso, a manifestação desse paciente com o familiar sobre questões de fim de vida e o nível de educação do substituto e do paciente.¹³ Sabe-se, também, que o momento de fim de vida é marcado por conflitos emocionais, em que muitas vezes, o paciente irá ficar em dúvida entre os seus desejos e os desejos dos familiares.⁽¹⁷⁾

Para garantir que tais desejos sejam, realmente, atendidos pela equipe de saúde e os familiares é imprescindível que sejam proporcionadas essas discussões tanto em ambiente acadêmico quanto familiar.⁽⁸⁾ A superficialidade e a banalização das discussões acerca desse processo no meio acadêmico não permitem a ampliação do entendimento desse fenômeno.⁽¹¹⁾ Nesse sentido reflexões na formação profissional 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 fim de vida.⁽⁸⁾

De acordo com os fatores mencionados acima, a sensação de fracasso mostra-se presente nas falas dos participantes, tanto nas vivências durante a graduação, quanto o reflexo disso para esse futuro profissional. Nesse contexto, um estudo com o propósito compreender como os acadêmicos de enfermagem lidam com a morte no contexto assistencial, realizado com 14 estudantes de enfermagem, explana sobre alguns sentimentos vivenciados pelos acadêmicos de enfermagem diante da morte do paciente. Dentre os sentimentos destacados pelos estudantes, a sensação de fracasso se faz presente, percebendo-se também que esses sentimentos trazem uma descarga emocional muito grande interferindo no modo de lidar com a morte no dia-a-dia.⁽¹⁸⁾ Na formação do enfermeiro, o processo de morte-morrer vem sendo, comumente, abrangido e trabalhado de maneira verticalizada. Sob esse enfoque, a morte representa um evento contraditório à vida, causador de medo, sensação de fracasso, incertezas e frustrações, em detrimento da forma como é abordada.⁽¹¹⁾

Sob a ótica dos estudantes de enfermagem, aceitar a desistência do paciente, ainda é muito difícil. Corroborando com isso, um estudo realizado com 23 profissionais da equipe de enfermagem com o objetivo de conhecer a percepção dos profissionais de

enfermagem frente à implementação das diretivas antecipadas de vontade, mostra que para os profissionais de enfermagem, em alguns casos, o testamento vital deveria ser quebrado, mas com o sentido de proteção, por não estar de acordo com as práticas habituais dos serviços de saúde, no intuito de preservar a vida ou de proporcionar mais conforto ao paciente.⁸ Isto seria um paternalismo cujo pensamento remete a beneficência, ou seja, ao não respeitar as diretivas proporcionar-se-ia, na compreensão da enfermagem, um maior conforto ou preservação da vida.⁽¹⁹⁾

No entanto, esclarece-se que tais proposições remontam ao todo um atendimento mais paternalista onde o profissional da saúde pensa que o que significa o bem para si, seria também para o paciente.⁽¹⁹⁾ Os pacientes tem a necessidade de saberem acerca de diagnóstico e possível prognóstico considerando as possibilidades de vivência de fim de vida, esse é um importante elemento para que o produto final seja a intenção em realizar o registro das DAV, isso acontece de forma inversa quando há omissão e negação por parte do profissional de saúde. Sob esse ponto de vista, ser informado acerca do diagnóstico, das opções de tratamento e prognóstico, é indispensável para que a dignidade desse paciente seja preservada, empoderando-se do direito de decidir conjuntamente com a família e a equipe de saúde, seja quanto a tratamentos, assim como em relação ao local de permanência até o fim da vida.⁽²⁰⁻²¹⁾

Deixar a morte em seu curso natural, ou seja, a ortotanásia é vista pelos estudantes como um aspecto que causa padecimento aos profissionais por não poderem realizar nenhum procedimento que restabeleça a saúde daquele paciente. Muitas, vezes, nesses casos de fim de vida, deixar a morte em seu curso natural, evita que o paciente seja submetido a futilidade terapêutica e sofra ainda mais. Na ortotanásia, é concedido ao paciente em fim de vida cuidados adequados para que venha a morrer com dignidade. Por isso, pode ser considerada como a conduta correta perante morte, não a abreviando nem delongando, mas, sim, aceitando que, uma vez iniciado o processo de morte, é imprescindível continuar respeitando a dignidade do ser humano, não o submetendo a sofrimento inútil.⁽²²⁾

Um estudo realizado em Belo Horizonte-MG, com 32 profissionais de saúde, corrobora com a percepção dos estudantes de enfermagem. O objetivo desse

estudo foi verificar quais são os mecanismos de defesa para o não envolvimento emocional com o paciente oncológico, e verificou-se que o conhecimento acerca patologia e os seus reflexos no paciente fazem com que o profissional mecanize seu cuidado com o intuito de proteção, por não saber lidar com o processo de fim de vida.⁽⁹⁾

Não é suficiente o indivíduo ter o direito de fazer as suas escolhas por meio das DAV.⁽¹⁹⁾ São imprescindíveis esforços coletivos para que seja respeitada a sua autonomia, é necessário que se repense sobre as forças culturais hegemônicas de profissionais da saúde e familiares que é traduzida pela manutenção da vida a qualquer custo. O desafio é garantir que na prática esse desejo do paciente seja respeitado e cumprido. Também, a implementação da diretiva antecipada de vontade é algo novo no contexto do cuidado nacional e sua aplicação envolve a transformação cultural, a despolarização dos poderes decisórios (família, médico) e implica também em discussões de forma dialógica tanto no ensino como na assistência, entre os profissionais de saúde, paciente e familiar e a sociedade em geral. Nesse contexto, se torna algo conhecido, bem como no sentido de sanar as incertezas relativas à sua implementação.⁽⁸⁾

As limitações do estudo consistem na sua realização em um único contexto acadêmico, ou seja, com apenas um grupo de estudantes que irão compor, futuramente, a equipe que presta atendimento ao paciente nesse processo de fim de vida, em sua integralidade. Tal fator, pode não refletir na totalidade das opiniões acerca da temática. O desenvolvimento de novos estudos incluindo as DAV, desadormece com importante destaque no cenário de enfermagem nacional dada a carência de informações, conduzindo a possibilidade de novas pesquisas.

CONCLUSÃO

Os estudantes de enfermagem percebem a necessidade das DAV se mostrar mais presente no exercício do profissional enfermeiro como promoção de autonomia do paciente a fim de dar direito de voz ao mesmo sobre o seu corpo e o que será feito com o mesmo. Da mesma forma, os fatores culturais também foram salientados durante a coleta, os estudantes demonstram o quanto no seio familiar ainda há um (pré)conceito em dialogar sobre a morte e explicar questões acerca da mesma e, que diante disso, as discussões em meio acadêmico acabam por ser prejudicadas.

Percebe-se a contribuição desse estudo para o cenário da enfermagem, pois o mesmo demonstra a percepção desses futuros profissionais, além de causar uma reflexão acerca da temática e tentar (re)construir o pensamento desses estudantes acerca das DAV, 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.

É notório o avanço que tivemos desde a resolução de 2012 até o ano de 2017, onde o nosso código de ética expõem o dever do enfermeiro em acatar as DAV, porém, há muito o que trilhar nesse âmbito e principalmente por meio de estudos e promoção de discussões no processo de formação para que os enfermeiros de amanhã não tenham dúvidas e nem receio desse processo que faz parte do ciclo vital.

REFERÊNCIAS

- 1 Rossini RCCC, Oliveira VI, Fumis RRL. Testamento vital: sua importância é desconhecida entre os profissionais da saúde. RBM [Especial Oncologia 2]. 2013 [cited 2017 Nov 15]; 70(13):4-8.
- 2 Alves CA. Language, Advance Directives and Living Will: a national and international interface. Rev. Bioéthikos. [Internet] 2013 [cited 2017 Nov 15]; 7(3):259-70. da União 31 ago 2012 [cited 2017 Nov 15]; Seção 1:269-70. Available from: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf
3. Alves CA, Fernandes MS, Goldim JR. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. Clinical & Biomedical Research. [internet] 2012 [cited 2017 nov 15]; 32(3):358-62.
4. 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>.
5. 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, [internet] 2013 [cited 2017 Nov 15]; 28:61-71.
- 6 Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº. 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes [Internet]. Diário Oficial
- 7 Oliveira MCL, Firmes MPR. [Nursing professionals' feelings towards oncology patients]. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2012 [cited 2017 Nov 15]; 16(1):91-7. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/505>
- 8 Cassol PB, Quintana AM, Velho MTAC. Diretiva antecipada de vontade: percepção de uma equipe de enfermagem da hemato-oncologia. J. nurs. health [Internet]. 2015

- [cited 2017 Nov 15];5(1):04-13. Available from:<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5497/429>
- 5
- 9 Chehuen Neto JA, Ferreira RE, Silva NCS, Delgado AHA, Tabet CG, Almeida GG, et al. Living will: What do healthcare professionals think about it?. *Rev. Bioét.*, [Internet] 2015 [cited 2017 Nov 15];23(3):572-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/1983-8034-bioet-23-3-0572.pdf>
- 10 Benner P. Formation in Professional Education: An Examination of the Relationship between Theories of Meaning and Theories of the Self. *J Med Philos* [internet] 2011 [cited 2017 Nov 15];36:342.
- 11 DiasMV, BackesDS, BarlemELD, BackesMTS, LunardiVL, SouzaMHT. Formação do enfermeiro em relação ao processo de morte-morrer: percepções à luz do pensamento complexo. *Rev gaúch Enferm* [internet] 2014 [cited 2017 Nov 15];35(4):79-8. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/45177/>
- 12 Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*. [Internet]. 2011 [cited 2017 Nov 15];35(4):438-42. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf
- 13 Moraes R, Galiuzzi MC. *Análise Textual Discursiva*. 2 ed. Editora Unijuí. 2013.
- 14 Lingerfelt D, Hupsel L, Macedo L, Mendonça M, Ribeiro R, Gusmão Y, et al. Terminalidade da vida e diretivas antecipadas de vontade do paciente. *Revista da Faculdade de Direito Unifacs*, [Internet] 2013 [cited 2017 Nov 15];152. Available from: <http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/2470> .
- 15 Stolz C, Gehlen G, Bonamigo EL, Bortoluzzi MC. Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia. *Rev Bioét* [Internet]. 2011 [updated 28 maio 2015; cited 04 nov 2014];19(3):833-45. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/679
- 16 Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Rev bioet*. 2013[cited 2017 Nov 15];21(3):463-76.
- 17 Schenker Y, Crowley-Matoka M, Dohan D, Tiver GA, Arnold RM, White DB. I don't want to be the one saying 'we should just let him die': intrapersonal tensions experienced by surrogate decision makers in the ICU. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2012 Dec [cited 2017 Nov 15];27(12):1657-65. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-012-2129-y>
- 18 Pereira FCSM, Carvalho ICCM, Vale LMS, Silva NC, Morais ER. Acadêmico de enfermagem frente à morte no campo de prática hospitalar. *R. Interd* [internet] 2014. [cited 2017 Nov 15];7(4):124-130.
- 19 Bandeira D, Cogo SB, Hildebrandt LM, Badke MR. A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet] 2014 [cited 2017 Nov 15];23(2):400-7.
- 20 Dadalto L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1995/12. *Rev Bioét*. [Internet] 2013[cited 2017 Nov 15];21(1):106-12.
- 21 Fumis RR, Camargo B, Del Giglio A. Physician, patient and family attitudes regarding information on prognosis: a Brazilian survey. *Ann Oncol*. [Internet]. 2012 [cited 2017 Nov 15];23(1):205-11.

22 Paiva FCL , Almeida Júnior JJ , Damásio AC.Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. Rev. bioét. (Impr.). 2014[cited 2017 Nov 15];22(3):550-60.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que os objetivos propostos para a pesquisa foram alcançados, pois foi possível compreender qual a percepção dos estudantes de enfermagem acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade, bem como conhecer a sua percepção acerca do papel do enfermeiro frente às Diretivas Antecipadas de Vontade.

Entretanto, houve uma dificuldade, que já era esperada para as discussões acerca da temática. Percebe-se que mesmo convivendo com algumas situações que remetem a temática em parte, os estudantes de enfermagem ainda ficam receosos e sensibilizados ao discorrer sobre o assunto. Dificuldade identificada por eles, principalmente por fatores culturais muito fortes e em relação à pouca exposição do tema no seu processo de formação.

No que tange à compreensão dos estudantes de enfermagem acerca das DAV, percebe-se que os aspectos negativos ainda são muito maiores do que os positivos, pelo fato de ser uma temática pouco explorada e conhecida em meio acadêmico. Entretanto, considera-se, também, que os fatores negativos elencados conseguem nos mostrar que todos eles têm a ver com fatores intrínsecos ao ser desses estudantes, fatores culturais e sociais que ainda estão muito entranhados nos nossos ensinamentos. Sendo que esse âmago reflete nas ações desse futuro enfermeiro, de certa forma negativamente, por toda sensação de sofrimento e desconforto que essa temática desperta.

Em relação aos pontos positivos, os estudantes apontam uma necessidade ainda pouco trilhada, que é a implementação de discussões desse cunho dentro dos centros acadêmicos. Entretanto, que isso seja feito de forma multilateral e de forma horizontalizada, entrelaçado às disciplinas, pois todos os contextos permeiam, de certa forma, ao término de algo e ao ciclo desse cenário vital.

No tocante do papel do enfermeiro frente às DAV, as relações consigo e com o outro ficaram abalizadas nas falas dos estudantes e na forma de resolução dos casos clínicos. Para o nosso papel, expuseram alguns anseios em relação à segurança profissional e respaldo legal que refletem também as mesmas dúvidas dos profissionais que prestam assistência a esses pacientes em fim de vida, pela falta de suporte que é dado a eles para tomadas de decisão importantes para com a vida/morte do outro.

Ainda, é interessante ver a manifestação por parte dos estudantes, acerca da advocacia do paciente, pois revela o quanto eles compreenderam o real sentido das Diretivas, a importância da posição do enfermeiro frente à promoção de autonomia do paciente e sua instrumentalização para que as melhores e mais embasadas decisões de fim de vida sejam tomadas.

Também, é notório que o estudante de enfermagem vê o enfermeiro como pertencente à família e com um forte potencial a criação de vínculo. Dessa forma, em conjunto com a ferramenta da comunicação, as DAV poderiam ter uma maior visibilidade e maior alcance, tanto entre os pacientes e familiares quanto com a própria equipe multiprofissional.

Além do mais, para que o enfermeiro se mostre como pertencente desse cuidado frente à DAV, os estudantes pautam a importância de o profissional usufruir do seu conhecimento técnico-científico para além de usar de sua autonomia frente aos demais profissionais, conseguir se mostrar protagonista nesse meio, ocupando esse espaço face ao cuidado.

Conjuntamente, percebe-se que a realização de pesquisas com metodologias como essas promovem um resultado que vai além do material a ser publicado. Por haver um oceano de trocas nos encontros, vai além de trazer um resultado positivo a essa futura geração de enfermeiros, reflete na sociedade que está por vir. A partir da descomplexificação dessas discussões em meio acadêmico, no meio extra-acadêmico, essas discussões serão menos banalizadas e mais centradas na real vontade dessas pessoas frente à finitude.

Percebe-se que o caminho a ser percorrido ainda se encontra turvo frente à falta de legislação vigente, seja em âmbito nacional ou até mesmo algo que dê um direcionamento ao profissional enfermeiro acerca das DAV. No entanto, com a continuidade de pesquisas desse cunho, além de ampliar os conhecimentos para o exercício da profissão, conseguiremos dar um norte à nova geração de enfermeiros, que já se depara com esses casos. Assim, o destino da DAV será cumprido, que é a promoção de uma população mais autônoma.

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.

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**. Modifícase 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.

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. 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, 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.

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

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.

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.

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

DALL'AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Rev Gaúcha Enf**, v.20, n. 1, p.5-25, 1999.

DEBUS, M. **Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, p. 96, 1997.

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

ESPAÑA. 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

ESPAÑA. **Ley n. 41/2002, de 14 de noviembre**. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Boletín Oficial del Estado. Disponível: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>.

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>.

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

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.

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.

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>.

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.

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.

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.

LIMA, M.G.R.; NIETSCHE, 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.

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.

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.

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/>.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **ANÁLISE TEXTUAL DISCURSIVA**. 2 ed. Editora Unijuí. 2013.

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.

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.

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.

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>.

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.

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

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.

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.

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.

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.

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

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

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.

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.

APENDICE A: FOLHA A4 UTILIZADA EM DINÂMICA

DAV

APÊNDICE B: CASOS CLÍNICOS

1º Caso

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 havia relatado e mostrado à 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 antibióticoterapia ou ventilação mecânica; deixava escrito que seu marido seria o portador de seus desejos, caso estivesse inconsciente para expressar suas vontades. No entanto, seu marido nega, relata que não quer participar desse momento de fim de vida e que deseja que a equipe tente até o fim.

2º Caso

P.R.A, 20 anos, sexo masculino, internado há 15 dias em Unidade de Clínica Médica por complicações derivadas de uma leucemia mielóide aguda. Paciente se encontra em tratamento há 5 anos e deseja cessar tratamento com antibioticoterapia, além de não cogitar a possibilidade de voltar ao tratamento quimioterápico. Diz ter conversado com a família e amigos a respeito desta vontade e que apenas não deseja mais sentir dor. Mãe e pai do paciente relatam à Enfermeira que respeitem a vontade do filho, porém, tem receio de que não seja a melhor escolha, e que ele se arrependa no futuro ou que seja tarde demais.

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



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



Meu nome é **Maria Luzia Machado Godinho** sou enfermeira e mestranda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem, e estou sendo orientada pelo professor **Dr. Edison Luiz Devos Barlem**. Estamos realizando esta pesquisa intitulada “**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE SOB ÓTICA DOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**”, com os objetivos de compreender qual a percepção dos estudantes de enfermagem acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade e conhecer a percepção dos estudantes de enfermagem acerca do papel do enfermeiro frente às Diretivas Antecipadas de Vontade.

Gostaria de convidar-lhe a participar, na qualidade de informante. Você participará de três encontros com duração média e estimada de 1h e 30min, onde, com sua autorização serão gravadas em vídeo. Você e os demais participantes serão identificados por meio de crachá com o nome fictício, apenas para melhor transcrição dos dados, assim, sua identidade será preservada e o anonimato garantido. Os encontros acontecerão na área acadêmica do Campus Saúde – FURG, os informes a respeito de sala e horário serão comunicados quando o grupo estiver formado.

Você e os demais participantes têm o direito de se negarem a participar de alguma atividade proposta no grupo 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. Caso sintam-se emocionalmente afetados será providenciado atendimento especializado na escola de Enfermagem da FURG. 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 e-mail marialuzia_g90@hotmail.com ou com meu orientador, pelo telefone 32378855 e-mail ebarlem@gmail.com. Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim.

Eu discuti com a mestranda Maria Luzia Machado Godinho sobre a minha decisão em participar nesse 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 o 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 / /

APÊNDICE D: DINÂMICA DO 2º ENCONTRO DO GRUPO FOCAL

Neurodora que vive no início nos ambientes de saúde, enfim viveu que o paciente
 está unido num meio social (1) que é mesmo e importante (2) sua família e que muitos
 amigos e amigos e é responsável pelo grupo com a família. Foi a verdade dele que era
 amigável, que ele queria ou não, pois ele sabe o que é melhor para ele e o sofrimento
 do que ele está quando acontece de todo sentir, mas com o que quer multi-descrever
 foi empático sobre o paciente e, realmente, foi bem prático e ações de se for
 no lugar do mesmo.

DAV

→ Importâncias de respostas e vontade do paciente.

→ Fazer mim, por mais que discutimos ainda se trata de algo difícil.

→ Não aumentou o conhecimento das pessoas.

→ Não que ponto sistemas preparadas para

deixar alguém partir?

→ Vontade do paciente que vem de ser a mulher forma.

→ A falta de diálogo entre as equipes...

DAV

→ Quanto sistemas preparados para falas de morte?

→ Vocab de morte.

→ Deixar de ser a ser a ser, pois se trata de algo ruim, difícil de lidar.

MONARCA / morte

morte =

Deixa ver uns filhos a
DR em todas as
situações e estar sempre a

Além os deles
Rover sociedade
e os deles
revelar o que nos
teme de

Distintos do
paciente;

D
A
V

Respeito é essencial ;
Todos temos conhecimentos e profissões, é necessário
que tenhamos com profissionais ?!

→ Ventos do paciente e mãe
de equipe ou família ;

Devemos evitar mais e fazer menos
mesas ventos (como médicos, enfermeiros...)

Ventos da pessoa,
de mais ninguém.
A vida é vida.

Dirigido a respeito a autonegligência do paciente, considerando seus princípios, valores, crenças, cultura, bem como outras aspectos que estejam bem articulados ao seu conceito de vida e morte; bem-estar; e necessidades de cuidados.

Protecionismo do indivíduo sobre suas vontades.

DAAV

valorização do paciente.

Respeito pelo paciente e exercício de assistência à saúde com qualidade.

O autossuficiente é fundamental para desenvolver os serviços que permitem a manutenção de projetos que sobrevivem. As NAV não o sistema de todos aqueles que compõem a nova maneira enquanto isso, visto que integram como pontos de vista - para não serem - as falhas.

DAVA

Resposta;

Autonomia;

facetas;

Atividade;

Fluidez;

formação;

Muito como
-consciência;

serviço básico;

-Desenvolvimento;

Desenvolvimento de cada;

Ponto de vista
com atuação
a vida é ao
viver.

Bruce por desenvolver
quanto aos requisitos e
manter os de todos os
interesses.

ANEXO A: PARECER CEPAS

Processo: 23116.006137/2017-22

CAAE: 72323517.2.0000.5324

Título da Pesquisa: Diretivas antecipadas de vontade sob a ótica dos estudantes de graduação em enfermagem

Pesquisador Responsável: Maria Luzia Machado Godinho

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 134/2017, emitiu o parecer de APROVADO para o projeto "Diretivas antecipadas de vontade sob a ótica dos estudantes de graduação em enfermagem".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2017.

Endereço: Rua Visconde Paranaguá,112/Hospital Universitári
Bairro: Campus Saúde **CEP:** 96.201-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-4652 **Fax:** (53)3233-6822 **E-mail:** cepas@furg.br