

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



## PENSAMENTO

“O desafio ético que se coloca à sociedade é de humanizar a vida, garantindo a liberdade, a cidadania, a autonomia, a dignidade da pessoa humana, a beneficência e a justiça. Resta saber se diante de tal complexidade conseguiremos em algum momento o equilíbrio entre avanços almejados, legislação vigente, vontade do homem e desígnios da natureza.”

**Aline Delias de Sousa**



## DEDICATÓRIA

À minha família e amigos  
Por acreditarem em mim e no meu sucesso.  
Pela disponibilidade, paciência e pelo amor,  
carinho, suporte e motivação em todos os  
momentos.



## AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo não teria sido possível sem a colaboração imprescindível de algumas pessoas das quais destaco:

Os meus orientadores, Professores Doutores Ernestina M<sup>a</sup>. Batoca Silva e Daniel Marques da Silva quero agradecer a orientação e supervisão deste trabalho, assim como o apoio, interesse, dedicação e disponibilidade dispensada, em todo o percurso deste processo de investigação.

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, pela autorização concedida à realização deste estudo.

A Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu, pela autorização concedida à realização deste estudo.

Aos Diretores dos Serviços de Medicina Intensiva, Urgência Geral e SO, Cirurgia, Pneumologia e Infeciologia e Medicina do CHBV, que apoiaram e concordaram com a realização do estudo.

Aos Enfermeiros dos Serviços acima citados, que se disponibilizaram a colaborar no estudo.

À minha colega Lúcia, pelo companheirismo e apoio em todos os momentos ao longo deste processo de investigação.

A todos os que de uma forma direta ou indireta fizeram com que conseguisse ultrapassar obstáculos e chegar até aqui.

Muito obrigada!



## RESUMO

**Introdução** - Perante o avanço científico e tecnológico na área da saúde é constatada a possibilidade de maior interferência nos processos de morrer. Nas situações clínicas em que não existem expectativas de recuperação, a pessoa maior de idade pode manifestar a sua vontade de recusar cuidados de saúde inúteis ou desproporcionados, com recurso às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). A elaboração do Testamento Vital permite à pessoa manifestar a sua vontade sobre os momentos finais da sua vida e os profissionais de enfermagem não podem estar à margem de todo o processo de planeamento, conceção e cumprimento das DAV

**Objetivos** – Com este estudo pretendemos analisar a perceção dos enfermeiros sobre as DAV e a sua relação com as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil) e sócio-profissionais (formação, local e tempo de serviço) Procuramos também analisar de que modo a experiência dos enfermeiros com as DAV influencia a sua perceção.

**Metodologia** – Estudo quantitativo, descritivo e correlacional. Foi utilizado um questionário autopreenchido numa amostra de 139 enfermeiros do CHBV, EPE, durante os meses de Fevereiro e Março de 2013.

**Resultados** – A maioria da nossa amostra é do sexo feminino (78,4%), e na formação académica e profissional 71,9% os enfermeiros possuem apenas a licenciatura e formação inicial. A maioria (74%) têm menos de 40 anos de idade e 42,6% têm entre 5 e 10 anos de experiência profissional. São os enfermeiros entre os 26 e os 30 anos de exercício profissional que apresentam uma posição mais crítica relativamente às DAV ( $p=0,03$ ). Cerca de 95% dos enfermeiros não tem experiência de situações onde foi dada a possibilidade ao doente de decidir com recurso às DAV nem vivenciou situações em que o doente tenha sido informado sobre esse direito. A maioria dos enfermeiros (72,7%) manifestou-se disponível para refletir com o doente a elaboração do documento de DAV, contudo 45,3% só o fariam se o doente ou os familiares o solicitassem.

**Conclusão** – Verificamos que os enfermeiros tiveram pouca experiência de situações em que houve recurso às DAV- Mostram-se disponíveis para respeitar a vontade antecipada do doente considerando-a um instrumento válido e facilitador da tomada de decisão, contudo não se sentem ainda capazes de abordar este tema por iniciativa própria. A maioria concorda que as DAV podem falhar a nível prático pois os valores pessoais do doente e os avanços tecnológicos e terapêuticos podem mudar. Valorizam a existência dum Procurador de cuidados de saúde pois pode assegurar ou alterar a vontade do doente.

Foi sentida a necessidade de maior reflexão e debate sobre as questões éticas que as DAV encerram: promoção da autonomia do doente e informações a prestar, cuidar em situações de vulnerabilidade, decisões de equipa, integridade ética do enfermeiro e objeção de consciência

**PALAVRAS CHAVE:** Perceção, Enfermeiros, Diretivas Antecipadas de Vontade

## ABSTRACT

**Introduction** – Owing to the scientific and technological advancement regarding health, it has been proved the possibility of greater interference in the process of dying. In clinical situations in which there are no expectations of recovery, elderly people can express their desire to refuse unnecessary or unreasonable health care, by means of Advance Directive (AD). The drafting of the last will and testament allows the persons to express their desire towards the final moment of their lives and the nursing professionals should be involved in the whole process of planning, conceiving and fulfilment of AD.

**Objectives** – The intention of the present study is to analyse the perception that nurses have about the AD and their relationship with the socio-demographic (sex, age, marital status) and socio-professional versions (training, location and years of work). There is also the intention to analyze the way in which the experience of nurses with the AD influences their understanding and sensibility towards each specific situation.

**Methodology** – A quantitative, descriptive and correlational study was put into practice. A questionnaire was used with a sample of 139 nurses of CHBV, EPE, throughout February and March 2013.

**Results** - The majority of the sample covers female participants (78.4 %), and in academic and vocational training 71.9% of nurses have either graduated from University or only have the initial training. The majority (74 %) are less than 40 years and 42.6% have between 5 and 10 years of professional experience. The nurses between 26 and 30 years of professional experience present a more critical attitude towards the AD ( $p= 0.03$ ). Approximately 95% of nurses not only don't have experience of situations where the patient was given the opportunity to decide on his own health condition based on the AD, but they also haven't experience situations in which the patient has been informed of this right. The majority of nurses (72.7 %) expressed their availability to reflect with the sick person the drawing up of the document of AD, however only 45.3% would do it in case the patient or the relatives explicitly requested it.

**Conclusion** – It's obviously noticed that the nurses had little experience of situations in which there was some appeal to the use of the AD. They showed their willingness to accomplish the patient's prior wish, considering it a valid and enabler instrument on the decision-making process, however they do not feel they are capable of dealing with this issue on their own initiative yet. The majority agrees that the AD may fail at practical level because both the personal values of the patient and the technological and therapeutic advances may

change. They value the existence of a procurator of health care, because he may be able to ensure or change the patient's decision.

There was the feeling of need for greater reflection and debate on the ethical questions underlying the AD , such as the promotion of of the patient's autonomy and the transmission of information, how to act in situations of vulnerability, how to take team decisions, how to express the ethic integrity of nurses and how to express conscience objection.

**KEY WORDS:** Perception, Nurses, Advance Directive

## SIGLAS E ABREVIATURAS

AD – Advanced Directive

CHBV- Centro Hospitalar Baixo Vouga

CHBV, EPE - Centro Hospitalar Baixo Vouga, Empresa Pública Empresarial

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	19
I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	23
1 - Fim de Vida .....	23
1.1 - Morte .....	25
1.2 - Distanásia .....	27
1.3 - Diretivas Antecipadas de Vontade .....	29
1.3.1 -Conceito e enquadramento jurídico de DAV .....	30
1.3.2 -Algumas Críticas sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.....	35
2 - Cuidados de saúde .....	39
2.1 - Humanização dos cuidados de saúde .....	40
2.1.1 -Autonomia .....	43
2.2 - Princípio do respeito à autonomia .....	44
3 - Responsabilidades do Enfermeiro .....	47
3.1 - Objeção de consciência .....	50
II - Investigação Empírica.....	53
4 - Metodologia.....	53
4.1 - Métodos .....	53
4.2 - Participantes .....	56
4.2.1 -Caraterização da amostra.....	57
4.3 - Instrumento de colheita de dados .....	59
4.4 - Procedimentos .....	60
4.5 - Análise de dados.....	61
5 - Apresentação de Resultados .....	65
5.1 - Análise Descritiva .....	65
5.2 - Análise Fatorial .....	70
5.3 - Análise Inferencial .....	82
6 - Discussão de resultados .....	95
7 - Conclusão e propostas .....	105

## **BIBLIOGRAFIA**

## **ANEXOS**



## ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo as variáveis atributo .....	58
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo a Experiência na informação sobre TV/DAV e Vivência de decisão com recurso às DAV .....	65
Tabela 3 - Nível de concordância da amostra acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade dos doentes.....	69
Tabela 4 - Teste de esfericidade de Bartlett e análise estatística de KMO e MSA através da correlação Anti-Imagem .....	71
Tabela 5 - Análise da variância total pelo Método de Kaiser .....	72
Tabela 6 - Análise da variância total pelo Método de Kaiser após forçar a análise para três fatores .....	73
Tabela 7 - Rotação dos componentes através do método Varimax .....	74
Tabela 8 - Teste de esfericidade de Bartlett e análise estatística de KMO e MSA através da correlação Anti-Imagem .....	75
Tabela 9 - Análise da variância total pelo Método de Kaiser após redução para três fatores	76
Tabela 10 - Rotação dos componentes através do método Varimax .....	77
Tabela 11 - Consistência interna da escala total .....	78
Tabela 12 - Consistência interna da Dimensão 1 .....	79
Tabela 13 - Consistência interna da Dimensão 2 .....	80
Tabela 14 - Consistência interna da Dimensão 3 .....	81
Tabela 15 - Teste de Normalidade para o grupo Etário .....	83
Tabela 16 - Teste de Normalidade para o Sexo .....	83
Tabela 17 - Teste de Normalidade para o Estado Civil .....	84
Tabela 18 - Teste de Normalidade para a Formação Académica e Profissional.....	84
Tabela 19 - Teste de Normalidade para o Tempo de Exercício Profissional.....	85
Tabela 20 - Teste de Normalidade para o Local de Exercício Profissional .....	86
Tabela 21 - Teste de Normalidade para a vivência de experiência em que informaram o doente que tem direito a realizar o testamento vital ou DAV (P7) .....	86
Tabela 22 - Teste de Normalidade para vivência de experiência em que foi dada a possibilidade ao doente de decidir com recurso às DAV (P8).....	87
Tabela 23 - Teste Kruskal-Wallis para os grupos etários .....	87
Tabela 24 - Teste U Mann-Whitney para sexo .....	88
Tabela 25 - Teste Kruskal-Wallis para a formação académica e profissional .....	89
Tabela 26 - Teste Kruskal-Wallis entre o tempo de exercício profissional .....	90
Tabela 27 - Pairwise Comparisons.....	90

Tabela 28 - Teste Kruskal-Wallis entre os serviços onde exercem funções .....	91
Tabela 29 - Teste U Mann-Whitney para a experiência na informação sobre TV/DAV.....	92
Tabela 30 - Teste U Mann-Whitney para vivência de situações com recurso às DAV .....	93

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1</i> - Análise do scree plot para o número de fatores do questionário .....	73
<i>Figura 2</i> - Análise do scree plot para o número de fatores do questionário .....	76



## INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, os desenvolvimentos médicos e biotecnológicos e as suas implicações no devir social e humano têm clamado por uma tomada de posição sobre quais as aplicações das novas tecnologias que convêm ou não à humanidade. Avassaladores, estes progressos têm o poder de originar uma diferente visão da vida e do próprio Homem e de abrir caminho a profundas mudanças sociais, com impacto global, que se estenderá às gerações futuras (CNECV, 2013b)

Perante o avanço científico e tecnológico na área da saúde, é constatada a possibilidade de maior interferência nos processos de morrer. Deparamo-nos, pois, com a possibilidade de prolongar a vida humana de forma artificial, em que a reflexão sobre a limitação das intervenções clínicas é uma necessidade que se impõe de forma a respeitar o princípio da autonomia e o cumprimento da vontade do doente em fase terminal. O prolongamento da vida de um doente incurável através de meios artificiais, inúteis e desproporcionados, leva as pessoas a processos de morte lenta e sofrida. É considerada distanásia ou obstinação terapêutica e, apesar de representar uma violação do código deontológico dos médicos, é o resultado de uma determinada ação ou intervenção médica.

Encarar a morte como uma situação de fracasso da medicina ou vergonha tem conduzido a práticas de obstinação terapêutica, pelo que é necessário inverter este paradigma, assumindo a morte como um processo natural da vida, no qual o ser humano precisa de apoio. Assim, face aos dilemas éticos, que resultam do tratamento ao doente em fim de vida, surge a necessidade de refletir sobre as decisões relacionadas com os limites no prolongar a vida, sobre a quem cabe essa decisão e a opção do Testamento Vital.

Sabemos que as decisões que se prendem com o limitar ou retirar cuidados não são tomadas sem que ocorra uma ponderada decisão multidisciplinar, envolvendo o próprio doente no respeito pela sua autonomia. Neste processo, a decisão de cada profissional tem em conta o conhecimento científico que suporta o seu exercício profissional e a intervenção que vai prestar. Deste modo, e apesar de atualmente ainda permanecer a ideia de que o fim de vida está intimamente associado aos tratamentos médicos, à prescrição de medicamentos e aos hospitais, a assistência de enfermagem ao doente em fim de vida coloca questões éticas aos enfermeiros.

Cada vez mais se reclama a necessidade de humanizar o fim de vida, e a realização do Testamento Vital permite à pessoa preparar-se para a incapacidade de decidir perante o acontecimento vital que é a morte. Os profissionais de enfermagem deverão estar conhecedores desta opção e têm o papel de informar, respeitar, acompanhar e cuidar o doente em fase terminal, não podendo, ser alheados de todo o processo de planeamento, conceção e cumprimento de DAV.

Em Portugal, a Lei nº 25/2012 de 16 de Julho, estabelece o regime das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), em matéria de cuidados de saúde, designadamente sob a forma de Testamento Vital, que estabelece que qualquer pessoa maior de idade e capaz, que não se encontra interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja ou não receber, se por qualquer razão se encontrar incapaz de o expressar autonomamente.

A publicação desta lei em Portugal é recente, não tendo, ainda, sido regulamentada nem criado o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Contudo, é uma opção legal que pode ser formalizada pela própria pessoa, por um médico ou por um jurista, mas sempre através de um documento escrito, assinado presencialmente no notário. O sistema jurídico português pretendeu, desta forma, agilizar e ir ao encontro das necessidades/expetativas dos cidadãos, enquanto responsáveis pelo seu projeto de vida e doença e permitir aos profissionais de saúde, uma tomada de decisão legalmente suportada.

Com a finalidade de sensibilizarmos os enfermeiros sobre esta matéria e de contribuirmos para a reflexão sobre as questões éticas do final de vida, definimos os seguintes objetivos para este estudo:

- Analisar a perceção dos enfermeiros sobre DAV;
- Determinar a relação entre as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil), sócio-profissionais (formação, local e tempo de serviço) dos enfermeiros e a sua perceção sobre DAV;
- Analisar de que modo a experiência dos enfermeiros com as DAV influencia a sua perceção.

Este relatório final é constituído por três capítulos. No primeiro, apresentamos a fundamentação teórica, onde abordamos algumas noções relacionadas com a temática em estudo, nomeadamente, a dignidade da vida e o fim de vida, aspetos culturais e sociais da

morte, conceito e razões que levam à distanásia, as diretivas antecipadas de vontade e o seu enquadramento histórico e jurídico, responsabilidade do enfermeiro e objeção de consciência. No segundo capítulo, apresentamos o percurso metodológico efetuado bem como a análise e interpretação dos dados. Por fim, apresentamos as conclusões com algumas propostas e/ou sugestões.



## I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 1 - Fim de Vida

Em pleno século XXI e face aos avanços da ciência e da medicina, encontramos-nos num impasse entre o prolongar a vida e o deixar acontecer a morte natural. Isto é, se por um lado, a evolução da medicina permite curar doenças e prolongar a vida, por outro lado corre-se o risco de investir demasiado em salvar uma vida que já não tem cura possível. O fim da vida e a morte levantam muitas questões relacionadas com a qualidade de vida, a dignidade no processo de morrer e a autonomia das escolhas nos momentos finais de vida (Kovacs, 2008).

Nos cuidados de saúde, e de acordo com MacDonald (2009), as complexidades que dizem respeito ao início da vida humana refletem-se sobre as questões éticas que tratam do fim da vida. O direito à vida é intrínseco a cada ser humano o que nos leva a encarar o seu fim como algo não desejável e questionável por envolver direitos universais e valores por vezes próprios do tipo de cultura e religião professada.

Prolongar a vida e adiar o momento da morte tem sido o grande desafio da humanidade. Na verdade, a procura da fonte da juventude assim como do elixir da vida, tem sido o desejo constante desde as mais remotas civilizações. Com o desenvolvimento da ciência na área da medicina e tecnologia, é possível atualmente modificar o curso natural da doença, o que nos conduz a um novo paradigma no campo da saúde, a necessidade de acompanhar e cuidar de doentes em situações prolongadas ou não de doença, vivência, por vezes, acompanhada de muito sofrimento.

Segundo Kovács (2003), as situações de fim de vida envolvem várias personagens: doentes, familiares, equipa de saúde e instituição hospitalar, em que todos devem ser envolvidos na tomada de qualquer decisão, tendo em conta os prós e os contras de cada uma das opções. No entanto, o que ainda se verifica, na sua generalidade, é uma atitude paternalista baseada no princípio da beneficência, em que a equipa de saúde age unilateralmente, justificando-se que é o melhor para o doente, ajuizando que este não está preparado para tomar a decisão que melhor o beneficia. Assume-se que o saber é propriedade da equipa de saúde e, por isso, não se respeita a autonomia do doente.

Como apontam Fortes (2002) e Garrafa e Porto (2002), citados por Kovács (2003), cada pessoa deve ter as suas necessidades atendidas, reconhecendo-se as diferenças e as

singularidades. O que é fundamental não é prolongar a vida mas sim a qualidade com que essa vida é vivida.

O fim da vida é, pois, uma questão que justifica uma reflexão e discussão por parte de toda a sociedade. O que se procura é a dignidade de todo o ser humano não só em vida, mas também no momento da morte, devendo-se valorizar as necessidades, o sofrimento de cada um e as questões relacionadas com o fim da vida. O morrer e a morte, a dor e o sofrimento são temas constantemente debatidos em todo o planeta, o que tem levado alguns países a permitirem determinadas práticas de fim da vida.

Em Portugal, a eutanásia e o suicídio assistido são considerados crime e não reúnem consensos, como meios de aliviar o sofrimento nas situações de doença incurável. Recentemente, foram criadas estratégias e legislação que permitem salvaguardar o fim da vida com dignidade na sociedade portuguesa. A rede de cuidados paliativos e as Diretivas Antecipadas de Vontade vêm dar forma a este propósito de respeitar a dignidade da pessoa com doença incurável e de respeitar os seus desejos íntimos, em matéria de cuidados de saúde.

MacDonald (2009) diz-nos que o tratamento médico agressivo e intervencionista é muitas vezes inadequado, não se refletindo na qualidade de vida possível ao doente no seu processo de doença. Em situações de fim de vida, a compaixão e a atenção às necessidades pessoais do doente não devem ser esquecidas nem relegadas para segundo plano. O peso dos cuidados paliativos é claramente evidente nesta vertente, pelo reconhecimento da pessoa doente com características socioculturais e psicoespirituais associadas à doença biomolecular, abrangendo a doença na sua tridimensionalidade.

No futuro, o aumento da amplitude das intervenções técnico-científicas sobre a vida humana e a doença será uma realidade, mas, ao mesmo tempo, os doentes e os profissionais de saúde estarão mais conscientes das necessidades de determinar quando e como essas intervenções são benéficas para as pessoas.

O caminho a percorrer no processo terapêutico será o contrário da distanásia – ortotanásia, que consiste na “morte correta”, a seu tempo, sem procurá-la ativamente, sem prolongamentos irracionais e cruéis, mas um fim de vida com um processo de morte humanizado perante a singularidade de cada ser humano. “A vida humana é um bem básico, mas não é absoluto, uma vez que pertence a um ser limitado e pode entrar em conflito com

outro bem, morrer com dignidade” (Bermejo & Belda, 2011, p. 42). Ajudar os doentes a morrer com dignidade é, pois, um princípio central em fim de vida. Morrer com dignidade, é um direito individual, legitimado pelo direito à vida. Se consideramos a morte como a última etapa da vida e só entendemos esta com a dignidade que lhe é inerente, então, até ao final, a vida humana realiza-se em dignidade. Proporcionar pois uma morte serena, com o menor sofrimento possível, em que a pessoa se mantém inserida no seu meio familiar ou, pelo menos, não afastado dele, é uma exigência ética (Deodato, 2006)

### 1.1 - Morte

O que distingue o Homem dos outros animais é a consciência da própria morte. O ser humano toma consciência objetiva da sua mortalidade ao presenciar e vivenciar a morte do outro (Kovacs, 2008).

Na procura da juventude e em oposição à velhice, o Homem procura vencer a morte e atingir a imortalidade. Longe vão os tempos em que a pessoa era considerada morta quando o coração deixava de bater. Atualmente, com os avanços da medicina, este conceito deixou de fazer sentido, pois com as técnicas de reanimação cardiorrespiratória em tempo útil é possível reverter uma situação de paragem cardiorrespiratória, o que levou ao abandono de diagnósticos de morte centrados na função cardíaca, mudança consolidada por outras alterações na prática médica e nos desenvolvimentos socioculturais (Holland, 2008) citado por Nogueira (2010).

De acordo com Gogliano (2009), a morte é considerada sob várias perspetivas: morte clínica (paragem da função cardíaca e respiratória), morte biológica (destruição celular) e morte encefálica (paralisação das funções cerebrais). Antes considerada como o término da função cardíaca, respiratória e circulação irreversível, passou a ser, nos tempos contemporâneos, determinada pela cessação das funções cerebrais. O Comité sobre morte cerebral de Harvard surgiu em 1968 como resposta a esta situação, que situava a morte quando o cérebro deixasse de funcionar. Alguns países trabalharam mais tarde este conceito e foi entendido como conceito de morte cerebral a morte do tronco cerebral (Nogueira, 2010).

Não é nosso objetivo estudar cada um destes tipos de morte, mas apenas clarificar este conceito atualmente, e perceber que este é influenciado por cada um de acordo com a sua própria imagem da morte.

De facto, ao longo dos tempos, a morte tem sido encarada de diferentes formas desde um momento natural e romântico que permitia o encontro com os entes queridos no além, até ser vista como algo vergonhoso e resultado do fracasso da medicina. O momento da morte passou a acontecer no hospital e os familiares deixaram de assistir à morte do familiar em casa. Dada a impossibilidade do acompanhamento familiar, a maioria dos doentes morrem afastados do seu ambiente e dos seus entes queridos, e ficam entregues aos cuidados dos profissionais de saúde (Nogueira, 2010).

Segundo o mesmo autor a vida e a morte são inseparáveis, pois enquanto processo natural a morte faz parte da vida e, em toda a vivência humana se tem gerado interrogações, quer nas ciências da saúde, quer na filosofia e antropologia, entre outras, sobre o processo e mistério que a envolve. De acordo com a visão ocidental sobre a finitude, Carvalho (2007), cit. por Pereira (2013), afirma que a morte é uma experiência da qual não podemos antecipar nem escapar, e apesar de ser um processo natural, universal e inevitável, o indivíduo sempre a projeta no outro, pois não suporta imaginar a possibilidade do mundo sem a sua presença.

A incerteza da morte certa torna-a irrepresentável, apesar da sabedoria popular revelar que nada é tão certo ao nascer como a própria morte. É a incerteza da sua hora que torna possível vivermos a vida, e permite ao Homem sonhar, projetar, avançar e criar os possíveis de um futuro que exclui na sua consciência o carácter necessário da morte. A sua certeza, como o fim do nosso futuro, representa o sofrimento, a doença, o envelhecimento e a infelicidade, o que leva a querermos a qualquer custo protegemo-nos dela, tornando-a, ao mesmo tempo, um tabu que é necessário vencer (Kovacs, 2008).

Para o cidadão comum, em geral, a morte é vista como algo alheio, violento e banal, apenas pressentida, questionada e valorizada quando a sua saúde ou a de alguém querido se encontra fragilizada. Pensar na morte e enfrentá-la, pode, então, ser doloroso pela sensação de perda, de dor e de um futuro incerto e misterioso, de acordo com a imagem/conceção que cada um traz dentro de si, e mediante a influência de uma cultura, religião e experiência de vida. Contudo, e perante o desfecho inevitável, morrer com dignidade é a preocupação comum tanto para os doentes, como para os familiares e profissionais de saúde. A vida deve ser para si mesma o seu objetivo pois é irrepitível, é preciso saber viver. Intrínseco a este princípio está o saber morrer e para tal todo ser humano deve ser respeitado na sua individualidade. Enquanto profissionais de saúde, só nos é possível acompanhar devidamente os nossos

doentes no seu tempo de morrer se soubermos acompanhá-los devidamente no seu tempo de viver (F. Almeida, 2006).

## 1.2 - Distanásia

O ser humano é um ser finito, enquanto físico, e, quando essa finitude acontece, muitos são os dilemas e questões que se colocam na forma como o processo de morte decorre. Discussões acérrimas levam a debates pluralistas com o objetivo principal de dignificar a morte e conceitos novos surgem com esse propósito. Para um melhor enquadramento, é importante clarificar antes da abordagem ao tema proposto, o conceito de doença terminal, o qual se descreve, como uma situação decorrente de doença crónico-degenerativa ou aguda com falência de múltiplos órgãos. Situação clínica irreversível em que a morte é um desfecho natural.

Um dos termos utilizados para definir um dos processos de morte é a palavra distanásia, neologismo composto pelo prefixo grego *dys*, que significa ato defeituoso, e *thanatos*, morte. Entende-se por morte defeituosa, com aumento de sofrimento e agonia. O Dicionário de Direito Penal e Processo Penal (Fortes & Eiras, 2010) define distanásia como morte com sofrimento. Prática pela qual se continua a vida de um doente incurável através de meios artificiais. Pode opor-se-lhe a eutanásia passiva. Alguns estudiosos assumem a distanásia como sendo o antónimo de eutanásia. Parcianello, Fonseca, & Dias (2012), referem que há uma ambiguidade quanto aos dois conceitos, pois, ao considerar o significado literal quanto à sua origem grega, certamente são antónimos. A distanásia, entendida como prolongar o sofrimento, opõe-se à eutanásia, termo utilizado para abreviar essa situação. Porém, e segundo os mesmos autores, se for assumido o seu conteúdo moral, ambas convergem. Tanto a eutanásia quanto a distanásia são tidas como eticamente inadequadas.

Tendo como pretensão explicar o conceito de distanásia, verificamos que é também conhecida como obstinação terapêutica, a que Pessini (1996) cit. por Nogueira (2010), define como o comportamento médico que consiste em utilizar processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos do mal a curar, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor que os inconvenientes previsíveis. Consequência de uma determinada ação ou intervenção médica que, ao negar a dimensão da mortalidade humana, acaba por valorizar apenas a dimensão biológica como valor absoluto do ser humano. Esta

prática apenas adia a morte e acrescenta uma agonia programada. O mesmo autor refere que a distanásia, apesar de ser uma palavra pouco utilizada na área da saúde, é mais praticada que a eutanásia.

A evolução da tecnociência conduz, de certa forma, a situações de distanásia pelas possibilidades interventivas que permitem e tornam difícil determinar o que são tratamentos ordinários, obrigatórios para salvar o doente ou controlar e aliviar os seus sintomas e quais os tratamentos fúteis. Perante este dilema, surge o conceito de tratamento proporcional a cada situação clínica, eficaz para cuidar aquilo a que se propõe. É aqui que os cuidados paliativos têm um papel importantíssimo a desempenhar e que muitas vezes se confundem com a obstinação terapêutica.

Lima (2006), cit. por Nogueira (2010, p. 10), considera que a “terapêutica fútil deve ser substituída pelos cuidados paliativos, que têm como objetivo o alívio da dor e do sofrimento, de modo a que a morte eminente possa acontecer em paz e com dignidade”. Para Kovács (2003), a distanásia surge pela dificuldade que os profissionais de saúde têm em reconhecerem que a morte é irreversível e que apenas se mantêm funções fisiológicas e se prolonga a agonia.

Para além disso, esta situação é agravada pelos constrangimentos face à comunicação com a família, ao facto de terem que reconhecer a incapacidade da medicina perante a morte, e ainda pela dor que a mesma provoca nos familiares.

A medicina não tem como único objetivo manter funções fisiológicas, mas sim cuidar da pessoa e é isso que deve determinar os procedimentos médicos a seguir. Porém, para os profissionais de saúde é difícil agir em função deste valor subjacente, porque para alguns só há tratamento quando se faz algo efetivamente. Com efeito, com a tecnologia atualmente disponível, esta tentação de recurso fácil à mesma, cria a sensação de realmente se estar a fazer algo, correndo-se o risco de perder o bom senso perante um doente com um quadro de doença irreversível, prolongando-se, assim, o processo de morrer, em vez de se proporcionar a vida.

O doente, como ser único, deve ser encarado como tal e de forma holística. É neste contexto que tem que ser considerada a diferença entre tratamento ordinário e tratamento extraordinário. Doentes em fase avançada da doença podem beneficiar de tratamentos, mesmo que invasivos e dolorosos, porque a possibilidade de melhorar a sua qualidade de vida

é real. Para outros doentes, a recuperação não é possível, e estes mesmos tratamentos passam a ser um sofrimento inútil. O mesmo procedimento pode implicar resultados divergentes: uma conduta indicada ou prolongamento de um sofrimento desnecessário.

O consenso não é fácil e a polémica é constante. As dúvidas e conflitos são evidentes na troca de experiências em debates das várias ciências da vida. Cada Homem, na sua individualidade, pertencente a uma cultura, sociedade e religião próprias, age e sente de forma única perante a sua experiência de vida e de fim de vida, quer como ator principal, quer como cuidador.

Nogueira (2010) diz que a medicina de Hipócrates tinha como objetivo a cura e o alívio do sofrimento, mas condenava o recurso a tratamentos desnecessários, verificando-se um desapoio à distanásia. Para Lima (2006), cit. pelo mesmo autor, os médicos deveriam voltar ao pensamento de Hipócrates, investindo mais no doente do que na cura da doença, tendo sempre consciência dos limites da medicina.

Interromper os tratamentos desproporcionados, em função dos seus resultados, pode então ser legítimo, rejeitando-se, desta forma, a obstinação terapêutica e aceitando-se que a morte não se pode impedir. As decisões devem ser tomadas pelo doente plenamente informado, se tiver competência e capacidade para tal ou, caso não seja possível, por aqueles que possuem os poderes legais para o fazerem, respeitando sempre a vontade e os direitos legítimos do doente.

### 1.3 - Diretivas Antecipadas de Vontade

Pessini (2004), cit. por Penalva (2009), afirma que os progressos tecnológicos da medicina instituíram a preocupação com a imortalidade. O arrastar da situação de doença irreversível, prolongando a vida a qualquer custo, sem retorno benéfico para o doente, dilui a fronteira entre a vida e a morte, violando, por vezes, o direito à vida com dignidade e à morte digna.

O direito à morte digna está garantido constitucionalmente pelos princípios da dignidade da pessoa humana, da autonomia e da liberdade individual. O direito de escolha informada tem que ser possível à pessoa perante a situação de fim de vida e uma forma de garantir este propósito é através das Diretivas Antecipadas de Vontade.

Segundo CNECV (2013a), futilidade ou obstinação terapêutica é má prática clínica, no entanto, nem sempre é fácil ajuizar qual o melhor interesse para o doente. O consenso, quanto à questão de saber se determinada intervenção é ou não fútil no contexto terapêutico, nem

sempre é fácil ou mesmo existe. Perante a dúvida, podem as declarações antecipadas de vontade desempenhar, enquanto valioso instrumento e no contexto de uma relação clínica de confiança recíproca e mutuamente enriquecedora, um papel de relevo na efetivação do respeito pela dignidade da pessoa humana. Esta é uma das vertentes de interesse dos profissionais de saúde para que existam declarações antecipadas de vontade, como suporte na tomada de decisão.

Lawrence Robinson, Monika White, & Jeanne Segal, (2013) defendem que as declarações antecipadas de vontade permitem expressar o que a pessoa quer **ou** não quer em matéria de cuidados de saúde em fim de vida. Segundo a American Bar Association, citada pelo mesmo autor; depois de se ter elaborado o Testamento Vital que traduz as DAV a pessoa deve reavaliar o seu estado de saúde regularmente e sempre que um dos 5 D's se verificar:

- Década – sempre que se iniciar uma nova década de vida;
- Death (Morte) – sempre que acontecer a morte de um ente querido;
- Divórcio – quando se experiencia um divórcio ou outra mudança familiar significativa;
- Diagnóstico – quando é diagnosticado uma doença grave;
- Declínio – quando uma situação de doença pré existente se agrava, especialmente quando a capacidade de autonomia fica diminuída;

As DAV são, como se verifica, um documento inacabado, que a qualquer momento pode ser ajustado à vontade da pessoa. As circunstâncias podem mudar, os valores e opiniões de cada um também são passíveis de se alterar, pelo que é importante rever as diretrizes das DAV, de acordo com as recomendações supracitadas, para que continuem a refletir com precisão a vontade do doente.

### 1.3.1 - Conceito e enquadramento jurídico de DAV

Usa-se, habitualmente, a expressão “Declaração Antecipada de Vontade” para referir, um documento no qual determinada pessoa capaz, saudável ou doente, declara o que consente ou recusa quanto a intervenções de saúde, no caso de incapacidade em expressar a sua própria vontade. Nunes, Renaud, Silva, and Almeida (2013, p. 37) referem que “em teoria muitos aceitam que as pessoas têm direito de decidir o que querem fazer com a sua saúde no contexto de seu projeto de vida. O problema não está na formulação abstrata desse direito, mas no modo concreto de o levar à prática”. As Diretivas Antecipadas de Vontade são uma

via de determinar o tipo e intensidade do tratamento médico que a pessoa pensa querer, (Loureiro,2008) citado por Nogueira (2010, p. 39).

O Testamento Vital foi introduzido em 1969, nos EUA por Luis Kutner. Segundo Nunes *et al.* (2013) adquire uma expressiva relevância a partir do debate bioético das décadas de 70 e 80, relativamente aos casos de Quinlan e Cruzan, doentes em estado vegetativo persistente. Estes casos, marcos essenciais da história da bioética, estimularam entre outros aspetos, a discussão sobre o modo de decisão no final da vida dos doentes incapazes, assim como sobre a má prática e obstinação terapêutica. Referem, ainda, que a figura de procurador de cuidados de saúde é reconhecida legalmente, apenas a partir 1983, na Califórnia, como complemento ou alternativa ao Testamento Vital.

Em Portugal, foi publicada em 2012 a Lei (Portugal, 2012) que viabilizou e legalizou as Diretivas Antecipadas de Vontade, processo iniciado pela Associação Portuguesa de Bioética, em Outubro de 2006, com o envio à Assembleia da República de uma proposta de lei, que provocou amplo debate sobre a sua legitimidade prática. Em 2008, o Partido Socialista apresentou o Projeto de Lei nº 788/X, sobre Direitos do Doente à Informação e ao Consentimento Informado, apresentando na secção IV, capítulo II, a Declaração Antecipada de Vontade e a nomeação do Procurador de Cuidados de Saúde. Aprovado pela Assembleia da República, foi solicitado o parecer ao CNECV, que o rejeitou, conforme parecer 57/CNECV/09, recomendadno, entre outras observações, que: “(...) esta parte do Diploma em apreço seja reformulada para estabelecer o que é informação pessoal e o que é processo clínico, para prevenir os maus usos dessa informação facultada à pessoa doente e para que o direito de acesso à informação não venha a ser causador de grave prejuízo à saúde do doente e ao correcto tratamento da sua doença” (CNECV, 2009).

Em 2010, foram apresentados quatro projetos de lei, novamente abordando o tema de Declarações Antecipadas de Vontade: nº 413/XI, pelo Partido Socialista,; nº414/XI, pelo Bloco de Esquerda,; nº 428/XI, pelo Partido Social Democrata e o nº 429 pelo CDS-PP. Após discussão na Assembleia da República, foi solicitado novo parecer ao CNECV e emitido em Dezembro 2010 com o nº 59, no qual considera “(...) Declarações Antecipadas de Vontade como uma manifestação legítima da vontade da pessoa que as subscreve e considera que são um elemento de relevância máxima para o apuramento da vontade real da pessoa por parte das equipas de saúde em situações de grande complexidade”(CNECV, 2013a). Tal Possibilita, assim, exercer o direito à autonomia, e ter algum controle prático sobre o que será

feito em situações de fim de vida, através do respeito dos valores e preferências da pessoa dentro do quadro jurídico-legal instituído. O mesmo Considera, também, “(...) pertinente a existência de um Registo Nacional de Declarações Antecipadas de Vontade”, o que vai facilitar e agilizar a consulta de Declarações Antecipadas de Vontade do doente e permitir às equipas de saúde uma tomada de decisão, em conformidade e em tempo útil.

De salientar que todos os projetos apresentavam aspetos úteis a ter em conta na discussão da Comissão Parlamentar da Saúde e na criação de um diploma mais abrangente, salvaguardando o respeito pelos valores bioéticos. Assim, este parecer aponta para que as Diretivas Antecipadas de Vontade representem algo que influencie, fortemente, as decisões em situações críticas da vida, mas sem representarem um carácter impositivo absoluto. Nunes et al. (2013, p. 41) afirma que podem existir situações não previstas nos desejos expressos, pois, a vida real é sempre mais rica e diversa que a previsão das baías regulamentares; também no campo da saúde – em particular nos momentos em que se está na fronteira entre a vida e a morte, devem-se evitar posições demasiado rígidas”. MacDonald (2009, p. 241) afirma também que “existe, às vezes, uma tendência na ética para adotar uma visão binária das questões, adotar a posição de « preto ou branco »”. As circunstâncias podem alterar-se, as vivências traduzirem-se em momentos transcendentais, a certeza de hoje pode não ser a certeza de amanhã e a incerteza de hoje ser a certeza de amanhã.

Os projetos apresentados pelos diferentes partidos para esta Lei foram aprovados no parlamento, em 2011 e em 2012. Terminada a discussão Parlamentar, foi aprovada a Lei 25/2012, de 16 de julho, que regulamente a nomeação de Procurador de cuidados de saúde, cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) e define as Diretivas Antecipadas de Vontade, sob a forma de Testamento Vital. Este é definido como “um documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente”.

Após publicação da Lei, em 16 de julho de 2012, os profissionais de saúde passam a ter a obrigação legal de respeitar a vontade do doente, ou do seu procurador legal, no que se refere aos cuidados de saúde que a pessoa quer, ou não, que lhe sejam prestados no caso de, por doença ou incapacidade mental, não ser capaz de o expressar.

A Declaração Antecipada de Vontade terá de ser validada em Cartório Notarial, mediante documento escrito, assinado presencialmente. O outorgante pode recorrer à colaboração de um médico para a elaboração das suas Diretivas Antecipadas de Vontade. O que terá de haver, necessariamente, nos termos da lei, é uma "vontade consciente, livre e esclarecida".

Esta Lei é clara ao mencionar as situações perante as quais o indivíduo pode declarar a sua vontade, a saber:

- Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado.
- Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais (por exemplo, estar ligado a um ventilador).
- No seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais, que apenas visem retardar o processo natural de morte (por exemplo, sonda para alimentação ou hidratação ou soro).
- Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada.
- Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental.
- Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.

,Porém, o progresso dos meios terapêuticos poderá fazer com que a vontade não seja respeitada, se os mesmos possibilitarem uma evolução da situação de doença favorável ao doente. Em caso de urgência ou de perigo imediato para a vida do paciente, a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde não tem o dever de ter em consideração as Diretivas Antecipadas de Vontade, se a demora na sua consulta colocar em risco a vida do doente.

Esta Lei estabelece, igualmente, que não produzam qualquer efeito jurídico as Diretivas Antecipadas de Vontade "cujo cumprimento possa provocar deliberadamente a morte não natural e evitável", tal como previsto no Código Penal. No entanto, estas não têm peso absoluto, nem podem ser pretexto para justificar opções que atentem contra a vida humana.

De acordo com a Lei em apreço, a vontade expressa no Testamento Vital é válida por cinco anos, renovável e também modificável, no seu todo ou em parte, em qualquer momento. Não

serão validos os Testamentos Vitais contrários às boas práticas médicas ou cujo cumprimento possa provocar deliberadamente a morte não natural e evitável.

Este documento legal salvaguarda, ainda, o direito à objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde e a não discriminação, a quem decida aderir ao Testamento Vital.

Nos termos do nº3 do artigo 3º, “O Ministério com a tutela da área da saúde aprova, mediante pareceres prévios do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e da Comissão Nacional de Proteção de Dados, um modelo de Diretivas Antecipadas de Vontade, de utilização facultativa pelo outorgante”. Esse modelo consta do parecer emitido pela CNECV com o nº 69 em Dezembro de 2012 (anexo 1).

A Lei do Testamento Vital veio colmatar uma lacuna que existia no nosso ordenamento jurídico face a outros países, como por exemplo Espanha, Inglaterra e Itália. Em Espanha, as Diretivas Antecipadas foram introduzidas pela Lei 41/2002 e segundo Simón–Lord cit. por Stolz, Gehlen, Bonamigo, and Bortoluzzi (2011) durante os anos de 2007 e 2008, 36.289 pessoas registaram as suas Diretivas Antecipadas de Vontade, o que demonstra a aprovação da população em relação ao desejo de manifestá-las. Campos *et al*, (2012), em estudo efetuado na população brasileira sobre “Testamento Vital; perceção de pacientes oncológicos e acompanhantes”, após implementação jurídica em agosto de 2012 de Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil, revela uma concordância de 90,9% dos pacientes e de 94,4% dos acompanhantes perante a questão sobre a implementação do Testamento Vital. Mais, constatou-se que a aceitação da elaboração do Testamento Vital é diretamente proporcional ao tempo de doença. O doente que se encontra há mais tempo em tratamento, demonstra, também, uma vontade maior de decidir sobre o seu processo de morrer.

Em Portugal, e segundo Henriques, (2013), Rui Nunes, em entrevista à Antena I, em Julho de 2013 afirma que “há indícios de que centenas ou milhares de portugueses tenham feito Testamentos Vitais, reconhecendo que quando existir o Registo Nacional de Testamento Vital isso também vai ser apelativo para que mais pessoas entendam que ele pode ser eficaz para que os seus desejos íntimos em matéria de cuidados de saúde sejam respeitados”.

Após aprovação da Lei na Assembleia da República, o Governo da República teria um prazo de 180 dias para a sua regulamentação. o. Apesar de o prazo previsto já ter sido ultrapassado e de terem sido emitidos, com carácter de urgência, pareceres do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e da Comissão Nacional de Proteção de Dados, ainda não foi criado

o Registo Nacional Testamento Vital (RENTEV), que permitirá aos médicos aceder, *on-line*, às determinações dos cidadãos sobre os cuidados de saúde a que desejam ou não ser submetidos, no caso de ficarem incapacitados de decisão. Este registo opcional irá facilitar a tarefa aos doentes e aos profissionais de saúde, visto que proporcionará um acesso mais rápido à informação, revelando-se de grande utilidade caso os doentes não tenham nomeado um procurador de saúde, como prevê a legislação.

Alexandra (2013), ao escrever sobre o assunto, refere que, segundo Francisco George, Presidente da Direção Geral da Saúde (DGS), pretende-se uma solução informática para operacionalizar a plataforma, se bem que esta ainda não foi encontrada. “Os engenheiros estão a tentar encontrar formas de os médicos terem acesso ao registo a toda a hora e em todo o lado, pois as duas portarias previstas na Lei já foram tecnicamente aprovadas, mas uma delas define um formulário oficial a preencher pelo cidadão que pode no entanto, se preferir, optar por um texto o que permite que haja uma diversidade de modelos dificultando de alguma forma a uniformização de um modelos informático *on-line* que vá de encontro às especificidades de cada um”.

O ideal, no entanto, seria que não houvesse grande desfasamento, porque a não existência do registo informatizado impede o conhecimento da vontade da pessoa, de uma forma mais expedita e, de acordo com o Presidente do CNECV (2013), não vai ser possível ter a noção cabal do número de testamentos vitais, enquanto não for implementado o registo nacional, através de uma plataforma informática que armazene os documentos.

O RENTEV será, como se ambiciona, um registo informatizado que irá incluir e manter atualizadas as Declarações Antecipadas de Vontade a nível nacional, porém ainda indisponível na atualidade, o que não invalida que qualquer cidadão, se assim o desejar, as manifeste. Para já, só é possível formalizar o Testamento Vital através de um notário.

### 1.3.2 - Algumas Críticas sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade

A Lei que regulamenta a criação das Diretivas Antecipadas de Vontade levanta questões do pronto de vista ético, moral, religioso, jurídico e do ponto de vista prático. Contudo, não pode confundir-se com a eutanásia, mas reencaminha a discussão para os cuidados paliativos e para a dignidade humana (na vida e na morte). Em causa, está o respeito pela autonomia humana, o direito de cada pessoa decidir sobre questões de saúde que a si interessam.

As vozes, no panorama nacional, ainda divergem em determinados aspetos e levantam várias questões e comentários. Referimos algumas das questões:

- É uma lei que interessa a todo o ser humano ou, em especial, a quem tem doenças degenerativas (como Alzheimer ou outra demência)?
- O prazo de cinco anos de validade não será demasiado longo, tendo em conta a rapidez com que a técnica e a ciência evoluem?
- Segundo (Ganhão, 2012), em notícia publicada, Miguel Oliveira Silva, Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, refere que a sua aplicação pode gerar confusão pois o texto legal deveria ser mais claro, quando afirma que “a Lei diz simplesmente que a vontade do doente deve ser respeitada, uma palavra que se presta a interpretações antagónicas”; isto é, explicitando o valor de Respeitar - este é vinculativo ou apenas indicativo?
- Cria uma figura nova e inovadora, o procurador de cuidados de saúde, que poderá conflitar com a mentalidade dominante, segundo a qual, a última palavra cabe sempre ao médico.
- A Lei não concretiza as consequências do incumprimento das Diretivas Antecipadas de Vontade.
- O conhecimento e a tecnologia biomédica podem evoluir e os valores pessoais dos indivíduos podem mudar e, a nível prático, as DAV podem falhar.
- As DAV valorizam a autonomia da vontade do indivíduo, bem como a sua liberdade, mas carecem de autoridade moral, uma vez que, se o paciente perdeu competência para compreender a situação em que se encontra, então as preferências manifestadas por esse mesmo paciente, no passado, não podem mais ser-lhe atribuídas, e, assim, não há razão moral para as respeitar.
- A complexidade em traduzir muitas das situações clínicas pode dificultar a interpretação dos reais desejos e valores pessoais do doente.
- A Informação devida pode não ter sido suficientemente detalhada ou compreendida.
- As pessoas mudam de opinião ou vontade e o declarante pode não ter tido tempo de alterar a sua vontade.

- Ao existir a figura de um Procurador de cuidados será que os profissionais de saúde poderão decidir mais de acordo com a vontade do paciente ou do seu procurador?

A Conferência Episcopal Portuguesa (CEP), em notícia publicada em Novembro de 2009, segundo (OC/RJM, 2012), refere que não há certeza que os desejos previamente expressos sejam atuais, no momento em que é necessário decidir. No entender da CNECV, esta opção é contrária ao espírito da Lei, dado que o que está em causa é manifestar antecipadamente uma vontade consciente. Esta Comissão contraria, ainda, o prazo de eficácia definido para o Testamento Vital, cinco anos (sucessivamente renovável), até porque o mesmo define que, se a incapacidade ocorre dentro do prazo, se mantêm as diretivas.

O coordenador da Pastoral da Saúde da Igreja Católica, concorda com a Lei que permite a cada pessoa determinar os tratamentos a receber, em caso de doença que impossibilite a manifestação dessa vontade. Monsenhor Feytor Pinto refere que a legislação sobre o denominado Testamento Vital pode ser aperfeiçoada, ainda que considere, apesar de tudo, que é positiva (OC/RJM, 2012). Acrescenta que esta Lei combate a distanásia, ou obstinação terapêutica, considerada como um prolongamento da vida falso, pois recusa o recurso a meios inúteis, fúteis e desproporcionados.

Lingnau da Silveira (i, 2012) vai, contudo, mais longe e defende, a nível nacional e internacional, que, por força da Convenção da ONU sobre os Direitos da Criança (que é direito português, e, nos termos do artigo 8º da Constituição, sobreleva mesmo as leis ordinárias), os direitos dos menores se devem definir gradualmente, conforme o grau da sua maturidade. Assim, mesmo que as Diretivas Antecipadas de Vontade regulamentem a idade da maioridade para a sua elaboração, não estará excluído que menores com bastante maturidade (por exemplo, com pelo menos de 16 anos, em regra) possam exercer tal direito por si.

O que realmente está em causa é humanizar o processo de morrer e uma das formas de atingir esse desejo é elaborar uma Declaração de Diretivas Antecipadas de Vontade. O objeto destas vontades não é dispor da vida de forma autónoma, nem adiar a morte indevidamente. Pelo contrário, o Testamento Vital é um meio legal e administrativo, em conjunto com outros meios, para facilitar a possibilidade de cada ser humano ter uma morte digna (Bermejo & Belda, 2011). É este o princípio basilar que leva a pessoa a elaborar o seu documento legal de

Diretivas Antecipadas de Vontade, o respeito pela sua autonomia e a procura de cuidados de saúde humanizados.

## 2 - Cuidados de saúde

Dos princípios determinantes na relação entre quem cuida e quem é cuidado, segundo Pedrosa (2004), já consagrados no juramento de Hipócrates, no séc. IV a. C., pela Escola Hipocrática, salientam-se os princípios éticos da Beneficência e da não Maleficência, atuais até hoje, apesar da mudança gigantesca de paradigma na medicina em particular, e da prestação de serviços e cuidados de saúde em geral. Os conceitos sociais e políticos foram mudando a concepção de saúde e cuidados de saúde; o doente deixou de ser tratado em casa e passou a ser tratado em instituições de saúde. O desenvolvimento do conhecimento científico, as novas técnicas, a aquisição de direitos e deveres permitiram novas possibilidades, no área da saúde com um consequente aumento da esperança de vida.

Atualmente, o conceito de saúde reflete a conjuntura social, económica, política e cultural, ou seja, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas como afirma Scliar (2007). No que diz respeito a cuidados de saúde, também eles são resultados dessas mesmas circunstâncias, ou seja, deverão ir ao encontro das necessidades das populações, tendo em conta as suas vivências atuais.

Cuidar é a essência de enfermagem, tendo igualmente uma extensibilidade na teia das relações que acompanham a vida do ser humano, pois o cuidar é intrínseco à natureza humana (Festas, 1999).

No entender da mesma autora, desde a ancestralidade que o cuidar se evidencia, pois “ (...) desde que existe vida, existem cuidados que foram desenvolvidos no sentido de cuidar da própria vida, pois só assim ela poderá permanecer” (Festas, 1999, p. 61). Assim o cuidar deve abranger todas as capacidades da vida e não apenas para as técnicas que vão tratar a doença. O conceito de cuidar vai além do tratar, pois este implica o comprometimento em manter a dignidade e individualidade da pessoa que é cuidada (Festas, 1999).

O que se pretende dos cuidados de saúde é uma prática profissional digna e adequada. Por isso, a abstenção ou interrupção de meios desproporcionados de tratamento, onde se inclui a reanimação cardiorrespiratória e as ordens de não reanimar, são hoje prática corrente no mundo ocidental. Desta forma, tenta-se manter o respeito pela dignidade humana, tão importante na fase terminal da vida, Nunes 2009, citado por Nogueira (2010, p. 39). Segundo a Ordem dos Enfermeiros, os enfermeiros constituem, atualmente, uma classe profissional e científica de primordial importância, no funcionamento do sistema de saúde, na garantia do

acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem (Enfermagem, 2001). Desde os primórdios dos tempos, que os seres humanos cuidam de outros seres humanos. Se pensarmos que a essência de enfermagem é o cuidar, então, podemos afirmar que a enfermagem é tão antiga quanto a sociedade.

## 2.1 - Humanização dos cuidados de saúde

Humanização é a ação ou o efeito de humanizar. Humanizar é definido como o ato de “tornar humano, tornar sociável e tornar-se mais compassivo” (Clayton, 2000, p.65). Humanização é um termo aplicado àquelas situações em que, além do valor do cuidado nas suas vertentes técnico-científicas, são reconhecidos os direitos da pessoa, respeita-se a sua individualidade, a sua dignidade, a sua autonomia e a sua subjetividade, não esquecendo também o reconhecimento do profissional enquanto ser humano, ou seja, pressupõe uma relação sujeito/sujeito (D. V. Almeida, 2009). Humanização e cuidados de saúde são conceitos indissociáveis na prática do cuidar na relação do cuidador/ doente. A qualidade da vida, no processo de doença, é alterada e pode afetar o doente e familiares na vertente física, psíquica e social, sendo importante fornecer o melhor cuidado possível e apoiar não só a pessoa doente, mas também os cuidadores e familiares. Para Fleck *et al.* (1999), a preocupação com o conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências afins trouxe, como uma consequência negativa, a sua progressiva desumanização. Campos (2007) defende a necessidade de, cada vez mais, se aprofundar a discussão acerca da saúde, numa perspectiva holística e humanista, dado que o respeito pela individualidade da pessoa, a escuta ativa, a valorização das crenças e valores, da comunicação e da disponibilidade são componentes vitais e básicos na humanização dos cuidados de saúde. Ayres cit por Campos (2007), baseado em diversas correntes filosóficas, apresenta, como concepção de humanização, um compromisso das tecnociências da saúde e dá ênfase à ideia de que a humanização passa pela radicalidade democrática do bem comum, entendendo que o cuidado faz parte do quotidiano do ser humano e da sua essência, logo, todos precisamos de ser cuidados.(D. Almeida, 2013), defende que o termo humanização, na área da saúde, relaciona-se, geralmente, com a qualidade da relação que se estabelece entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidados. Nas situações de cuidados de enfermagem, o outro, independente da sua situação de saúde, é

um ser único, impossível de objetivar, de categorizar e de conceituar, defende a autora. Interiorizar este princípio, leva à noção da responsabilidade que é cuidar a pessoa com necessidades que, com a sua subjetividade, revela as suas vivências e preferências, na forma como pretende ser cuidado.

A Ordem dos Enfermeiros (2001) classifica a pessoa como um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Todo o indivíduo interage com o ambiente, modificando-o e sofrendo a influência dele, ao longo da sua procura contínua do equilíbrio e harmonia, tornando-se único. Deve ser visto a partir da sua individualidade, mas relacionado com outros seres humanos, no tempo e no espaço.

Apesar dos aspetos universais da condição humana (ex: nascimento e morte), que permanecem invariáveis no tempo através das culturas humanas, todos estamos sujeitos ao processo de crescimento, maturação, expressão sexual e potencialidades reprodutivas e, eventualmente, todos temos que enfrentar o sofrimento, a morte e a perda (Thompson, Melia, & Bloyd, 2004). No entanto, na nossa diversidade própria, enquanto seres humanos, existem valores que são comuns a todas as sociedades morais e que são uma necessidade para a sua sobrevivência e funcionamento. Neste caso, falamos de beneficência, justiça e do respeito pela dignidade e direitos dos outros. De acordo com Thompson *et al.*, (2004), a humanização dos cuidados requer colaboração entre o doente e a equipa de saúde, sendo que uma comunicação aberta e franca, o respeito pelos valores pessoais e profissionais e sensibilidade às diferenças, são primordiais para cuidados de saúde com qualidade. As práticas dos cuidados humanizados são várias e todas importantes. A personalização de cuidados pode ser entendida em conformidade com a afirmação de Coutinho (2005), quando afirma que assumir o dever de humanizar implica dar atenção à pessoa, considerando-a na sua totalidade, mas reconhecendo também a sua individualidade face aos outros, e tendo em conta o contexto em que se insere, familiar e comunitário. Em Portugal, o direito à proteção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa, e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade, salvaguardados pela Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei e nº 48/90, 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. (Saude, 2013) que

regulamenta o Estatuto Hospital e cujos princípios orientadores, que servem de base à Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Este documento representa um passo importante na humanização dos cuidados de saúde, permitindo mais um passo no caminho da dignificação dos doentes. O seu conhecimento, quer por parte dos doentes, quer por parte dos cuidadores e de todos os utilizadores do sistema de saúde permite uma intervenção mais ativa na melhoria dos cuidados de saúde, cuja centralidade é o cidadão. A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes vem reafirmar os direitos fundamentais na prestação dos cuidados de saúde e, em especial, proteger a dignidade e integridade humanas, bem como o direito à autodeterminação.

Os hospitais, como suporte que são na prestação de cuidados, devem garantir não só uma ética dos cuidados de saúde, que respeite o papel dos pacientes nas decisões sobre as opções de tratamento e outros aspetos dos seus cuidados, como devem ser sensíveis às diferenças culturais, raciais, linguísticas, religiosas, diferenças de idade, sexo, e outras, assim como às necessidades das pessoas com deficiências (Thompson *et al.*, 2004).

Evolui-se no sentido de o doente ser ouvido em todo o seu processo de saúde/doença. Situações complexas têm necessidades específicas não só relacionadas com o controle da dor mas também necessidades de conforto emocional e espiritual. Neste contexto, lembramos Collière (2000), que se refere aos cuidados como uma responsabilidade social, não se limitando a uma ação para tratar os sintomas, mas sim a um universo de ações. As necessidades de um doente em estado terminal, muitas vezes isolado pela sociedade, aumentam as exigências, no que respeita a cuidados de conforto que promovam a qualidade de vida física, intelectual e emocional, sem descurar a vertente familiar e social.

Um dos princípios gerais da intervenção dos enfermeiros é a dignidade humana preconizada no Código Deontológico do Enfermeiro, quando refere que as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da dignidade e da liberdade da pessoa humana e dos enfermeiros. A humanização dos cuidados de enfermagem expande-se, pela ética em enfermagem, na relação entre o doente e o enfermeiro e pelo respeito dos direitos dos doentes, conforme REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Enfermeiros, 2012), no seu artigo 89.º - da humanização dos cuidados.

O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;
- b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

### 2.1.1 - Autonomia

A autonomia é um desejo e uma aspiração do homem. Segundo Batista (2012), nenhum outro conceito se tem demonstrado tão importante no desenvolvimento contemporâneo da bioética e nenhum outro reflete melhor a corrente filosófica, política e médica que moldam a nossa área de atuação. Reflete-se na tomada de decisão e de forma inevitável ligada à capacidade do indivíduo para tal, conforme afirma Nunes (2006). (Deodato, 2006), acrescenta que como corolário da autonomia individual de cada pessoa, ou na essência desta autonomia, encontra-se o autogoverno sobre si próprio, traduzido na liberdade de tomar decisões sobre si e sobre a sua vida.

Etimologicamente, autonomia palavra de origem grega, significa o poder de dar a si a própria lei, *autós* (por si mesmo) e *nomos* (lei). A autonomia, por sua vez e de acordo com Przenyczka, Lenardt, Mazza, and Lacerda (2012), é entendida como a capacidade de governar-se pelos próprios meios.

Autonomia é um termo introduzido por Kant, que afirmava tratar-se da independência de vontade em relação a qualquer desejo ou objeto de desejo e à capacidade de reger-se conforme uma lei própria. É um conceito que determina a liberdade do indivíduo em gerir livremente a sua vida, efetuando as suas próprias escolhas de uma forma racional. Segundo Nunes (2006), no geral, autonomia indica a capacidade do ser humano dar leis a si próprio ou a condição de uma pessoa ou comunidade determinar por ela mesma a lei a que se submete. No entanto, este poder não pode ser entendido como algo absoluto e ilimitado ou sinónimo de autossuficiência. Indica uma esfera particular cuja existência é garantida dentro dos próprios limites que a distinguem do poder dos outros e do poder em geral, mas apesar de ser distinta, não é incompatível com as outras leis, de acordo com Freire cit. por Zatti (2007). Autonomia, entendida como condição, envolve dois aspetos: o poder de determinar a própria lei e também o poder ou capacidade de realizar. A ação, todavia, não acontece isolada do mundo e, por isso, está limitada e condicionada por leis naturais, civis, convenções sociais e pelo outro, ou seja, a autonomia é limitada por condicionamentos, não é absoluta. Segundo Deodato (2006),

o agir livremente no âmbito da autonomia individual consubstancia-se numa liberdade responsável. Os atos decididos livremente na consciência de cada um originam consequências para o próprio e para os outros, na medida das relações estabelecidas, (...), não ocorrendo o exercício da liberdade de forma ilimitada. Kant citado (Zatti, 2007) considera a autonomia da vontade o princípio supremo da moralidade. Conforme defende o mesmo autor, a ideia de autonomia está intimamente associada à ideia de dignidade da pessoa. O ser racional, ao participar da legislação universal, ao submeter-se à lei que ele próprio se confere, é fim em si, não possui valor relativo, mas uma dignidade, um valor intrínseco. A autonomia é, neste ponto de vista, entendida como o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional, Kant citado por Zatti (2007).

Agir com autonomia implica liberdade, a qual possibilita ao indivíduo exprimir-se de acordo com a sua vontade, consciência e a sua natureza no meio em que está inserido. Pressupõe existência de opções, liberdade de escolha e requer que o indivíduo seja capaz de agir mediante as deliberações feitas. Autonomia entende-se como a autodeterminação da pessoa em tomar decisões relacionadas com a sua vida, a sua saúde, a sua integridade física e psíquica e as suas relações sociais, sendo imperativo o respeito à autodeterminação, já que esta se fundamenta no princípio da dignidade da natureza humana.

## 2.2 - Princípio do respeito à autonomia

A autonomia individual, sendo inerente à condição humana, manifesta-se através dos direitos humanos, que estão consagrados na Declaração Universal dos Direitos do Homem, na Constituição da República Portuguesa e em diversas Leis. A deontologia da enfermagem, exposta no Código Deontológico e em diversos pareceres emitidos pelo Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, consagra, como valor profissional, o respeito pelos direitos humanos. O enfermeiro assume deveres para proteger e salvaguardar os direitos do cidadão a quem presta cuidados, como afirma Deodato (2006).

Na ótica da medicina contemporânea, são considerados, como princípios fundamentais, o princípio da beneficência, não maleficência, justiça e respeito à autonomia do doente. Este último, segundo Loch (2006), deriva do reconhecimento de que o doente possui o direito de decidir em consentir ou recusar os procedimentos, que serão praticados sobre o seu corpo com o objetivo de lhe devolver a saúde ou aliviar o sofrimento causado pela doença ou

incapacidade. Ainda no entender deste autor, a autonomia pressupõe requisitos por parte da pessoa, que são imprescindíveis para a sua caracterização, ou seja, é necessário que exista uma capacidade para agir intencionalmente, que está condicionada à compreensão e assimilação das informações relevantes, à avaliação de todas as alternativas cabíveis naquela situação particular de saúde/doença e à capacidade de deliberação para escolher, coerentemente, entre as alternativas propostas e, também, é necessário que o indivíduo não esteja submetido a qualquer tipo de influência sobre a sua tomada de decisão.

O princípio do respeito à autonomia obriga a que o profissional de saúde dê ao doente uma informação o mais completa possível, promovendo uma compreensão adequada para que este possa decidir. A relação entre o profissional de saúde e o doente deve basear-se no respeito pela autonomia do mesmo. O doente deve ser ajudado no sentido de esclarecer as suas dúvidas e receios e hierarquizar os seus valores e preferências para, assim, poder discutir e decidir entre as opções diagnósticas e terapêuticas. É a essência do consentimento informado, o qual se define como uma decisão voluntária, verbal ou escrita, protagonizada por uma pessoa autónoma e capaz, tomada após um processo informativo, visando a aceitação de um tratamento específico ou experimental, consciente dos seus riscos, benefícios e possíveis consequências (Loch, 2006).



### 3 - Responsabilidades do Enfermeiro

Nunes (2006) citada por Deodato (2008, p. 34) aborda o conceito de responsabilidade, considerando que a “responsabilidade se refere aos atos e às respectivas consequências (...) e relativa a capacidade, obrigação e compromisso”. Engloba o ato em si e o efeito produzido. Quando a pessoa assume a responsabilidade, chama a si voluntariamente a reparação dos danos sofridos ou quando “defende um valor” perante o seu agir. Quando a pessoa prevê as consequências dos seus atos e se conforma com essa previsão está, desta forma, a agir responsabilmente. No campo da enfermagem, entramos na dimensão da ética em enfermagem, onde se enquadra a responsabilidade profissional, à luz da qual se refletem os atos profissionais, tendo também em conta a promessa feita, no âmbito do mandato social da profissão de enfermeiro (Deodato, 2008).

Com a evolução tecnológica e com o desenvolvimento da farmacologia, segundo Nogueira (2010), a tarefa de cuidar a vida humana está facilitada, porém, continua a ser imprescindível a presença de enfermeiros. Nunes (2006), citada por Deodato (2008, p. 37), considera que, “relativamente à prestação direta de cuidados, a responsabilidade profissional do enfermeiro centra-se no compromisso do cuidado, que este assume perante a sociedade. Este compromisso antecede o pacto de cuidados que o enfermeiro estabelece com a pessoa a quem vai prestar cuidados e formaliza a relação profissional estabelecida”.

Na Enfermagem, as relações de trabalho são reguladas pelo Código Deontológico do Enfermeiro, que discute o exercício profissional com liberdade e autonomia. Embora validada, a liberdade parece ser tolhida diante das normas legais, administrativas, éticas e institucionais que condicionam e delimitam a prática, e é exatamente aí que, segundo Przenyczka *et al.* (2012), reside o paradoxo da liberdade/autonomia no contexto do trabalho do enfermeiro. Ao ser confrontado com uma vontade expressa pelo doente que influencia o seu processo de doença, por vezes, o profissional de saúde ou cuidador debate-se com situações complexas e questiona-se sobre a forma como deve agir perante o princípio da autonomia do doente. É necessário um profundo conhecimento das competências, deveres e obrigações profissionais, de forma a respeitar e proteger a vida como um direito fundamental das pessoas.

Os cuidados prestados pelos enfermeiros obedecem ao Código Deontológico do Enfermeiro (Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro) e ao REPE - (Decreto – Lei nº 161/96, de 4 de

Setembro). Aprovadas pelo Conselho de Enfermagem (Enfermeiros, 2004), as competências do enfermeiro de cuidados gerais são as seguintes:

#### A – Prática profissional, ética e legal

##### A.1 – Responsabilidade

- 1 - Aceita a responsabilidade e responde pelas suas ações e pelos juízos profissionais que elabora;
- 2 - Reconhece os limites do seu papel e da sua competência;
- 3 - Consulta peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência atual ou saem do seu âmbito da sua área de atuação;
- 4 - Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou grupos estão para além da sua área de exercício.

##### A.2 – Prática segundo a ética

- 5 - Exerce de acordo com o Código Deontológico;
- 6 - Envolve-se de forma efetiva nas tomadas de decisões éticas;
- 7 - Atua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico
- 8 - Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação;
- 9 - Garante o direito à confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional;
- 10 - Respeita o direito do cliente à privacidade;
- 11 - Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde;
- 12 - Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente;
- 13 - Identifica práticas de risco e adota medidas apropriadas;
- 14 - Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados;
- 15 - Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos;
- 16 - Presta cuidados culturalmente sensíveis.

Desta forma, podemos inferir que o exercício da atividade profissional de enfermagem se pauta pelo respeito pela dignidade humana, desde o nascimento até à morte, devendo o enfermeiro ser um elemento interveniente e participativo em todos os atos que necessitem de uma componente humana afetiva, de maneira a atenuar o sofrimento.

O cuidado significa solicitude, diligência, zelo, atenção; cuidar implica colocar-se no lugar do outro; cuidar em enfermagem significa proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando as pessoas a encontrar os significados da doença, dor e sofrimento. De acordo com Deodato (2008), nos casos em que a autonomia está comprometida, nomeadamente pela doença e pelo sofrimento, cabe ao enfermeiro assegurar a prestação de cuidados adequados às necessidades vivenciadas.

Segundo a American Nurses Association (ANA) o enfermeiro tem uma responsabilidade acrescida na defesa do doente sobre a questão da autodeterminação, cabendo ao profissional de enfermagem, responsabilidade na defesa e educação, de forma a garantir que este assumira uma tomada de decisão informada, plena e consciente das suas consequências. Esta posição é também defendida por Renee (2013) ao afirmar que os enfermeiros desempenham um papel fundamental no exercício do direito á autodeterminação e facilitar a tomada de decisão para os doentes. São profissionais presentes não só no momento da morte mas também em todo o processo em que o doente e seus familiares tomam decisões de fim de vida. O facto de um enfermeiro respeitar ou não a vontade do doente, nos casos previstos em lei, como é o caso das DAV, depende de uma escolha sua. Ele não está limitado a uma única opção, possui outras e, ao decidir por uma delas, está a agir com liberdade. Existem causas (cultura, valores, etc.) que contribuem para uma tomada de decisão, mas que não tiram o carácter de liberalidade das suas decisões porque o enfermeiro está consciente das suas possibilidades. O que se destaca, aqui, é o conhecimento que o enfermeiro possui acerca da sua profissão e da organização do seu trabalho. As suas possibilidades de escolha serão diretamente proporcionais ao conhecimento que tiver 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. Sendo assim, o enfermeiro possui liberdade, mas dentro de um conjunto de faculdades e, nesse contexto, o entendimento da sua liberdade/autonomia profissional está voltado para a teoria de liberdade como possibilidade objetiva (Przenyczka et al. (2012).

### 3.1 - Objeção de consciência

No processo de saúde/doença, os enfermeiros lidam frequentemente com situações polêmicas e conflituosas. Do ato de cuidar, derivam sentimentos, atitudes, ações, vontades, desejos, inclinações e impulsos. Por vezes, na profissão de enfermagem podem ocorrer situações que vão contra a consciência dos profissionais em que consciência, de acordo com Gimenes (2005), é a noção da nossa própria realidade, do próprio interior. É através da consciência que é percebida a noção do bem e do mal, do certo e do errado e se adota uma conduta de acordem consonância com a consciência da pessoa. Segundo Souza, Sartor, Padilha, and Prado (2005), compreender o valor do cuidado requer uma concepção ética que contempla a vida como um bem valioso, começando pela valorização da própria vida, para respeitar a vida do outro com toda a sua complexidade. Faz todo o sentido, quando se pensa enfermagem, cuja essência é o cuidar do outro com respeito pelos seus valores e crenças, defendendo os seus direitos. O enfermeiro detentor de um conceito de consciência própria tem, também, direitos enquanto pessoa e profissional e o direito a expressá-los em situações que vão contra a sua consciência, pelo que a lei prevê formas de o profissional de saúde não ser obrigado a participar em determinados atos com os quais não concorda, pelo que a objeção de consciência é um direito legal, protegido e regulamentado na área dos cuidados de saúde. Especificamente, para o exercício da Enfermagem, o Decreto-Lei n° 104/98, alterado pela Lei 11/2009 de 16 de Setembro, no seu Artigo 92.º (da objeção de consciência) do Código Deontológico do Enfermeiro, salvaguarda a tomada de decisão dos enfermeiros nestes casos, garantindo, aos profissionais de enfermagem, o direito a não participar em determinados atos:

1 - O enfermeiro, no exercício do seu direito de objetor de consciência, assume o dever de:

- a) Proceder segundo os regulamentos internos da Ordem que regem os comportamentos do objetor, de modo a não prejudicar os direitos das pessoas;
- b) Declarar, atempadamente, a sua qualidade de objetor de consciência, para que sejam assegurados, no mínimo indispensável, os cuidados a prestar;
- c) Respeitar as convicções pessoais, filosóficas, ideológicas ou religiosas da pessoa e dos outros membros da equipa de saúde.

2 - O enfermeiro não poderá sofrer qualquer prejuízo pessoal ou profissional pelo exercício do seu direito à objeção de consciência.

Ser objetor de consciência significa recusar-se a fazer algo que vai contra as suas convicções e aos princípios em que acredita.

Alguns autores consideram que existem três requisitos para a objeção de consciência. Em primeiro lugar, a objeção de consciência traduz-se na recusa de uma norma jurídica ou na recusa de submissão a uma diretriz de uma autoridade pública, ou ainda, na rejeição de uma proposta de comportamento imposto. Em segundo lugar, essa recusa fundamenta-se em razões do foro íntimo do objeto. Por fim, considera-se que o comportamento do objetor, ao manifestar-se como tal, não é violento (Gimenes, 2005). A objeção de consciência tem como fundamento a consciência individual ou religião.

A objeção de consciência é invocada na Declaração Universal dos Direitos do Homem, proclamada pela Assembleia Geral da ONU, em 10 de Dezembro de 1948, e retificada pela Lei 65/78 de Outubro, cujo artigo 9º define que “Qualquer pessoa tem o direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião; este direito implica a liberdade de manifestar a sua religião ou a sua crença, individual ou coletivamente, em público e em privado, por meio de culto, do ensino, de práticas e de celebração de ritos”.

Portugal, como país democrático, não impõe aos cidadãos a adesão às regras impostas pela autoridade, deixando a possibilidade de cada um refletir e exprimir livremente a sua objeção de consciência. A Constituição Portuguesa garante o direito à objeção de consciência, no seu Artigo 41º, alínea 6, onde é garantido o direito à objeção de consciência, nos termos da Lei. Nogueira (2010) defende que a objeção de consciência é um direito que reflete a concordância inequívoca entre o pensamento e a ação.

Na profissão de Enfermagem, considera-se objetor de consciência, o enfermeiro que por motivos de ordem filosófica, ética, moral ou religiosa esteja convicto de que não lhe é legítimo obedecer a uma ordem particular, por considerar que atenta contra a vida, contra a dignidade da pessoa humana ou contra o Código Deontológico, conforme Regulamento específico para este efeito – Regulamento do Exercício do Direito à Objeção de Consciência (REDOC) da Ordem dos Enfermeiros, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 18 de Março de 2000 (Enfermeiros, 18 de março 2000).

Atualmente, o conceito de objetor de consciência é alargado para toda a situação em que o profissional se sinta coagido nas suas convicções filosóficas, éticas, morais ou religiosas, desde que não se tratem de situações de urgência/emergência ou em que não haja outros

profissionais em condições de o realizar. O enfermeiro tem o direito de recusar a prática do ato da sua profissão, se tal entrar em conflito com a sua consciência moral, religiosa ou humanitária, não podendo daí advir qualquer prejuízo pessoal ou profissional pelo exercício deste seu direito. No entanto, para tal, o enfermeiro deve comunicar com antecedência, por escrito, ao seu superior hierárquico imediato e à Ordem dos Enfermeiros, a sua tomada de decisão de recusa da prática do respetivo ato, explicitando as razões, por que tal prática entra em conflito com a sua consciência moral, religiosa ou humanitária, ou contradiz o disposto no Código Deontológico, para que os cuidados a prestar possam ser assegurados. O recurso à objeção de consciência implica a tomada de decisão de agir ou não agir com consequência no ato de cuidar.

Se o enfermeiro é colocado perante uma ordem hierarquicamente emanada ou na prescrição em intervenção interdependente se considera que está de acordo com a sua consciência moral, irá realizá-la de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados em observância e respeitando as regras da deontologia profissional, caso contrário pode evocar o direito à objeção de consciência.

Para além dos direitos e deveres, o enfermeiro objetor de consciência tem de igual forma respeitar as convicções pessoais, filosóficas, ideológicas ou religiosas dos utentes e dos outros membros da equipa de saúde. Ser objetor de consciência significa salvaguardar-se a si próprio na sua integridade moral, não se opondo a que outros profissionais atuem, seguindo a lei em vigor (Vielva, 2002).

## II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

### 4 - Metodologia

A metodologia da investigação, segundo Fortin (2009, p. 19), “pressupõe um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação”. Entendida como os procedimentos utilizados pelo investigador para estudar o fenómeno que suscita o seu interesse, a metodologia é a estratégia que permite delinear de uma forma sucessiva como os acontecimentos no processo de investigação conduzem aos resultados.

Neste capítulo, iremos apresentar as opções metodológicas, onde incluímos uma descrição dos métodos, caracterização dos participantes, o instrumento de recolha de dados, bem como os procedimentos formais que lhe estão subjacentes e as considerações de natureza ética, e , por último, a análise e tratamento estatístico dos dados.

#### 4.1 - Métodos

Percepção é definida, segundo Ferreira, Caetano, & Neves (2001) como o processo automático de organizar e de estruturar as características oriundas de um conjunto complexo de estímulos num todo interpretável e com significado. Segundo os autores supra citados, todos os dias o ser humano é confrontado com uma quantidade de estímulos, que são interpretados através de um fenómeno denominado como percepção. O mesmo pode ser definido como um processo de interpretar estímulos, em que o produto final é o significado, o qual depende de fatores estruturais e funcionais do indivíduo. Atividade que ocorre numa base de estruturação de estímulos com a finalidade de integrar numa unidade, numa categoria, um conjunto de estímulos independentes como que ligados entre si, na base da procura de elementos mais invariantes e profundos dos estímulos, de forma a que se possa efetuar previsões e na base de uma interpretação, com a finalidade de se lhes atribuir significado.

As Diretivas Antecipadas de Vontade são uma forma de respeito pelo princípio da autonomia e autodeterminação da pessoa. Este princípio obriga a que a relação entre o enfermeiro e o doente se baseie no respeito pela autonomia do mesmo, privilegiando a sua dignidade enquanto pessoa, devendo, para tal, ser portador de conhecimentos técnico-científico adequados à sua prática profissional. Segundo Laville e Dionne, (1996) cit. por Fortin (2009, p. 10) “conhecimento é uma noção que implica diversidade e multiplicidade e dá lugar a diferenças e a semelhanças nos diversos tipos de saberes”. Os conhecimentos provenientes de

diversas fontes permitem aumentar o conhecimento teórico e empírico, mas é a investigação científica que possibilita a aquisição de conhecimento científico.

Tendo por base estes pressupostos, consideramos pertinente realizar o estudo sobre a percepção dos enfermeiros sobre DAV, contribuindo com evidências científicas na área da prática dos cuidados em enfermagem. Tendo em conta que qualquer problema de investigação pode surgir quando há necessidade de clarificar uma lacuna no conhecimento ou de estudar um fenómeno novo, o presente estudo está direcionado para a obtenção de respostas às seguintes questões de investigação:

- - Qual a percepção dos enfermeiros sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade?
- - Qual a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros na percepção sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade?
- - Em que medida o envolvimento dos enfermeiros em decisões com Diretivas Antecipadas de Vontade influencia a sua percepção sobre as mesmas?

Os objetivos de um estudo de investigação especificam as variáveis chave, a população alvo e qual a orientação da investigação, procurando definir com precisão o estudo que se pretende realizar. De forma a ir ao encontro das questões de investigação formuladas, definimos os seguintes objetivos:

- - Analisar a percepção dos enfermeiros sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade;
- - Determinar a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a sua percepção sobre as DAV;
- - Analisar de que modo a experiência dos enfermeiros com as Diretivas Antecipadas de Vontade influencia a sua percepção sobre as mesmas.

Nesta linha de atuação, optámos pela realização de um estudo de natureza quantitativa, descritivo, correlacional e de corte transversal.

Como síntese, e face às questões e aos objetivos descritos, apresentamos o esquema conceptual da investigação:

Figura 1 - Modelo conceptual



Variáveis são as componentes testáveis da pesquisa, os acontecimentos e mudanças que nelas ocorrem. Serão a base das análises que demonstram a aplicabilidade da hipótese (Pocinho, 2012). Podem apresentar valores diferentes ou serem agrupadas em categorias e, em função do papel que têm numa investigação, classificam-se em variável independente ( a suposta causa) e a variável dependente ( o efeito). Independente é a variável que se supõe influenciar outra variável, a dependente (L. Almeida & Feire, 2008), característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente.

Neste estudo, considerámos uma variável dependente e algumas variáveis independentes (fig.1). Segundo Fortin (2003), estas estão interligadas, no sentido em que uma vai influenciar a outra, as mesmas são pertença de pessoas ou situações em estudo numa investigação, sendo definidas em termos observáveis e mensuráveis. Com o esquema do estudo de investigação representado pela figura 1, pretendemos apresentar a interligação estabelecida entre as variáveis **independentes** e a **variável dependente**, que no presente estudo é a *Percepção dos Enfermeiros sobre Diretivas Antecipadas de Vontade*, a qual foi obtida através da análise do tipo de respostas, nas dimensões estudadas definidas como: *Informação dos enfermeiros sobre as DAV, Tomada de decisão e Críticas às DAV*.

Segundo L. Almeida & Feire (2008), a variável independente identifica-se como a dimensão ou característica que o investigador manipula deliberadamente para conhecer o seu impacto numa outra variável, ou seja, a variável dependente. Conforme representado na figura 1, considerámos, na investigação efetuada, como variáveis independentes três grupos:

- Variáveis sociodemográficas, onde incluímos a idade, o estado civil e o sexo;
- Variáveis profissionais e académicas, que dizem respeito ao tempo de exercício profissional, formação académica e serviço onde o enfermeiro exerce a atividade profissional;
- Variáveis relacionadas com as DAV, onde se inscrevem a vivência em que foi dito ao doente que pode realizar DAV e a experiência em que foi dada a possibilidade ao doente de decidir com DAV.

#### 4.2 - Participantes

A primeira etapa do processo de amostragem consiste em identificar a população a ser estudada e, de acordo com Fortin (2009, p. 311), a mesma é definida como um conjunto de elementos que têm características comuns, cujo elemento é, na sua maioria, uma pessoa. Dada a dificuldade em estudar qualquer população na sua plenitude, e ainda segundo a mesma autora, há necessidade de recorrer a uma população acessível que nos irá permitir estudar a população alvo, daí que, no estudo realizado, esta seja constituída pelos enfermeiros do Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE.

Considerando “amostra como uma fração de uma população sobre a qual se faz o estudo” (Fortin, 2009, p. 312), a amostra foi constituída por todos os enfermeiros a exercer funções nos serviços de Medicina Intensiva, Cuidados Cirúrgicos Intermédios, Serviços de Urgência Geral/SO, Pneumologia e Infeciologia, Medicinas I, II e III, num total de 139 enfermeiros.

Trata-se de uma amostra não probabilística de conveniência, dada a sua acessibilidade, se identificar com a área de prestação de cuidados em que as DAV se podem aplicar. São unidades de cuidados que prestam cuidados a doentes com patologias que os colocam em situações de fim de vida, como disso são exemplo: as patologias oncológicas, infecciosas, acidentes vasculares cerebrais, emergências médicas e cirúrgicas.

Os enfermeiros, voluntariamente, aceitaram responder ao questionário que foi fornecido durante os meses de fevereiro e março de 2013, após autorização por parte da Instituição.

#### 4.2.1 - Caracterização da amostra

Pela análise da Tabela 1, dos 139 participantes que constituem a amostra do nosso estudo, podemos verificar que 39,6% da mesma apresenta uma idade compreendida entre os 20 e os 30 anos e apenas 5,8% apresenta uma idade superior a 50 anos. Quanto ao sexo dos participantes, 78,4% corresponde ao sexo feminino e 21,6% ao sexo masculino. Relativamente ao estado civil, verificamos que 51,8% da amostra se encontra casada/união de facto e apenas 8,6% se encontra divorciado(a). Ao nível da formação académica e profissional, podemos constatar que 71,9% dos respondentes apresentam apenas o curso base como formação (1,4% bacharelato e 70,5% licenciatura). Todavia, verificamos que 15,1% possuem um curso de mestrado e 12,9% um curso de especialização. Dentro dos cursos de especialização, apuramos que a especialidade mais referida foi a de Enfermagem de Reabilitação com 11 indivíduos e, de entre os cursos de Mestrado, o de Geriatria e Gerontologia foi o mais referenciado pelos respondentes (6).

Dos participantes inquiridos, verificámos que a nível do tempo de exercício profissional, este varia entre 0-5 anos, com 12,9% da amostra até 36-40 anos, com 1,4%. Contudo, a maioria dos profissionais (42,4%) exerce a sua profissão entre 5-10 anos. Os profissionais entrevistados trabalham maioritariamente no Serviço de Medicina (34,5%), seguidos dos que trabalham na Urgência Geral (23,7%). Outros serviços incluídos no estudo são Urgência SO e Pneumologia e Infeciologia com 9,4%, respetivamente, Medicina Intensiva (10,1%) e Cuidados Cirúrgicos Intermédios (12,9%).

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo as variáveis atributo

<b>Grupo etário</b>	N	%
20-30 Anos	55	39,6
31-40 Anos	48	34,5
41-50 Anos	28	20,1
51-60 Anos	8	5,8
Total	139	100,0
<b>Sexo</b>	N	%
Feminino	109	78,4
Masculino	30	21,6
Total	139	100,0
<b>Estado Civil</b>	N	%
Solteiro	55	39,6
Casado/união de facto	72	51,8
Divorciado	12	8,6
Total	139	100,0
<b>Formação académica e profissional</b>	N	%
Bacharelato	2	1,4
Licenciatura	98	70,5
Especialização	18	12,9
Mestrado	21	15,1
Total	139	100,0
<b>Tempo de Exercício Profissional</b>	N	%
0 - 5 Anos	18	12,9
5-10 Anos	59	42,4
11-15 Anos	16	11,5
16-20 Anos	17	12,2
21-25 Anos	18	12,9
26-30 Anos	4	2,9
31-35 Anos	5	3,6
36 - 40 Anos	2	1,4
Total	139	100,0
<b>Serviço onde exerce funções</b>	N	%
Medicina	48	34,5
Urgência Geral	33	23,7
Urgência SO	13	9,4
Pneumologia e Infeciologia	13	9,4
Medicina Intensiva	14	10,1
Cuidados Cirúrgicos Intermédios	18	12,9
Total	139	100,0

#### 4.3 - Instrumento de colheita de dados

A colheita de dados numa investigação desempenha um papel fundamental na sua consecução, implicando a aplicação de um instrumento de colheita de dados, mediante um plano pré estabelecido e tendo em conta os objetivos previamente definidos, razão pela qual optámos pelo questionário como instrumento de colheita de dados. Segundo Fortin (2009, p. 380), “é um instrumento de colheita de dados que exige dos participantes respostas escritas a um conjunto de questões”; dada a sua natureza impessoal, uniformidade de apresentação e diretivas, assegura uma constância de um questionário para o outro, e conseqüentemente a sua fidelidade, além de tornar possíveis comparações entre os respondentes. Como outra vantagem para a sua aplicação, consideramos que a garantia do anonimato das respostas tranquiliza os participantes, permitindo uma maior liberdade de opinião.

Após pesquisa bibliográfica, não encontrámos nenhum instrumento de colheita de dados de acordo com as necessidades visadas, pelo que se optou pela construção de um questionário (anexo II) de auto preenchimento - “Perceção dos enfermeiros sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)”, título que pretende identificar a temática em estudo. No nosso entender, esta construção revelou-se, a vários níveis, bastante importante. Por um lado, porque permitiu o desenvolvimento das nossas competências; por outro lado, pela dimensão da vertente prática e científica, uma vez que se desenvolveu um instrumento que poderá vir a ser utilizado por outros investigadores, permitindo, além disso, a nível clínico, proceder à ao levantamento das necessidades e de formação. A primeira parte é destinada à caracterização sócio demográfica, profissional e experiências com as DAV, sendo a segunda constituída por uma escala desenvolvida a partir da Lei nº 25 de 2012 (DAV). As questões foram aferidas por um perito em Bioética, pertencente à Universidade Católica Portuguesa. Tendo em conta as orientações de autores como Almeida e Freire (2008) e Fortin (2009), foi realizado um pré-teste a enfermeiros com as características da amostra, com o objetivo de aferir o instrumento elaborado e, após informação falada recolhida em momento de encontro, não foram feitas alterações. Nesta segunda parte, apresenta-se uma escala tipo *likert* com 31 itens, em que os enfermeiros são movidos a responder se concordam ou se discordam de cada item com base na sua perceção e experiência, atribuindo-se a cada item uma pontuação de 1 a 5. A opção de cada resposta varia entre o Discordo Totalmente e o Concordo Totalmente, sendo: Discordo Totalmente (1), Discordo (2), Nem Concordo nem Discordo (3), Concordo (4) e Concordo Totalmente (5). No sentido de evitar respostas tendenciosas, optámos por definir indicadores,

uns no sentido positivo, outros no sentido negativo, podendo o discordo corresponder ao 5 assim como o concordo. Para tratamento estatístico, tivemos necessidade de converter os níveis de resposta para um valor referência 5, como indicador de resposta máxima adequada, que vai determinar a perceção que o profissional tem que quanto mais alto melhor. Os itens em que o discordo totalmente será pontuado com 5 são: P5,P13,P14,P15,P17,P22; os restantes correspondem aos itens pontuados com o valor 5 para o concordo totalmente. Tendo defenido no início 31 indicadores, na linha do que referimos anteriormente, o tratamento estatístico apresentado, no capítulo da análise fatorial , determinou a eliminação de 3 indicadores, ficando a mesma constituída por 28 itens.

#### 4.4 - Procedimentos

A elaboração de um estudo de investigação implica que sejam garantidos os princípios éticos que possam salvaguardar e garantir a dignidade e direitos da pessoa que participa na investigação. Fortin (2009) defende que no processo de investigação devem estar definidos os aspetos éticos implícitos a todas as suas etapas, de modo a evidenciar uma conduta ética rigorosa e garantir assim o anonimato, a confidencialidade, a dignidade e a liberdade dos participantes.

Procurando respeitar estes pressupostos, para a realização deste estudo, foram tidos em linha de conta os seguintes procedimentos:

- Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE (Anexo III)
- Autorização para a aplicação de questionários aos Ex<sup>os</sup> Diretores dos respetivos Serviços (Anexo IV)
- O pedido de parecer à Comissão de Ética da ESSV (Anexo V)

Cada questionário foi acompanhado por uma nota explicativa, que esclarece a natureza e finalidade do estudo, salientando o carácter voluntário da participação, a salvaguarda do anonimato bem como a confidencialidade, sendo assegurado o consentimento informado (Anexo VI).

Após pareceres favoráveis, e apresentação do projeto de investigação aos Diretores de Serviço e Enfermeiras Chefes, a distribuição dos questionários pelos Serviços realizou-se

durante os meses de fevereiro e março de 2013, ficando à responsabilidade de cada Enfermeira Chefe a sua distribuição e recolha junto das suas equipas de enfermagem. O envelope que continha cada questionário era fechado, logo após o seu preenchimento e, em simultâneo, era separado o consentimento informado assinado, que, posteriormente, era colocado em envelope próprio para o efeito. Para agilizar a gestão da entrega e devolução dos questionários, foi elaborada uma listagem dos profissionais, por cada Serviço.

#### 4.5 - Análise de dados

Com a aplicação do questionário, foram obtidos um conjunto de dados, aos quais se aplicou uma análise e testes estatísticos adequados. Assim, e com recurso ao tratamento estatístico, foi possível comparar os dados obtidos nas diferentes categorias e analisar as relações entre as variáveis.

Quanto ao tratamento da informação, foi utilizado, como suporte informático, o programa SPSS® (Statistical Package for Social Science) Version 21.0 for Windows, software de manipulação, análise de dados de utilização, predominante nas ciências sociais e humanas, segundo Marôco (2011), com recurso à análise descritiva, fatorial e inferencial.

Na análise descritiva, utilizámos frequências absolutas e percentuais e nível de concordância da amostra.

Para investigar o relacionamento entre as variáveis que compõem um vetor aleatório de dimensão, pode ser útil transformar o conjunto de variáveis originais num novo conjunto de variáveis não-correlacionadas, chamadas componentes principais, tendo propriedades especiais em termos de variâncias. Os principais objetivos da técnica são de reduzir o número de variáveis sem perder a informação contida inicialmente e analisar quais as variáveis, ou quais os conjuntos de variáveis que explicam a maior parte da variabilidade total, revelando o relacionamento existente entre eles. A análise fatorial é a técnica estatística selecionada neste estudo. Como técnica da extração, é projetada para maximizar fontes independentes de variância na matriz de correlação, com recurso aos testes Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de esfericidade de Bartlett para verificar se as variáveis estão significativamente correlacionadas entre elas (Marôco, 2011). Ambos os testes KMO e Bartlett indicam a adequação dos dados para a realização da análise fatorial.

O teste **Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)** é uma estatística que indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis, ou seja, pode ser atribuída a um fator comum, estatística representada por uma Medida de Adequação da Amostra (MSA, do inglês *Measure Sampling Adequacy*), traduzida num índice que varia entre 0 e 1, então: quanto mais próximo de 1 (unidade), mais adequada é a amostra à aplicação da análise fatorial.

Os valores do KMO podem traduzir-se da seguinte forma:

1-0,9 Muito Boa

0,8-0,9 Boa

0,7-0,8 Média

0,6-0,7 Razoável

0,5-0,6 Má

<0,5 Inaceitável

**Crítérios para determinação do número de fatores** - A escolha do número de fatores é uma das tarefas mais importantes de uma análise fatorial. Segundo Hair Junior (2005) se, por um lado, o pesquisador opta por um número muito reduzido, não é possível identificar estruturas importantes existentes nos dados; por outro lado, se o número é excessivo, ele pode vir a ter problemas de interpretabilidade dos fatores.

Existem, na literatura, vários critérios que auxiliam na determinação do número de fatores que, invariavelmente, quando empregados no mesmo conjunto de dados, conduzem a resultados diferentes.

Como regra geral, e no seguimento do mesmo autor, o pesquisador deve procurar um compromisso entre o número de fatores (que, a princípio, deve ser o menor possível) e a sua interpretabilidade. A técnica da extração é projetada para maximizar fontes independentes de variância na matriz de correlação.

**Rotações dos fatores** - Os objetivos da extração dos fatores diferem daqueles associados à rotação. Quando os fatores obtidos não fornecem informação necessária para uma interpretação adequada das variáveis em análise, recorre-se à transformação desses fatores através da rotação de fatores. O objetivo da rotação consiste em delinear os fatores, ou seja,

os fatores são rodados até que correspondam a dimensões separadas, constructo investigado. Então, a rotação é desejável, uma vez que simplifica a estrutura fatorial, tornando mais fácil a interpretação das novas variáveis aleatórias (fatores), conseguindo-se soluções mais simples e teoricamente mais significativas. O desenvolvimento dos computadores digitais propiciou o aparecimento de uma série de programas que realizam rotação de eixos, tanto ortogonais quanto oblíquas. Neste trabalho, foi empregada a rotação Varimax, que procura minimizar o número de variáveis fortemente relacionadas com cada fator.

**O teste de esfericidade de Bartlett** testa a hipótese da matriz das correlações e a sua identidade (isto é, as variáveis serem não correlacionadas). A estatística para o teste de esfericidade de Bartlett tem distribuição de Qui-Quadrado. Dessa forma, procura-se para um nível de significância assumido em 5% rejeitar a hipótese nula de matriz de correlação identidade.

A regressão linear simples é um modelo estatístico que permite prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente) a partir de uma variável relevante (variável independente) com informação sobre a margem de erro das previsões (Pestana & Gageiro, 2005). Uma das medidas mais usadas para a verificação da consistência interna de um grupo de variáveis é o **Alpha de Cronbach** que nos permite avaliar como diversos itens pertencentes a uma escala se correlacionam com os restantes. Segundo Pestana e Gageiro (2005) para a classificação do Alpha de *Cronbach* a consistência interna é considerada como:

- Muito boa (Alpha superior a 0,9)
- Boa (Alpha entre 0,8 e 0,9)
- Razoável (Alpha entre 0,7 e 0,8)
- Fraca (Alpha entre 0,6 e 0,7)
- Inadmissível (Alpha inferior a 0,6)

Assim, a escala, foi posteriormente testada ao nível da consistência interna através do alfa de *cronbach*, tendo sido aplicado quer à escala no global, quer às dimensões obtidas após análise fatorial.

No que diz respeito à **análise inferencial**, a escolha dos testes teve por base o tipo de variável, assim como o pressuposto de normalidade requerido pelos testes paramétricos, com o objetivo de representar as diferenças entre as hipóteses propostas e os dados e resultados obtidos.

## 5 - Apresentação de Resultados

Neste capítulo, iremos apresentar a análise dos dados obtidos, recorrendo à estatística descritiva, fatorial e inferencial.

### 5.1 - Análise Descritiva

A estatística descritiva é a primeira a ser utilizada e permite a análise exploratória dos dados, na qual se destacam os mais relevantes e congruentes com os objetivos e questões do questionário.

Terminada a caracterização da amostra, passamos à análise das respostas obtidas ao nosso questionário começando pelas questões nº 7 e 8:

- a) *“Na sua prática já vivenciou alguma situação em que se tenha dito ao doente que está internado, que tem direito a decidir sobre a morte, podendo realizar o Testamento Vital ou Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)”*;
- b) *“Na sua prática profissional já teve alguma experiência em que foi dada a possibilidade ao doente de decidir com recurso às DAV”*.

Podemos verificar, na tabela 2, que apenas 3,6% dos entrevistados afirmou ter vivenciado alguma situação em que se tenha dito ao doente internado que tem direito a decidir sobre a morte, podendo realizar o Testamento Vital ou DAV, enquanto 5,0% afirmou ter tido alguma experiência em que foi dada a possibilidade ao doente de decidir com recurso às DAV.

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo a Experiência na informação sobre TV/DAV e Vivência de decisão com recurso às DAV

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Experiência na informação sobre TV/DAV	5	3,6	134	96,4	139	100,0
Vivência de decisão com recurso às DAV	7	5,0	132	95,0	139	100,0

Pela análise da Tabela 3, podemos verificar o nível de concordância da amostra acerca das diretivas antecipadas do doente. Apesar de terem sido retirados os itens P18,P19 e P22,

conforme procedimento estatístico descrito em capítulo específico, optámos por mantê-los nesta tabela, apenas como um dos aspetos observáveis evidenciados na recolha de dados e realizar a sua análise descritiva.

Iremos, numa primeira abordagem, analisar os itens onde as respostas se apresentam **concordantes ou totalmente concordantes**.

A maioria dos enfermeiros concorda que as DAV são um instrumento útil, na hora da tomada de decisão sobre o doente em fim de vida (46,8%) e que o Procurador de cuidados de saúde, nomeado pelo doente, facilita a tomada de decisão para os profissionais (43,2%).

Cerca de 90% dos enfermeiros concordam ou concordam totalmente (62,6% e 27,3% respetivamente) que as DAV consistem na vontade anteriormente manifestada por uma pessoa capaz, no que respeita aos cuidados de saúde que deseja ou não receber, no caso de se encontrar incapaz de expressar. Verificamos, contudo, que 45,3% dos enfermeiros concordam e 9,4% concordam totalmente que as DAV falham a nível prático, uma vez que os valores pessoais de um doente podem mudar após a declaração.

Quanto à disponibilidade manifestada pelos enfermeiros para refletir com o doente sobre a elaboração do documento de DAV, caso este o solicite, verificamos que 54,7% concordam e 18,0% concordam totalmente.

A grande maioria dos enfermeiros (91,4%) entendem que, atualmente, o médico e o enfermeiro devem ter em atenção que o doente, enquanto indivíduo competente, pode ter feito escolhas sob a forma de Diretivas Antecipadas de Vontade. Cerca de 80,5% dos enfermeiros concordam ou concordam totalmente que as DAV refletem os valores e as preferências do doente, na tomada de decisão terapêutica em fim de vida, e 66,1% entendem que é importante que os doentes façam o seu Testamento Vital ou Diretivas Antecipadas de Vontade.

Quanto ao facto de no documento de DAV poder constar a vontade clara e inequívoca do doente de não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais (questão nº 11), 55,4% dos enfermeiros concordam e 28,8% concordam totalmente. Relativamente ao facto de poder constar a disposição que expressa a vontade clara e inequívoca do doente não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado ao seu quadro clínico (questão nº 16), 56,1% dos enfermeiros concordam e 23,7% concordam totalmente. A maioria dos

enfermeiros (85,6%) referiu que, nas situações em que tiverem conhecimento, vão respeitar a Vontade Antecipada do Doente (questão nº 12).

Apesar da maior percentagem dos enfermeiros (42,4%) apresentar valores de concordância, quanto ao facto do cumprimento das DAV influenciar a prática de enfermagem na decisão de não fazer, de não prestar o cuidado ou intervenção de enfermagem ao doente em fase terminal (questão nº 18), 26,6% , contudo, não concordam nem discordam e 31,0% assinalam a sua discordância.

A maioria dos enfermeiros (64,0%) refere a sua concordância, relativamente ao facto de poder ser explícita no documento de DAV a recusa do doente a tratamentos como: suporte básico de vida, alimentação e hidratação que apenas visem retardar o processo natural de morte

A maioria dos enfermeiros apresenta a sua concordância quanto ao facto das DAV permitirem aos profissionais de saúde aumentar o conhecimento em relação aos desejos dos doentes (85%); que é bom que os seus familiares façam as suas Diretivas Antecipadas de Vontade (56,1%); que pode ser um direito manifestado pelo doente no seu documento de DAV receber cuidados paliativos adequados, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada (80,6%); que as DAV podem evitar a prática de uma «medicina defensiva», que visa prolongar a vida até ao limite (84,9%); que as DAV são um instrumento útil para os familiares dos doentes em fim de vida (68,9%).

No que se refere ao facto de que é assegurado aos profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde ao doente o direito à objeção de consciência, quando solicitado para o cumprimento das DAV ,52,5% dos enfermeiros apresentam concordância ; de referir, no entanto, que existem 41,7% que nem concordam nem discordam desta afirmação.

Relativamente aos itens em que as maiores percentagens da amostra aparecem referenciadas em **nem concorda nem discorda** as análises são apresentados de seguida.

Sobre a afirmação (P13) de que as DAV carecem de autoridade moral, uma vez que, se o paciente perdeu competência para compreender a situação em que se encontra, a sua vontade anterior não pode ser atendida, verificamos que 36,7% não concorda nem discorda, porém, a maioria dos enfermeiros apresenta as suas percentagens, na área de discordância, com 42,5% (discordo e discordo totalmente).

Perante a afirmação de que a disposição de não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental não é uma vontade que possa ser expressa no documento de DAV, 38,1% dos enfermeiros respondeu de forma neutra (não concorda nem discordo), contudo, 46,1% apresenta discordância, ou seja, entendem que é uma vontade que pode ser expressa.

Sobre a questão nº 19 de saber se a legislação existente em Portugal sobre a implementação de DAV responde às necessidades dos profissionais, a maioria (54,0%) respondeu não concorda nem discorda, tendo 38,9% assinalado na área de discordância.

Sobre a questão nº 22 de saber se em Portugal foi criado o Registo Nacional de Testamento Vital (RENTEV), a maioria dos enfermeiros respondeu de forma neutra (62,6%), depreendendo-se, pelos dados, que desconhecem se este já foi ou não criado pelo ministério da tutela.

No que respeita à afirmação de que as DAV possibilitam que os médicos não possam ser acusados de negligência, 34,5% respondem de forma neutra e 39,6% manifestam a sua concordância (concorda ou concorda totalmente).

Ao serem questionados sobre a hipótese de fazerem as suas diretivas antecipadas de vontade no prazo de 2 anos com nomeação de Procurador de cuidados de saúde, 55,4% respondem não concordo nem discordo.

Quando colocados perante a questão de que as DAV falham a nível prático, uma vez que a tecnologia biomédica pode evoluir e a descrição das situações clínicas podem levar a imprecisões dos reais desejos da pessoa, 42,4% respondem de forma neutra, contudo, 42,5 % respondem de forma concordante.

Questionados sobre a hipótese de pessoalmente fazerem as suas diretivas antecipadas de vontade, no prazo de 2 anos mas sem nomeação de Procurador de cuidados de saúde, 56,1% mantêm-se neutros e 30,2% discordam dessa hipótese.

Quanto à análise dos itens onde as percentagens mais elevadas aparecem no **discordo**, verificamos que a maior parte dos enfermeiros (50,4%) reconhece que os conhecimentos que têm sobre as DAV não são adequados (discordo ou discordo totalmente).

Pela questão nº 10, verificamos que 45,3% dos enfermeiros não abordariam este tema da DAV com um doente sem que este ou os seus familiares o solicitassem, ainda que 37,4% manifestem dúvidas sobre se o fariam.

Pelas questões nº 14 e 15, verificamos que os enfermeiros discordam que o cumprimento das Diretivas Antecipadas de Vontade diga respeito apenas ao médico (74,1%) com 21,6% a manterem-se neutros, e discordam que as DAV constituem uma forma legal de eutanásia (56,1%), aparecendo 37,8% com valores no não concordo nem discordo.

Tabela 3 - Nível de concordância da amostra acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade dos doentes

QUESTÕES	Discordo Totalmente		Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo		Concordo Totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 - O meu conhecimento sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) é adequado à minha prática profissional.	10	7,2	60	43,2	26	18,7	36	25,9	7	5,0
2 - DAV é um instrumento útil para os enfermeiros na hora da tomada de decisão sobre o doente em fim de vida.	2	1,4	15	10,8	32	23,0	65	46,8	25	18,0
3 - O Procurador de cuidados de saúde nomeado pelo doente facilita a tomada de decisão para os profissionais.	1	0,7	9	6,5	59	42,4	60	43,2	10	7,2%
4 - As DAV consistem na vontade anteriormente manifestada por uma pessoa capaz, no que respeita aos cuidados de saúde que deseja ou não receber, no caso de se encontrar incapaz de expressar.	0	0,0	1	0,7	13	9,4	87	62,6	38	27,3
5 - As DAV falham a nível prático, uma vez que os valores pessoais de um doente podem mudar após a declaração.	2	1,4	15	10,8	46	33,1	63	45,3	13	9,4
6 - Estou disponível para refletir com o doente sobre a elaboração do documento de DAV se este me solicitar.	1	0,7	10	7,2	27	19,4	76	54,7	25	18,0
7 - Atualmente o médico e o enfermeiro devem ter em atenção que o doente, enquanto indivíduo competente, pode ter feito escolhas sob a forma de Diretivas Antecipadas de Vontade.	0	0,0	0	0,0	12	8,6	88	63,3	39	28,1
8 - As DAV refletem os valores e as preferências do doente na tomada de decisão terapêutica em fim de vida.	0	0,0	3	2,2	24	17,3	84	60,4	28	20,1
9 - É importante que os doentes façam o seu Testamento Vital ou Diretivas Antecipadas de Vontade	0	0,0	3	2,2	44	31,7	64	46,0	28	20,1
10 - Sou capaz de abordar este tema com um doente sem que este ou os seus familiares me solicitem.	10	7,2	53	38,1	52	37,4	21	15,1	3	2,2
11 - No documento de DAV pode constar a vontade clara e inequívoca do doente, de não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais.	1	0,7	2	1,4	19	13,7	77	55,4	40	28,8
12 - Nas situações em que tiver conhecimento vou respeitar a Vontade Antecipada do Doente.	0	0,0	0	0,0	20	14,4	62	44,6	57	41,0
13 - As DAV carecem de autoridade moral, uma vez que, se o paciente perdeu competência para compreender a situação em que se encontra, a sua vontade anterior não pode ser atendida.	14	10,1	45	32,4	51	36,7	24	17,3	5	3,6
14 - O cumprimento das Diretivas Antecipadas de Vontade diz respeito apenas ao médico.	42	30,2	61	43,9	30	21,6	4	2,9	2	1,4
15 - As DAV constituem uma forma legal de eutanásia.	25	18,0	53	38,1	47	33,8	10	7,2	4	2,9
16 - No documento de DAV pode constar a disposição que expressa a vontade clara e inequívoca do doente de não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico.	2	1,4	2	1,4	24	17,3	78	56,1	33	23,7
17 - A disposição de não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental não é uma vontade que possa ser expressa no documento de DAV.	15	10,8	49	35,3	53	38,1	18	12,9	4	2,9
18- O cumprimento das DAV influencia a prática de enfermagem na decisão de não fazer, de não prestar o cuidado, ou intervenção de enfermagem ao doente em fase terminal.	13	9,4	30	21,6	37	26,6	52	37,4	7	5,0
19- A legislação existente em Portugal sobre a implementação de DAV responde às necessidades dos profissionais.	13	9,4	41	29,5	75	54,0	9	6,5	1	0,7
20 - A recusa do doente a tratamentos como: suporte básico de vida, alimentação e hidratação que apenas visem retardar o processo natural de morte, pode ser explícita no documento de DAV.	2	1,4	9	6,5	39	28,1	69	49,6	20	14,4
21 - As DAV permitem aos profissionais de saúde aumentar o conhecimento relativamente aos desejos dos doentes.	0	0,0	2	1,4	19	13,7	91	65,5	27	19,4

22 - No nosso país o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) já foi criado pelo Ministério que tutela a saúde	6	4,3	5	3,6	87	62,6	30	21,6	11	7,9
23- É bom que os meus familiares façam as suas Diretivas Antecipadas de Vontade.	0	0,0	3	2,2	58	41,7	60	43,2	18	12,9
24 - Pode ser um direito manifestado pelo doente no seu documento de DAV receber cuidados paliativos adequados, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada.	0	0,0	5	3,6	22	15,8	71	51,1	41	29,5
25 - As DAV podem evitar a prática de uma «medicina defensiva», que visa prolongar a vida até ao limite.	2	1,4	1	0,7	18	12,9	82	59,0	36	25,9
26 - DAV é um instrumento útil para os familiares dos doentes em fim de vida.	0	0,0	2	1,4	44	31,7	67	48,2	26	18,7
27 - As DAV possibilitam que os médicos não possam ser acusados de negligência.	6	4,3	30	21,6	48	34,5	40	28,8	15	10,8
28- Considero a hipótese de fazer as minhas diretivas antecipadas de vontade no prazo de 2 anos com nomeação de Procurador de cuidados de saúde.	7	5,0	26	18,7	77	55,4	19	13,7	10	7,2
29 - As DAV falham a nível prático, uma vez que a tecnologia biomédica pode evoluir e a descrição das situações clínicas podem levar a imprecisões dos reais desejos da pessoa.	4	2,9	17	12,2	59	42,4	56	40,3	3	2,2
30 - É assegurado aos profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde ao doente, o direito à objeção de consciência quando solicitado para o cumprimento das DAV.	2	1,4	6	4,3	58	41,7	59	42,4	14	10,1
31 - Considero a hipótese de fazer as minhas diretivas antecipadas de vontade no prazo de 2 anos mas sem nomeação de Procurador de cuidados de saúde.	12	8,6	30	21,6	78	56,1	15	10,8	4	2,9

## 5.2 - Análise Fatorial

Após a análise descritiva dos participantes da amostra seguimos para a verificação da veracidade ou nulidade das questões anteriormente apresentadas, neste trabalho, através da descrição fatorial e inferencial dos dados obtidos.

Tendo como referência Hair Junior (2005), foi necessário reduzir a dimensão da análise para que a situação se torne compreensível, isto é, tornou-se necessário usar uma técnica de redução de dados. A **análise fatorial** é uma técnica estatística capaz de descrever um número de variáveis iniciais, a partir de um menor número de variáveis hipotéticas (os fatores), permitindo identificar novas variáveis (os fatores), em menor número que o conjunto inicial, mas sem perda significativa da informação contida neste conjunto.

De forma a tentar compreender se os dados são apropriados para aplicar a técnica estatística, podemos verificar, pela análise da estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (0,766) e do teste de esfericidade de Bartlett ( $p < 0,001$ ), que nos indicam o nível de confiança que se pode esperar dos dados quando do seu tratamento, que não existem entraves ao uso da análise fatorial. Contudo, pela análise do valor MSA, critério utilizado para a validação da análise fatorial (Tabela 4), obtida pela Correlação anti-imagem, respeita-se a recomendação da remoção dos itens 19 e 22 da escala ( $MSA < 0,5$ ). Após a remoção dos itens 19 e 22, assistimos a um aumento do KMO para 0,802, não se observando um MSA para cada variável inferior a 0,5.

Tabela 4 - Teste de esfericidade de Bartlett e análise estatística de KMO e MSA através da correlação Anti-Imagem

	31 Itens	Remoção Item 19 e Item 22
KMO	0,766	0,802
Teste de Esfericidade de Bartlett (sig)	0,000	0,000
<b>MSA</b>		
P1	0,682	0,770
P2	0,855	0,856
P3	0,754	0,794
P4	0,845	0,849
P5	0,544	0,533
P6	0,854	0,849
P7	0,875	0,877
P8	0,886	0,887
P9	0,735	0,787
P10	0,728	0,756
P11	0,826	0,818
P12	0,903	0,909
P13	0,695	0,725
P14	0,741	0,746
P15	0,571	0,687
P16	0,865	0,862
P17	0,569	0,608
P18	0,500	0,566
P19	<b>0,304</b>	
P20	0,664	0,796
P21	0,807	0,858
P22	<b>0,439</b>	
P23	0,794	0,823
P24	0,833	0,835
P25	0,822	0,828
P26	0,880	0,902
P27	0,667	0,666
P28	0,610	0,611
P29	0,636	0,632
P30	0,804	0,819
P31	0,590	0,636

Verificamos que para esta solução (Tabela 5), aplicando o método Kaiser (Eigenvalue>1), existem 9 fatores capazes de explicar 64,11% da variância total. Contudo, e tendo por base a análise do scree plot, como um dos critérios para escolher o número de fatores, em que basta observar-se no gráfico o ponto onde os valores obtidos começam a estabilizar, e identificar a presença do cotovelo como referência para o número de fatores (Marôco, 2011), podemos constatar a existência de 3 fatores, antes do início do cotovelo.

Tabela 5 - Análise da variância total pelo Método de Kaiser

Itens	Eigenvalues			Extração da Soma do Quadrado das Cargas			Rotação da Soma do Quadrado das Cargas		
	Total	% de	%	Total	% de	%	Total	% de	%
		variância	acumulada		variância	acumulada		variância	acumulada
1	6,589	22,720	22,720	6,589	22,720	22,720	3,431	11,832	11,832
2	2,579	8,894	31,614	2,579	8,894	31,614	2,775	9,568	21,400
3	1,917	6,609	38,222	1,917	6,609	38,222	2,182	7,523	28,923
4	1,554	5,359	43,582	1,554	5,359	43,582	2,037	7,024	35,947
5	1,501	5,175	48,757	1,501	5,175	48,757	1,847	6,368	42,315
6	1,235	4,260	53,017	1,235	4,260	53,017	1,659	5,720	48,035
7	1,111	3,832	56,849	1,111	3,832	56,849	1,594	5,498	53,533
8	1,075	3,705	60,554	1,075	3,705	60,554	1,547	5,333	58,866
9	1,030	3,553	64,107	1,030	3,553	64,107	1,520	5,241	64,107
10	,974	3,358	67,465						
11	,842	2,904	70,368						
12	,792	2,732	73,100						
13	,755	2,603	75,703						
14	,707	2,437	78,140						

Método de Extração: Análise de Componentes Principais

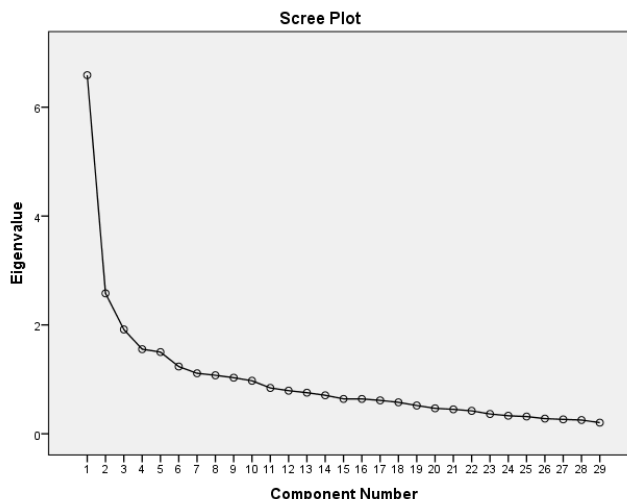


Figura 1 - Análise do scree plot para o número de fatores do questionário

Por ventura, se forçarmos a análise para três fatores, apenas vamos obter uma % de variância total explicada a rondar os 38,22% (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise da variância total pelo Método de Kaiser, após forçar a análise para três fatores

Itens	Eigenvalues			Extração da Soma do Quadrado das Cargas			Rotação da Soma do Quadrado das Cargas		
	Total	% de	%	Total	% de	%	Total	% de	%
		variância	acumulada		variância	acumulada		variância	acumulada
1	6,589	22,720	22,720	6,589	22,720	22,720	5,582	19,249	19,249
2	2,579	8,894	31,614	2,579	8,894	31,614	3,133	10,803	30,053
3	1,917	6,609	38,222	1,917	6,609	38,222	2,369	8,170	38,222
4	1,554	5,359	43,582						
5	1,501	5,175	48,757						
6	1,235	4,260	53,017						
7	1,111	3,832	56,849						
8	1,075	3,705	60,554						
9	1,030	3,553	64,107						
10	,974	3,358	67,465						

Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

Pela análise da Tabela 7, relativa à rotação dos componentes através do método Varimax, podemos verificar que o item 18 apresenta uma carga fatorial inferior a 0,3 em todos os fatores, pelo que iremos optar pela sua remoção da análise fatorial.

Tabela 7 - Rotação dos componentes através do método Varimax

Matriz de Rotação das Componentes <sup>a</sup>			
	Componente		
	1	2	3
P16	,697	,118	-,052
P8	,684	,163	,049
P21	,654	,149	,251
P24	,642	,080	,050
P4	,632	,115	,070
P25	,632	,155	,042
P7	,627	,126	-,003
P26	,574	,376	,191
P11	,571	,172	,153
P12	,524	,227	,171
P14	,481	-,029	,322
P20	,459	,009	-,239
P17	,432	-,321	,150
P30	,396	-,018	-,276
P6	,341	,327	,010
P3	,119	,656	,144
P28	-,027	,637	-,101
P23	,400	,556	,057
P2	,322	,542	,253
P9	,462	,523	-,040
P1	,074	,511	-,151
P27	,114	,466	,008
P31	-,335	,437	-,400
P10	,230	,350	-,292
P18	,017	,216	,146
P5	-,112	,126	,713
P29	-,021	-,002	-,697
P13	,158	-,083	,588
P15	,225	,024	,463

Método de Extração: Análise de Componentes Principais

Método de Rotação: Varimax com Normalização Kaiser

a. Rotação convergiu em 5 iterações

Nesta ordem de ideias, após a remoção dos fatores 18, 19 e 22, registamos um ligeiro aumento do KMO para 0,805 e o teste de esfericidade de Bartlett mantém-se inferior a 0,001, o que nos possibilita continuar a análise.

Pela análise da tabela 8, observa-se que o MSA para cada variável é superior a 0,5, não implicando nova remoção de itens.

Tabela 8 - Teste de esfericidade de Bartlett e análise estatística de KMO e MSA através da correlação Anti-Imagem

	AF com remoção dos Itens 18, 19 e 22
KMO	0,805
Teste de Esfericidade de Bartlett (sig)	0,000
<b>MSA</b>	
P1	0,769
P2	0,855
P3	0,774
P4	0,853
P5	0,525
P6	0,849
P7	0,876
P8	0,885
P9	0,784
P10	0,755
P11	0,817
P12	0,904
P13	0,722
P14	0,759
P15	0,690
P16	0,862
P17	0,605
P20	0,809
P21	0,860
P23	0,824
P24	0,834
P25	0,824
P26	0,902
P27	0,670
P28	0,613
P29	0,627
P30	0,816
P31	0,654

Apesar de se observar a presença de 9 fatores, tendo por base o critério Kaiser, pelo critério do scree plot, optaremos pela redução para 3 fatores (Figura 2), seguindo, assim, a técnica advogada por Marôco (2011, p. 482).

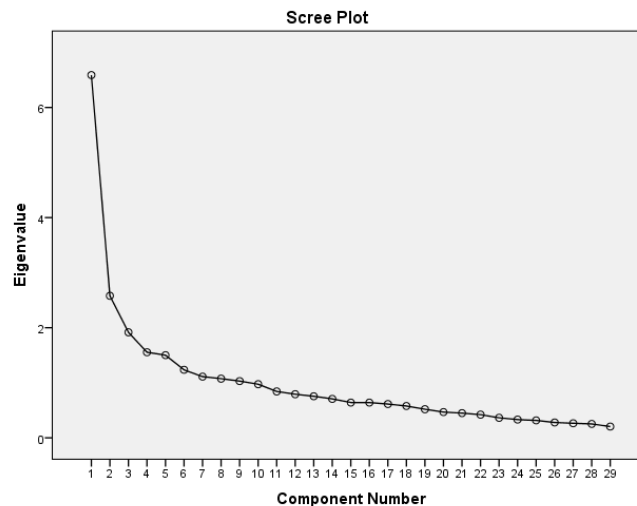


Figura 2 - Análise do scree plot para o número de fatores do questionário

Após a redução para 3 fatores, observa-se uma % da variância total explicada a rondar os 39,47%.

Tabela 9 - Análise da variância total pelo Método de Kaiser após redução para três fatores

Itens	Eigenvalues			Extração da Soma do Quadrado das Cargas			Rotação da Soma do Quadrado das Cargas		
	Total	% de variância	% acumulada	Total	% de variância	% acumulada	Total	% de variância	% acumulada
1	6,573	23,476	23,476	6,573	23,476	23,476	5,457	19,489	19,489
2	2,578	9,206	32,682	2,578	9,206	32,682	3,223	11,512	31,002
3	1,900	6,787	39,469	1,900	6,787	39,469	2,371	8,467	39,469
4	1,517	5,418	44,887						
5	1,285	4,591	49,478						
6	1,134	4,050	53,528						
7	1,091	3,896	57,424						
8	1,047	3,740	61,164						
9	1,030	3,679	64,843						
10	,967	3,455	68,298						

Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

Após a rotação dos loadings, através do método de rotação Varimax, observa-se a distribuição dos fatores da seguinte forma, tendo em conta as cargas fatoriais mais significativas em cada um:

Fator 1 – P4, P7, P8, P11, P12, P14, P16, P17, P20, P21, P24, P25, P26, P30

Fator 2 – P1, P2, P3, P6, P9, P10, P23, P27, P28

Fator 3 – P5, P13, P15, P29, P31

Tabela 10 - Rotação dos componentes através do método Varimax

<b>Matriz de Rotação das Componentes<sup>a</sup></b>			
	Componente		
	1	2	3
P04	<b>,608</b>	,168	,107
P07	<b>,625</b>	,143	-,003
P08	<b>,685</b>	,174	,043
P11	<b>,564</b>	,191	,159
P12	<b>,529</b>	,219	,154
P14	<b>,479</b>	-,018	,325
P16	<b>,689</b>	,149	-,041
P17	<b>,449</b>	-,321	,134
P20	<b>,473</b>	,006	-,259
P21	<b>,659</b>	,148	,238
P24	<b>,644</b>	,093	,047
P25	<b>,639</b>	,154	,025
P26	<b>,560</b>	,393	,200
P30	<b>,393</b>	,006	-,267
P01	,062	<b>,509</b>	-,151
P02	,308	<b>,540</b>	,253
P03	,110	<b>,634</b>	,132
P06	,322	<b>,352</b>	,030
P09	,428	<b>,565</b>	-,003
P10	,214	<b>,372</b>	-,277
P23	,361	<b>,601</b>	,099
P27	,096	<b>,472</b>	,019
P28	-,057	<b>,653</b>	-,076
P05	-,111	,099	<b>,701</b>
P13	,148	-,070	<b>,604</b>
P15	,208	,049	<b>,488</b>
P29	-,022	,014	<b>-,690</b>
P31	-,333	,405	<b>-,422</b>

Método de Extração: Análise de Componentes Principais

Método de Rotação: Varimax com Normalização Kaiser

a. Rotação convergiu em 5 iterações

Ao interpretar-se cada fator, em questões de estudo, os mesmos foram classificados em dimensões que se apresentam de acordo com o seguinte quadro.

Quadro 1- Dimensões em estudo e o nº de itens correspondentes à escala de Likert

Dimensões	Itens
1. Informação dos enfermeiros sobre as DAV	4,7,8,11,12,14,16,17,20,21,24,25,26,30
2. Tomada de Decisão	1,2,3,6,9,10,23,28
3. Críticas às DAV	5,13,15,29,31

Analisando a consistência interna da escala e suas dimensões, após a redução através da análise fatorial, podemos observar que o alfa de Cronbach para a escala revela uma consistência interna aceitável (0,765), sem grande variância com eliminação de algum item da mesma (0,743-0,784).

Tabela 11 - Consistência interna da escala total

	Média da Escala se Item eliminado	Variância da Escala se Item Eliminado	Alfa de Cronbach se Item eliminado
P1	94,63	65,439	,755
P2	93,72	65,305	,750
P3	93,91	66,848	,752
P4	93,24	68,099	,754
P5	93,91	70,187	,768
P6	93,59	66,925	,754
P7	93,22	68,113	,754
P8	93,42	66,710	,750
P9	93,57	64,740	,743
P10	94,74	65,947	,752
P11	93,31	67,186	,753
P12	93,14	67,544	,754
P13	94,69	70,389	,772
P14	95,40	74,458	,784
P15	95,02	72,413	,779
P16	93,42	65,955	,749
P17	94,79	72,398	,779
P20	93,72	67,537	,757

P21	93,38	67,919	,754
P23	93,74	65,773	,747
P24	93,35	66,909	,753
P25	93,34	66,356	,749
P26	93,57	65,769	,747
P27	94,21	66,326	,758
P28	94,42	66,709	,755
P29	94,14	70,211	,767
P30	93,86	68,515	,760
P31	94,63	70,060	,768
Alfa de Cronbach total			0,765

### Dimensão 1 – Informação dos enfermeiros sobre as DAV

Analisando a consistência interna da dimensão 1, podemos observar que o alfa de Cronbach para esta revela uma consistência interna aceitável (0,720), com alguma variância, se eliminados itens 14 (0,788) e 17 (0,784), e que apesar de melhorar o nível de consistência, não foram eliminados por reconhecermos a sua importância para o estudo.

Tabela 12 - Consistência interna da Dimensão 1

	Média da Escala se Item eliminado	Variância da Escala se Item Eliminado	Alfa de Cronbach se Item eliminado
P4	48,42	20,666	,690
P7	48,40	20,777	,690
P8	48,60	19,922	,680
P11	48,49	19,686	,680
P12	48,32	20,293	,689
P14	50,58	26,072	,788
P16	48,60	19,431	,678
P17	49,97	25,260	,784
P20	48,90	20,497	,705
P21	48,56	20,161	,681
P24	48,53	19,729	,684
P25	48,52	19,411	,674
P26	48,75	19,552	,677
P30	49,04	21,252	,714
Alfa de Cronbach total			0,720

## Dimensão 2 – Tomada de Decisão

Analisando a consistência interna da dimensão 2, podemos observar que o alfa de Cronbach para esta revela uma consistência interna aceitável (0,737), sem grande variância, se eliminados itens (0,693-0,733).

Tabela 13 - Consistência interna da Dimensão 2

	Média da Escala se Item eliminado	Variância da Escala se Item Eliminado	Alfa de Cronbach se Item eliminado
P1	27,38	16,296	,725
P2	26,47	16,295	,707
P3	26,67	17,035	,705
P6	26,35	17,300	,720
P9	26,32	16,641	,695
P10	27,50	17,208	,725
P23	26,50	16,687	,693
P27	26,96	16,803	,733
P28	27,17	16,955	,719
Alfa de Cronbach total			0,737

## Dimensão 3 – Críticas às DAV

Ao analisar-se a consistência interna da dimensão 3, podemos observar que o alfa de Cronbach para esta revela uma consistência interna questionável (0,627), observando-se uma redução do alfa, se removido algum item (0,572-0,612). Como investigador e dada a pertinência atribuída num tema tão recente, consideramos adequada a continuidade da sua análise, pelo que prosseguimos com a sua inclusão.

Tabela 14 - Consistência interna da Dimensão 3

	Média da Escala se Item eliminado	Variância da Escala se Item Eliminado	Alfa de Cronbach se Item eliminado
P5	11,15	5,767	,572
P13	11,94	5,075	,528
P15	12,27	5,675	,601
P29	11,39	5,718	,546
P31	11,88	6,094	,612
Alfa de Cronbach total			0,627

### 5.3 - Análise Inferencial

Para realização da análise inferencial, optámos pela criação de scores através do método de regressão (ou método de Thomson) utilizado na análise fatorial.

Procederemos à verificação das várias hipóteses formuladas, e à análise exploratória dos dados, através da estatística inferencial, com vista à generalização das conclusões da população de onde foi selecionada a amostra, tendo por base os pressupostos dos testes estatísticos recomendados, nomeadamente o pressuposto de normalidade na distribuição para os testes paramétricos.

O teste de Kolmogorov-Smirnov será utilizado em amostras com N superior a 50, e o teste de Shapiro-Wilk para amostras com N inferior a 50.

Pela análise dos níveis de significância, podemos verificar que apenas nas variáveis estado civil, formação académica e profissional e na questão “Na sua prática profissional já teve alguma experiência em que foi dada a possibilidade ao doente de decidir com recurso às DAV”, observa-se um nível significância superior a 0,05, que nos aponta para a não existência de uma distribuição normal dentro de todas as dimensões. Neste entendimento,, optaremos pelo uso de **testes não paramétricos** que, apesar de menos potentes e capazes de detetar diferenças entre os grupos, são mais seguros para aplicação, atendendo ao N de alguns grupos em análise, e à não existência de distribuição normal em algumas dimensões.

Os testes utilizados serão o Teste U Mann Whitney, para comparar variáveis com 2 grupos face ao score das dimensões, e o Teste de Kruskal Wallis, para comparar variáveis com mais de 2 grupos face ao score das dimensões. Na possibilidade de se observar a existência de diferenças entre os grupos pelo teste de Kruskal Wallis, passaremos para a Pairwise comparisons, para descobrirmos entre que grupos existem essas diferenças.

Tabela 15 - Teste de Normalidade para o grupo Etário

Grupo etário em anos	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Estat.	GL	Sig.	Estat.	GL	Sig.	
Informação dos enfermeiros sobre as DAV	20-30 anos	,067	55	,200 <sup>*</sup>	,985	55	,702
	31-40 anos	,041	48	,200 <sup>*</sup>	,988	48	,895
	41-50 anos	,192	28	,010	,966	28	,479
	51-60 anos	,192	8	,200 <sup>*</sup>	,969	8	,888
Tomada de Decisão	20-30 anos	,133	55	,017	,948	55	,018
	31-40 anos	,097	48	,200 <sup>*</sup>	,980	48	,585
	41-50 anos	,152	28	,097	,937	28	,095
	51-60 anos	,193	8	,200 <sup>*</sup>	,920	8	,429
Críticas às DAV	20-30 anos	,117	55	,059	,974	55	,272
	31-40 anos	,104	48	,200 <sup>*</sup>	,978	48	,490
	41-50 anos	,088	28	,200 <sup>*</sup>	,985	28	,942
	51-60 anos	,215	8	,200 <sup>*</sup>	,935	8	,560

\*. Limite inferior de significância

a. Correção da Significância de Lilliefors

Tabela 16 - Teste de Normalidade para o Sexo

Sexo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Estat.	GL	Sig.	Estat.	GL	Sig.	
Informação dos enfermeiros sobre as DAV	Feminino	,053	109	,200 <sup>*</sup>	,990	109	,599
	Masculino	,115	30	,200 <sup>*</sup>	,967	30	,450
Tomada de Decisão	Feminino	,078	109	,100	,964	109	,005
	Masculino	,115	30	,200 <sup>*</sup>	,977	30	,745
Críticas às DAV	Feminino	,091	109	,028	,986	109	,341
	Masculino	,133	30	,185	,946	30	,133

\*. Limite inferior de significância

a. Correção da Significância de Lilliefors

Tabela 17 - Teste de Normalidade para o Estado Civil

Estado Civil		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estat.	GL	Sig.	Estat.	GL	Sig.
Informação dos enfermeiros sobre as DAV	Solteiro	,064	55	,200*	,991	55	,959
	Casado/união de facto	,066	72	,200*	,988	72	,705
	Divorciado	,178	12	,200*	,960	12	,790
Tomada de Decisão	Solteiro	,118	55	,056	,960	55	,066
	Casado/união de facto	,064	72	,200*	,987	72	,647
	Divorciado	,203	12	,183	,913	12	,231
Críticas às DAV	Solteiro	,117	55	,057	,958	55	,053
	Casado/união de facto	,106	72	,045	,977	72	,223
	Divorciado	,159	12	,200*	,931	12	,386

\*. Limite inferior de significância

a. Correção da Significância de Lilliefors

Tabela 18 - Teste de Normalidade para a Formação Académica e Profissional

Formação Académica e Profissional		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estat.	GL	Sig.	Estat.	GL	Sig.
Informação dos enfermeiros sobre as DAV	Licenciatura	,056	98	,200*	,989	98	,567
	Especialização	,125	18	,200*	,969	18	,778
	Mestrado	,149	21	,200*	,955	21	,414
Tomada de Decisão	Licenciatura	,082	98	,106	,980	98	,134
	Especialização	,124	18	,200*	,977	18	,911
	Mestrado	,102	21	,200*	,973	21	,806
Críticas às DAV	Licenciatura	,092	98	,039	,985	98	,340
	Especialização	,093	18	,200*	,982	18	,967
	Mestrado	,176	21	,088	,945	21	,276

\*. Limite inferior de significância

a. Correção da Significância de Lilliefors

Tabela 19 - Teste de Normalidade para o Tempo de Exercício Profissional

Tempo Exerc. Prof.	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Estat.	GL	Sig.	Estat.	GL	Sig.	
Informação dos enfermeiros sobre as DAV	0 - 5 anos	,132	18	,200*	,969	18	,785
	5-10 anos	,074	59	,200*	,988	59	,817
	11-15 anos	,146	16	,200*	,955	16	,574
	16-20 anos	,126	17	,200*	,957	17	,575
	21-25 anos	,225	18	,017	,944	18	,342
	26-30 anos	,372	4	.	,796	4	,095
	31-35 anos	,165	5	,200*	,987	5	,970
Tomada de Decisão	0 - 5 anos	,193	18	,074	,814	18	,002
	5-10 anos	,049	59	,200*	,994	59	,992
	11-15 anos	,127	16	,200*	,974	16	,903
	16-20 anos	,175	17	,172	,968	17	,774
	21-25 anos	,159	18	,200*	,895	18	,047
	26-30 anos	,258	4	.	,954	4	,742
	31-35 anos	,217	5	,200*	,931	5	,600
Críticas às DAV	0 - 5 anos	,195	18	,068	,866	18	,015
	5-10 anos	,095	59	,200*	,974	59	,236
	11-15 anos	,123	16	,200*	,975	16	,907
	16-20 anos	,148	17	,200*	,975	17	,893
	21-25 anos	,115	18	,200*	,960	18	,599
	26-30 anos	,264	4	.	,908	4	,472
	31-35 anos	,401	5	,008	,745	5	,027

\*. Limite inferior de significância

a. Correção da Significância de Lilliefors

Tabela 20 - Teste de Normalidade para o Local de Exercício Profissional

Local de Exercício Profissional		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estat.	GL	Sig.	Estat.	GL	Sig.
Informação dos enfermeiros sobre as DAV	Medicina	,085	48	,200 <sup>*</sup>	,978	48	,505
	Urgência Geral	,098	33	,200 <sup>*</sup>	,973	33	,556
	Urgência SO	,111	13	,200 <sup>*</sup>	,959	13	,741
	Pneumologia e Infeciologia	,193	13	,200 <sup>*</sup>	,914	13	,210
	Medicina Intensiva	,168	14	,200 <sup>*</sup>	,955	14	,646
	Cuidados Cirúrgicos Intermédios	,137	18	,200 <sup>*</sup>	,966	18	,719
Tomada de Decisão	Medicina	,090	48	,200 <sup>*</sup>	,979	48	,527
	Urgência Geral	,082	33	,200 <sup>*</sup>	,985	33	,913
	Urgência SO	,134	13	,200 <sup>*</sup>	,972	13	,917
	Pneumologia e Infeciologia	,187	13	,200 <sup>*</sup>	,902	13	,144
	Medicina Intensiva	,115	14	,200 <sup>*</sup>	,961	14	,733
	Cuidados Cirúrgicos Intermédios	,125	18	,200 <sup>*</sup>	,904	18	,068
Críticas às DAV	Medicina	,072	48	,200 <sup>*</sup>	,994	48	,996
	Urgência Geral	,181	33	,008	,958	33	,225
	Urgência SO	,174	13	,200 <sup>*</sup>	,888	13	,092
	Pneumologia e Infeciologia	,199	13	,166	,952	13	,629
	Medicina Intensiva	,216	14	,075	,910	14	,158
	Cuidados Cirúrgicos Intermédios	,216	18	,026	,875	18	,022

\*. Limite inferior de significância

a. Correção da Significância de Lilliefors

Tabela 21 - Teste de Normalidade para a vivência de experiência em que informaram o doente que tem direito a realizar o testamento vital ou DAV (P7)

	P7	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estat.	GL	Sig.	Estat.	GL	Sig.
Informação dos enfermeiros sobre as DAV	Sim	,239	5	,200 <sup>*</sup>	,943	5	,690
	Não	,051	134	,200 <sup>*</sup>	,992	134	,623
Tomada de Decisão	Sim	,186	5	,200 <sup>*</sup>	,948	5	,726
	Não	,054	134	,200 <sup>*</sup>	,980	134	,044
Críticas às DAV	Sim	,198	5	,200 <sup>*</sup>	,903	5	,428
	Não	,095	134	,005	,984	134	,108

\*. Limite inferior de significância

a. Correção da Significância de Lilliefors

Tabela 22 - Teste de Normalidade para vivência de experiência em que foi dada a possibilidade ao doente de decidir com recurso às DAV (P8)

P8		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estat.	GL	Sig.	Estat.	GL	Sig.
Informação dos enfermeiros sobre as DAV	Sim	,299	7	,059	,861	7	,154
	Não	,046	132	,200*	,992	132	,708
Tomada de Decisão	Sim	,177	7	,200*	,980	7	,961
	Não	,054	132	,200*	,981	132	,061
Críticas às DAV	Sim	,237	7	,200*	,957	7	,795
	Não	,097	132	,004	,983	132	,090

\*. Limite inferior de significância

a. Correção da Significância de Lilliefors

### Variáveis sociodemográficas (sexo, idade)

Após a realização dos testes, podemos verificar na amostra que são os indivíduos com idades compreendidas entre os 51-60 anos quem apresenta em média melhores scores na Informação dos enfermeiros sobre as DAV e na Tomada de Decisão, enquanto que, nas Críticas às DAV, são os indivíduos com idades compreendidas entre os 41-50 anos.( Tabela 23)

Tabela 23 - Teste Kruskal-Wallis para os grupos etários

	Grupo Etário	N	Média de Ranks	Kruskal Wallis sig
Informação dos enfermeiros sobre as DAV	20-30 anos	55	68,73	0,244
	31-40 anos	48	64,33	
	41-50 anos	28	75,64	
	51-60 anos	8	<b>93,00</b>	
	Total	139		
Tomada de Decisão	20-30 anos	55	69,87	0,077
	31-40 anos	48	60,73	
	41-50 anos	28	79,36	
	51-60 anos	8	<b>93,75</b>	
	Total	139		
Críticas às DAV	20-30 anos	55	66,98	0,892
	31-40 anos	48	70,88	
	41-50 anos	28	<b>74,00</b>	
	51-60 anos	8	71,50	
	Total	139		

Relativamente à variável sexo, verificamos que os profissionais do sexo feminino apresentam melhores scores na dimensão Informação dos enfermeiros sobre as DAV, mas, nas restantes dimensões, são os profissionais do sexo masculino quem apresenta melhores scores.

Contudo, pela análise dos níveis de significância, não se observam diferenças estatísticas entre os grupos, pelo que não existem evidências que o sexo e a idade tenham influência na percepção dos enfermeiros sobre as DAV.

Tabela 24 - Teste U Mann-Whitney para sexo

	Sexo	N	Média de Ranks	U Mann-Whitney sig
Informação dos enfermeiros sobre as DAV	Feminino	109	<b>71,72</b>	0,336
	Masculino	30	63,73	
	Total	139		
Tomada de Decisão	Feminino	109	68,53	0,413
	Masculino	30	<b>75,33</b>	
	Total	139		
Críticas às DAV	Feminino	109	67,80	,0219
	Masculino	30	<b>78,00</b>	
	Total	139		

### **Variáveis profissionais (formação académica e profissional, tempo de exercício profissional e Serviço onde exerce funções)**

Após a realização dos testes, na amostra, observa-se a presença de scores superiores nos profissionais com mestrado nas dimensões 1 e 3, enquanto os profissionais com especialização apresentam scores superiores na Tomada de Decisão face aos restantes (Tabela 25).

Tabela 25 - Teste Kruskal-Wallis para a formação académica e profissional

Formação Académica e Profissional.		N	Média de Ranks	Kruskal-Wallis sig
Informação dos enfermeiros sobre as DAV	Licenciatura	98	64,56	0,088
	Especialização	18	75,06	
	Mestrado	21	<b>84,52</b>	
	Total	137		
Tomada de Decisão	Licenciatura	98	67,21	0,440
	Especialização	18	<b>80,17</b>	
	Mestrado	21	67,76	
	Total	137		
Críticas às DAV	Licenciatura	98	66,27	0,329
	Especialização	18	70,61	
	Mestrado	21	<b>80,38</b>	
	Total	137		

Relativamente ao tempo de exercício profissional (Tabela 26), em todas as dimensões observa-se a presença de scores mais elevados nos profissionais com 26-30 anos face aos restantes.

Pela análise dos níveis de significância (Tabela 26), não se observam diferenças estatísticas entre os grupos, com exceção da variável tempo de serviço nas Críticas às DAV ( $p < 0,05$ ), podendo-se observar, através da aplicação do Teste Pairwise comparisons (Tabela 27), a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com tempo de serviço entre os 26-30 anos de serviço face aos indivíduos com 0-5 anos e 16-20 anos. Desta forma, existem evidências que os profissionais com tempo de serviço entre os 26-30 anos apresentam scores superiores nas Críticas às DAV da perceção dos enfermeiros sobre as DAV face aos profissionais com 0-5 anos e 16-20 anos de exercício profissional.

Tabela 26 - Teste Kruskal-Wallis entre o tempo de exercício profissional

Tempo de exercício profissional		N	Média de Ranks	Kruskal Wallis sig
Informação dos enfermeiros sobre as DAV	0 - 5 anos	18	62,00	0,109
	5-10 anos	59	66,81	
	11-15 anos	16	66,06	
	16-20 anos	17	59,12	
	21-25 anos	18	84,22	
	26-30 anos	4	<b>116,50</b>	
	31-35 anos	5	91,00	
	36 - 40 anos	2	86,50	
	Total	139		
Tomada de Decisão	0 - 5 anos	18	76,28	0,129
	5-10 anos	59	68,24	
	11-15 anos	16	51,00	
	16-20 anos	17	61,94	
	21-25 anos	18	76,94	
	26-30 anos	4	<b>110,50</b>	
	31-35 anos	5	89,80	
	36 - 40 anos	2	93,00	
	Total	139		
Críticas às DAV	0 - 5 anos	18	47,89	<b>0,003</b>
	5-10 anos	59	77,95	
	11-15 anos	16	71,25	
	16-20 anos	17	54,82	
	21-25 anos	18	68,67	
	26-30 anos	4	<b>131,50</b>	
	31-35 anos	5	75,80	
	36 - 40 anos	2	28,00	
	Total	139		

Tabela 27 - Pairwise Comparisons

Tempo de exercício profissional	Grupo 1 – Grupo 2		Estatist. Teste	Sig Ajustada
	Grupo 1	Grupo 2		
Críticas às DAV	0 - 5 anos	26-30 anos	-83,61	<b>0,005</b>
	16-20 anos	26-30 anos	-76,68	<b>0,017</b>

Relativamente ao Serviço onde exercem a sua atividade profissional (Tabela 28), são os profissionais que exercem funções no Serviço de Pneumologia e Infeciologia quem apresenta melhores scores na Informação dos enfermeiros sobre as DAV. Na dimensão 2 - Tomada de Decisão - são os profissionais que exercem funções no Serviço de Cuidados Cirúrgicos Intermédios que apresentam melhores scores. Nas Críticas às DAV, a presença de scores mais elevados é observada nos profissionais que exercem funções no Serviço de Urgência Geral.

Tabela 28 - Teste Kruskal-Wallis entre os serviços onde exercem funções

Serviço		N	Média de Ranks	Kruskal-Wallis sig
Informação dos enfermeiros sobre as DAV	Medicina	48	72,67	0,088
	Urgência Geral	33	70,03	
	Urgência SO	13	67,69	
	Pneumologia e Infeciologia	13	<b>85,77</b>	
	Medicina Intensiva	14	58,29	
	Cuidados Cirúrgicos Intermédios	18	62,22	
	Total	139		
Tomada de Decisão	Medicina	48	71,46	0,440
	Urgência Geral	33	71,73	
	Urgência SO	13	62,92	
	Pneumologia e Infeciologia	13	60,69	
	Medicina Intensiva	14	67,57	
	Cuidados Cirúrgicos Intermédios	18	<b>76,67</b>	
	Total	139		
Críticas às DAV	Medicina	48	61,88	0,329
	Urgência Geral	33	<b>88,03</b>	
	Urgência SO	13	57,31	
	Pneumologia e Infeciologia	13	77,38	
	Medicina Intensiva	14	67,14	
	Cuidados Cirúrgicos Intermédios	18	64,67	
	Total	139		

### Experiência/Vivência com Diretivas Antecipadas de Vontade

Após a realização dos testes, na amostra, podemos verificar scores superiores na Tomada de Decisão nos profissionais com Experiência na informação sobre Testamento Vital/DAV, enquanto os profissionais que não experienciaram alguma situação deste género apresentam scores superiores nas dimensões Informação dos enfermeiros sobre as DAV e Críticas às DAV.

Em relação aos profissionais com Vivência de situações em que foi dada a possibilidade ao doente de decidir com recurso às DAV, estes apresentam scores superiores nas dimensões Tomada de Decisão e Críticas às DAV face aos que não experienciaram, observando-se o inverso na Informação dos enfermeiros sobre as DAV.

Pela análise dos níveis de significância, não se observam diferenças estatísticas entre os grupos, pelo que não existem evidências que a experiência/Vivência com Diretivas Antecipadas de Vontade tem influência na percepção dos enfermeiros sobre as DAV.

Tabela 29 - Teste U Mann-Whitney para a experiência na informação sobre TV/DAV

Experiência na informação sobre TV/DAV		N	Média de Ranks	U Mann-Whitney sig
Informação dos enfermeiros sobre as DAV	Sim	5	36,80	0,060
	Não	134	<b>71,24</b>	
	Total	139		
Tomada de Decisão	Sim	5	<b>93,60</b>	0,182
	Não	134	69,12	
	Total	139		
Críticas às DAV	Sim	5	53,20	0,342
	Não	134	<b>70,63</b>	
	Total	139		

Tabela 30 - Teste U Mann-Whitney para vivência de situações com recurso às DAV

Vivência de decisão com recurso às DAV		N	Média de Ranks	U Mann-Whitney sig
Informação dos enfermeiros sobre as DAV	Sim	7	55,86	0,340
	Não	132	<b>70,75</b>	
	Total	139		
Tomada de Decisão	Sim	7	<b>76,14</b>	0,679
	Não	132	69,67	
	Total	139		
Críticas às DAV	Sim	7	<b>83,57</b>	0,360
	Não	132	69,28	
	Total	139		

Terminada esta fase de apresentação e analisados os resultados obtidos, prosseguimos com a discussão dos mesmos, a fim de apreendermos quais os fatores que influenciam a percepção dos enfermeiros sobre as DAV.



## 6 - Discussão de resultados

A discussão incide sobre a análise e reflexão crítica, relativamente aos resultados encontrados tendo em conta o tipo de estudo e o quadro de referências utilizados, de forma a possibilitar a obtenção de respostas às questões de investigação enunciadas.

Os resultados obtidos são interpretados, em consonância com a realidade dos Serviços de Urgência /SO, Medicina I,II e III, Medicina Intensiva, Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios, de Pneumologia e Infeciologia do CHBV, EPE, procurando estabelecer-se ainda uma comparação com estudos publicados e geradores de conhecimento nesta temática em estudo.

A amostra deste estudo é constituída por 139 enfermeiros pertencentes às equipas de enfermagem dos Serviços supracitados. A colheita de dados foi realizada através de um questionário constituído por duas partes. A primeira, destinada à caracterização sócio demográfica, profissional e experiencial com as DAV e a segunda, uma escala tipo *Likert* desenvolvida a partir da Lei nº 25/2012 de 16 de Julho com um total de 28 itens para valores de **Alpha de Cronbach**, interpretados de acordo com Pestana e Gageiro (2005). O estudo das dimensões permitiu definir áreas de estudo específicas, relacionadas com a informação dos enfermeiros sobre as DAV, com a tomada de decisão e as críticas às DAV e, assim, realizar uma análise que nos irá tornar a discussão de resultados mais direcionada para os objetivos definidos e avaliar a perceção dos enfermeiros mediante determinadas características específicas, atendendo às dimensões definidas e não num total global.

Nesta linha de atuação, pretendemos que a discussão dos resultados compreenda a análise dos seguintes aspetos :

- a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, na perceção sobre Diretivas Antecipadas de Vontade;
- a forma como o envolvimento dos enfermeiros, em decisões com Diretivas Antecipadas de Vontade, influencia a sua perceção sobre as mesmas;
- a perceção dos enfermeiros sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.

A amostra é predominantemente do sexo feminino (78,4%), em sintonia com os dados estatísticos emanados pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses, relativos ao período de 2000

a 2012 (Enfermeiros, 2013). Na análise da relação entre a variável independente “sexo” e a variável dependente “Percepção dos enfermeiros sobre as DAV”, nas suas três dimensões, concluímos que para um nível de significância de 0,05 não existe evidência de que o sexo influencie a percepção dos enfermeiros sobre as DAV, apesar da diferença de médias de scores nas várias dimensões. O mesmo se verifica na variável grupo etário.

Quanto à formação académica e profissional, podemos constatar que 71,9% dos respondentes apresentam apenas o curso base como formação. Todavia, verificamos que 15,1% possuem um curso de mestrado e 12,9%, um curso de especialização. Formação que, de acordo com os dados da Ordem dos Enfermeiros, tem vindo a aumentar nos últimos anos, se bem que o número de enfermeiros especializados em determinadas áreas de intervenção continua a ser uma minoria, tendo em conta o total de enfermeiros inscritos na Ordem, a qual, defende, ganhos evidentes para os cuidados à população com a especialização dos enfermeiros.(Enfermeiros, 2010). Ao analisarmos a formação académica e profissional, na sua relação com as dimensões estudadas, constatamos que não existem diferenças significativas entre elas, o que poderá, neste estudo, ser explicado por o âmbito da amostra estudada não contemplar profissionais com formação diferenciada em Bioética.

A maioria dos profissionais (42,4%) exerce a sua profissão entre 5-10 anos, pelo que consideramos tratar-se de profissionais jovens na profissão, trabalhando maioritariamente no Serviço de Medicina (34,5%), dado o facto de compreender três unidades de cuidados. Ao analisar os dados da relação do tempo de exercício profissional e as dimensões definidas, verificamos que apenas existem diferenças estatísticas no grupo de profissionais com 26 a 30 anos de exercício para a dimensão “Críticas às DAV “ com  $p = 0,03$  e um score de 131,59. Este facto levou-nos à análise de resposta nos questionários dos inquiridos incluídos nesta classe, para perceber o nível de formação profissional/académica e o tipo de concordância nos indicadores da Dimensão Críticas às DAV e observámos que são profissionais detentores do grau académico de Mestre e Especialista. A formação profissional e académica associada a uma maturidade profissional permite-lhes esta tomada de posição mais crítica, numa perspectiva mais ajustada ao que se defende com a aplicação das DAV, e quando comparado com outros grupos profissionais essa evidência é ainda mais significativa, revelando um  $p = 0,003$  para o grupo com menos experiência profissional e um  $p = 0,017$  para a amostra de profissionais com 16 – 20 anos de exercício profissional, que se pode considerar situado numa zona intermédia de percurso profissional.

Relativamente ao Serviço onde exercem a sua atividade, sobressaem diferenças de scores mas, para diferentes dimensões, que estatisticamente para  $p < 0,005$  não influenciam a variável dependente em estudo. Perante os resultados obtidos na análise inferencial, não se verifica influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na Percepção dos Enfermeiros sobre as DAV.

Sobre as vivências dos enfermeiros com DAV, na nossa amostra, 96,4%, dos inquiridos não tem experiência em situações em que tenha sido dado a possibilidade ao doente de decidir com recurso às DAV; 95% não vivenciou qualquer situação em que o doente tenha sido informado sobre o direito ao recurso de DAV.

Na nossa opinião estes resultados poderão relacionar-se com o facto de a legislação ser recente, não só para os enfermeiros como para a população em geral, o que nos impele a questionar a introdução de legislação sem formação e informação aos profissionais envolvidos. No entanto, não podemos deixar de salientar que não só as Instituições devem fazer a formação aos seus colaboradores, como cada um tem o dever de informar-se e formar-se individualmente, ao longo da sua carreira profissional, como determina o REPE.

Atendendo aos níveis de significância observados nesta questão de investigação, não há evidências de que o envolvimento (experiências/vivências) dos enfermeiros com as DAV influencie de alguma forma a sua percepção sobre as mesmas.

Na procura de resposta á questão sobre a análise da percepção dos enfermeiros sobre as DAV e tendo em conta que esta está dividida em três dimensões, iremos fazer a discussão de cada uma delas salientando os indicadores que nos parecem mais relevantes.

### *Dimensão 1 - Informação dos enfermeiros sobre as DAV*

Os doentes e os profissionais de saúde estão paulatinamente mais conscientes das necessidades de determinar quando e como as intervenções técnico-científicas, serão benéficas para as pessoas. Nesta linha de pensamento, percebe-se que a grande maioria dos enfermeiros(91,4), na questão P7, entendem que atualmente o médico e o enfermeiro devem ter em atenção que o doente, enquanto indivíduo competente, pode ter feito escolhas sob a forma de Diretivas Antecipadas de Vontade. Após publicação da Lei nº25 de 16 de julho de 2012, que regulamenta as DAV, sob a forma de Testamento Vital, os profissionais de saúde passam a ter a obrigação legal de respeitar a vontade do doente, ou do seu procurador legal,

no que refere aos cuidados de saúde que a pessoa quer ou não, que lhe sejam prestados, no caso de, por doença ou incapacidade mental, não ser capaz de o expressar.

No que concerne à questão P4, cerca de 90% dos enfermeiros concordam ou concordam totalmente (62,6% e 27,3% respetivamente) que as DAV consistem na vontade anteriormente manifestada por uma pessoa capaz, no que respeita aos cuidados de saúde que deseja ou não receber, no caso de se encontrar incapaz de expressar. Na afirmação (P16), em que no documento DAV pode constar a disposição que expressa a vontade clara e inequívoca do doente não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico, 56% concordam e 23,7% concordam totalmente, no mesmo sentido 84,2% manifestam-se concordantes, quando se afirma (P11) que no documento DAV pode constar a vontade clara e inequívoca do doente, de não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais, evidenciando, assim, informação sobre o conteúdo legal das DAV, por parte dos enfermeiros. Este facto é, posteriormente, confirmado pelos 80,5% dos enfermeiros, que concordam ou concordam totalmente que as DAV refletem os valores e as preferências do doente na tomada de decisão terapêutica em fim de vida (P8) bem como pelo na questão P20, onde se verifica uma concordância de 64%, perante a afirmação de que “*a recusa do doente a tratamentos como: suporte básico de vida, alimentação e hidratação que apenas visem retardar o processo natural de morte, pode ser explícita no documento de DAV*”.

Outra das questões que nos merece realce é a P12, em que o enfermeiro nas situações em que tiver conhecimento vai respeitar a Vontade Antecipada do Doente, com uma percentagem de concordância de 85,6% e 0% de discordância. Os enfermeiros manifestam de maneira expressiva de que o que se pretende dos cuidados de saúde é uma prática profissional digna e adequada e assim manter o respeito pela autonomia e vontade anteriormente manifestada, tão importante na fase terminal da vida, como afirma Nunes (2009), citado por Nogueira (2010, p. 39) e em sintonia com um dos princípios gerais da intervenção dos enfermeiros preconizada no Código Deontológico do Enfermeiro. A humanização dos cuidados de enfermagem expande-se, como se constata, pela ética em enfermagem, no respeito dos direitos dos doentes, conforme REPE (Enfermeiros, 2012), no seu artigo 89.º - da humanização dos cuidados. Valor interiorizado pelos enfermeiros, quando levados a refletir sobre a autodeterminação do doente manifestada nas DAV.

Os resultados obtidos nos indicadores supracitados permitem-nos evidenciar informação sobre as DAV num número superior a 50% da amostra inquirida. No entanto, ao analisarmos

as respostas dadas à questão (P17), de que a disposição de não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental *não* é uma vontade que possa ser expressa no documento de DAV, apenas 2,9% dos enfermeiros inquiridos concorda e 12,9% concorda totalmente com a mesma, apesar de a Lei em vigor legislar que a não submissão a tratamentos experimentais é uma das vontades que pode ser expressa nas DAV.

Quando nos debruçamos sobre o tipo de concordância perante a questão P30, que afirma que “*é assegurado aos profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde ao doente, o direito à objeção de consciência quando solicitado para o cumprimento das DAV*”, direito assegurado de acordo com o artigo 9<sup>a</sup> da Lei, que regulamenta as DAV em Portugal, embora 52,5% manifestem a sua concordância, verificamos que 41,7% não concorda nem discorda; trata-se de uma percentagem significativa de profissionais com uma opinião neutra perante a possibilidade de exercício de um direito da profissão regulamentado no Decreto-Lei n<sup>o</sup> 104/98, alterado pela Lei 11/2009 de 16 de Setembro o Artigo 92.º (da objeção de consciência) do Código Deontológico do Enfermeiro, que salvaguarda, como já referimos, a tomada de decisão dos enfermeiros nestes casos, garantindo aos profissionais de enfermagem o direito a não participar em determinados atos.:

Ao refletir sobre a Dimensão 1- Informação dos enfermeiros sobre as DAV, podemos afirmar que os enfermeiros demonstram informação generalizada sobre as DAV, mas que se revela insuficiente, perante algumas especificidades de conteúdo legal, o que levanta a necessidade de formação sobre esta matéria aos profissionais de enfermagem no CHBV; mas, se tivermos em conta que a maioria dos enfermeiros revelam informação com um nível de concordância superior a 50% manifestado em mais de metade dos indicadores que avaliam esta dimensão, podemos inferir que os enfermeiros têm perceção sobre a Dimensão da informação sobre as DAV.

### *Dimensão 2 – Tomada de Decisão*

A maioria dos enfermeiros concorda que as DAV (P2) são um instrumento útil na hora da tomada de decisão sobre o doente em fim de vida, já que 46,8% concordam, enquanto 18,0% concordam totalmente. No indicador (P3), em que o Procurador de cuidados de saúde nomeado pelo doente facilita a tomada de decisão para os profissionais aparecem (43,2% dos enfermeiros) que concordam, e 7,2% concorda totalmente. Para Robinson *et al.* (2013) , a

nomeação de um Procurador de cuidados de saúde não retira a autonomia e autoridade do indivíduo nas suas decisões em fim de vida, como evidencia a Lei 25 de 16 Julho 2012, no seu artigo 11º “(...) atribuindo -lhe poderes representativos para decidir sobre os cuidados de saúde a receber, ou a não receber, pelo outorgante, quando este se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente”. Os enfermeiros reconhecem no Procurador um parceiro legal na tomada de decisão representativo da vontade do doente. Segundo o CNECV (2013a), em caso de dúvida, podem as DAV desempenhar, enquanto valioso instrumento e no contexto de uma relação clínica de confiança recíproca e mutuamente enriquecedora, um papel de relevo na efetivação do respeito pela dignidade da pessoa humana. Esta é uma das vertentes de interesse dos profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros, para que existam declarações antecipadas de vontade, como suporte na tomada de decisão. Este pressuposto reflete-se nas respostas dos inquiridos (P23), em que 66,1% reconhecem a importância dos doentes fazerem o seu Testamento Vital ou Diretivas Antecipadas de Vontade, assim como os seus familiares, 56,1% – concordo/concordo totalmente.

Quando a questão se coloca a nível pessoal, apenas 20,9% considera a hipótese de o fazer com nomeação de Procurador de Cuidados de saúde (P28) e 13,7% pondera a hipótese de realizar as DAV sem nomeação de Procurador. Concordamos com Kovacs (2008) quando este afirma que a morte é irrepresentável apesar de certa como experiência individual. A sua certeza, como fim do nosso futuro, representa sofrimento, doença, infelicidade, o que nos leva a desejar protegemo-nos dela, a qualquer custo. No entender de (Lawrence Robinson *et al.*, 2013), um dos equívocos das DAV é o querer ter uma certeza absoluta sobre o que se pretende em situação de fim de vida. As circunstâncias podem alterar-se, as vivências traduzirem-se em momentos transcendentais, a certeza de hoje pode não ser a certeza de amanhã e a incerteza de hoje ser a certeza de amanhã. Isto pode criar incertezas sobre o momento certo para a elaboração das DAV, adiando-se a sua concretização. Parece existir uma ambivalência para os enfermeiros sobre os cuidados a desejar no fim de vida, havendo, no entanto, a registar que as DAV podem ser alteradas em qualquer momento.

As situações de fim de vida envolvem várias personagens: doentes, familiares, equipa de saúde e instituição hospitalar, devendo cada uma das partes ser envolvida na tomada de qualquer decisão, sempre tendo em conta os prós e os contras de cada uma das opções, como preconiza Kovács (2003).

Como elementos fundamentais numa equipa de saúde, os enfermeiros manifestam a sua concordância na afirmação, quanto à sua disponibilidade para refletir com o doente sobre a elaboração do documento de DAV, caso este o solicite (P6) - 54,7% concordam e 18,0% concordam totalmente. Porém, ao colocarmos a questão no sentido de “*Sou capaz de abordar este tema com um doente sem que este ou os seus familiares mo solicitem*” P(10), verificamos que há uma percentagem significativa de enfermeiros (37,4%) com uma opinião neutra, enquanto 45,3% se assume como não estando disponíveis para tal. Neste ponto, em particular, observamos uma ambiguidade na tomada de decisão perante a mesma temática. Acreditamos que esta ambiguidade se relaciona com as possibilidades que os enfermeiros têm de escolher sobre um facto, opção diretamente proporcional ao conhecimento que tiver sobre o mesmo; este pressuposto é defendido por outros autores (Przenyczka *et al.*, 2012) . Como se verifica, tal está em concordância com os dados por nós observados, dado que 50,4% dos profissionais inquiridos assumem não ter o conhecimento adequado sobre as DAV para o seu exercício profissional (P1), o que pode justificar, em certa medida, a não proatividade neste âmbito, observada no tipo de concordância verificada.

Face aos dados analisados e tendo em conta que a maioria dos indicadores revelam um nível de concordância elevado (superior a 50%), podemos inferir que os enfermeiros têm perceção sobre as DAV, na Dimensão 2 Tomada de Decisão.

### *Dimensão 3 - Críticas às DAV*

Os enfermeiros questionados discordam (56,1%) que as DAV constituem uma forma legal de eutanásia(P15); no entanto 37,8% responderam não concordo nem discordo, o que pode ser entendido como a manifestação de alguma insegurança, relativamente ao conceito de eutanásia.

Parcianello *et al.* (2012), refere que há uma ambiguidade quanto ao conceito de eutanásia e distanásia, pois, se considerarmos o significado literal quanto à sua origem grega, certamente são antónimos. A distanásia, entendida como o prolongar do sofrimento, opõe-se à eutanásia, termo utilizado para abreviar essa situação. Porém, e segundo os mesmos autores, se for assumido o seu conteúdo moral, ambas convergem. Tanto a eutanásia quanto a distanásia são tidas como eticamente inadequadas.

Sobre a afirmação de que “*as DAV carecem de autoridade moral, uma vez que, se o paciente perdeu competência para compreender a situação em que se encontra, a sua vontade anterior não pode ser atendida*”(P13), verificamos que grande parte dos enfermeiros apresenta as suas percentagens na área de **discordância** com 42,5%. Contudo, 36,7% não concorda nem discorda, percentagem elevada que pode indiciar que, nesta matéria, não é fácil ajuizar. Nunes *et al.* (2013, p. 41) afirmam que “pode haver situações não previstas nos desejos expressos, pois a vida real é sempre mais rica e diversa que a previsão das baias regulamentares; também no campo da saúde – em particular nos momentos em que se está na fronteira entre a vida e a morte, devem-se evitar posições demasiado rígidas”. A mesma ideia depreende-se de MacDonald (2009, p. 241) quando refere que “existe, às vezes, uma tendência na ética para adotar uma visão binária das questões, adotar a posição de « preto ou branco »”. De acordo com este pressuposto, sabendo que 20,6% dos enfermeiros inquiridos concordam/concordam totalmente com o indicador referido e a percentagem supracitada de enfermeiros que não concorda nem discorda, concluímos que a autoridade moral das DAV para os enfermeiros não é uma característica consensual, pelo que urge ser clarificada.

Na questão P5, verificamos que 45,3% dos enfermeiros concordam e 9,4% concordam totalmente que as DAV falham a nível prático, uma vez que os valores pessoais de um doente podem mudar após a declaração. Segundo a American Bar Association (Lawrence Robinson *et al.*, 2013), existem alguns equívocos entre os quais: que as DAV significam “Não tratar”. Na verdade, elas permitem expressar o que a pessoa quer **ou** não quer em matéria de cuidados de saúde em fim de vida. A pessoa deve reavaliar o seu estado de saúde regularmente e sempre que um dos 5 D's se verificar, conforme recomendações da American Bar Association, (Lawrence Robinson *et al.*, 2013)

Se analisarmos o tipo de concordância na questão P29, em que se afirma que as DAV falham a nível prático, porque a tecnologia biomédica pode evoluir e a descrição das situações clínicas podem levar a imprecisões dos reais desejos das pessoas, constatamos que 42,5% dos inquiridos se identifica com esta crítica, mas 42,4% tem uma opinião neutra. Pensamos que, perante esta vertente das DAV, o Procurador de cuidados de saúde desempenha um papel importante, atendendo a que este reflete a vontade do doente, podendo alterar essa mesma vontade perante novas possibilidades de cuidados, que sejam uma mais-valia para a pessoa doente. O progresso dos meios terapêuticos poderá, nesse caso, fazer com que a vontade não seja respeitada, se os mesmos possibilitarem uma evolução da situação de doença favorável ao doente. Das respostas dadas, podemos induzir que os inquiridos refletem algum receio,

quanto ao vínculo que as DAV possam estabelecer; receio esse, a nosso ver, sem fundamento, isto porque permanece a possibilidade de suspensão imediata pelo próprio ou pelo Procurador de cuidados de saúde que o representa aquando da sua incapacidade.

A percentagem elevada de enfermeiros que concordaram que as DAV falham a nível prático poderá refletir não só a falta de debate nesta temática, a nível de unidades de cuidados, mas também a pouca vivência com situações de DAV, visto que a Lei em vigor apenas foi publicada em Julho de 2012. Resultados semelhantes foram verificados por outros autores (Natalie Evans & Irene J. Higginson C, 2012), no período de 1996 a 2009, em que, apesar de uma crescente consciencialização das DAV na Alemanha, estas são ainda pouco utilizadas, apresentando como causa, a falta de comunicação, receios na sua aplicação e evidências contraditórias em relação ao nível de vinculação desejado.

As tomadas de posição dos enfermeiros na Dimensão 3 – Críticas às DAV condicionam, de alguma forma, a análise da percepção sobre as DAV quanto à sua análise crítica.



## 7 - Conclusão e propostas

“Por vezes ajudo as pessoas a viver; por vezes ajudo-as a morrer. Porém ajudo-as sempre; sou enfermeira” (Anderson, 2007)

Cuidar exige que os enfermeiros prestem cuidados de qualidade centrados na pessoa, sempre numa perspetiva de humanização dos cuidados de saúde. É nesta linha de pensamento que a percepção de enfermeiros sobre as DAV não pode ser descurada, porque contribui de uma forma determinante para a melhoria dos mesmos e com ganhos significativos.

O nosso estudo permitiu analisar a percepção dos enfermeiros sobre as DAV e verificando-se que a percepção dos mesmos difere de acordo com a dimensão analisada. Apesar dos passos, entretanto, dados, persistem muitas dúvidas e incertezas relativamente às DAV bem como aquanto à sua aplicação, o que se prende, também, com a pouca experiência em situações em que houve recurso às DAV, em situações de fim de vida ou em situações em que se tenha informado o doente que pode recorrer ao uso de DAV.

Os enfermeiros não se sentem ainda capazes de abordar este tema, de forma espontânea com os doentes, mas estão bastante disponíveis para refletir sobre as DAV, se os mesmos assim o entenderem necessário.

Numa amostra em que 74% dos enfermeiros têm menos que 40 anos de idade e 66,8% têm menos de 15 anos de exercício profissional, há um número significativo de enfermeiros sem opinião formada, em relação a alguns indicadores das DAV, o que se torna bastante evidente na dimensão das Críticas. Entre os vários indicadores estudados sobre a percepção dos enfermeiros sobre as DAV, a autoridade moral das DAV não é consensual e necessita de ser clarificada. É de todo imperativo refletir e interiorizar os pressupostos que suportam as DAV, por parte dos profissionais.

Nota-se uma maior uniformidade de opinião na dimensão da informação reveladora de percepção sobre as DAV, na sua generalidade. Acresce referir que os enfermeiros mostram-se disponíveis para respeitar a vontade antecipada do doente, considerando-a um instrumento válido e facilitador da tomada de decisão na conceção dos cuidados de enfermagem. É também um instrumento potenciador de um exercício profissional centrado na pessoa e promotor do princípio da autonomia, no respeito pela autodeterminação.

Como profissionais e investigadores, sentimos a necessidade de haver uma maior reflexão e debate sobre as questões éticas que as DAV encerram: promoção da autonomia do doente e informações a prestar, cuidar em situações de vulnerabilidade, decisões de equipa,

integridade ética do enfermeiro e objeção de consciência, assim como a eficácia do RENTEV.

É importante a divulgação de informação sobre as DAV, junto da população, e, de uma forma, mais personalizada, junto dos utentes que recorrem às instituições de saúde.

Com base nas recomendações da Federal Patient Self-Determination Act. (PSDA), segundo RN.com (2004), a informação aos utentes deve ser disponibilizada no momento do acolhimento nas unidades de saúde, nomeadamente Hospitais, Centros de Saúde, Centros de apoio a idosos e em Unidades de Cuidados Paliativos e Convalescência. Nesta perspetiva, o enfermeiro pela posição privilegiada que ocupa nas equipas de saúde, pode ter este importante papel, contudo precisa estar preparado, sendo necessária a introdução desta temática nos projetos de formação profissional das instituições de saúde.

Batista, (2012) afirma que “ no seio da democracia plural em que vivemos, onde a sociedade abarca uma enorme diversidade ideológica, cultural e religiosa, com cidadãos mais críticos e exigentes, e em que a medicina paternalista foi sendo considerada, cada vez mais inaceitável, tornou-se urgente o exercício de uma ética centrada na dignidade da pessoa e no respeito pelas suas escolhas autónomas”. Neste sentido, acreditamos ser o enfermeiro de família, dada a sua posição na equipa de saúde e de proximidade da população, quem melhor poderá desempenhar um papel determinante na informação e ensino para a qualidade de vida em situação terminal. As DAV são uma forma de autodeterminação, de escolhas livres, informadas e esclarecidas e um meio de assegurar a dignidade do ser humano em fim de vida. Por outro lado os enfermeiros “querem estar envolvidos em todos os processos e decisões acerca dos doentes, nomeadamente o que toca às decisões de fim de vida” (Nogueira, 2010). Neste paradigma, a percepção dos enfermeiros sobre as DAV é importante no cuidar em enfermagem.

**BIBLIOGRAFIA**

- Alexandra, C. (2013). Registo do testamento vital ainda não está a funcionar devido a "problemas técnicos". *Público*, 13.
- Almeida, D. (2013). A filosofia levinasiana numa experiência de cuidar em enfermagem: a humanização decorrente da alteridade. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*, 171-179.
- Almeida, D. V. (2009). Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. *Refência, Revista científica da unidade de Investigação em ciências da saúde, série II, Nº10*, 89-96.
- Almeida, F. (2006). Final de Vida-VI Seminário do Conselho Jurisdicional, a morte no ciclo vital – morte em pediatria. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*.
- Almeida, L., & Feire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Anderson, P. (2007). *Nurse*
- Batista, B. M. d. M. M. (2012). *Autonomia do Doente - dos Fundamentos Teóricos às Diretivas Antecipadas Vontade* (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina), Universidade da Beira Interior, acedido em 25/01/2013.  
[http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/modules.php?name=Colecoes&op=consultar\\_documento&id\\_documento=1137&id\\_colecao=](http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/modules.php?name=Colecoes&op=consultar_documento&id_documento=1137&id_colecao=)
- Bermejo, J. C., & Belda, R. M. (2011). *Testamento vital: Diálogo sobre la vida, la muerte y la libertad*: PPC EDITORIAL.
- Campos, A. d. C. S. (2007). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 979-981.
- Clayton, L. T. (2000). Dicionário médico. In L. e. d. qualidade (Ed.), *Enciclopédia Taber* (17ª ed.).
- Parecer sobre o Projecto de Lei Nº 788/X - "Direitos dos Doentes à Informação e ao Consentimento Informado" (2009).
- CNECV. (2013a). *Documentação 13 : ano 2010-2012 – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida*. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- CNECV. (2013b). Historial, acedido em 12/01/2013. <http://www.cnecv.pt/historical.php>
- Collière., M.-F. (2000). *Promover a vida*: LIDEL.
- Coutinho , C. (2005 ). “Humanizar é sempre possível”. *Informar, revista de formação contínua em enfermagem, Ano XI* pp. 39-42.
- Deodato, S. (2006). Final de Vida-VI Seminário do Conselho Jurisdicional-autonomia e morte. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 6-13.
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade* (E. A. SA Ed.). Coimbra: Edições Almedina. SA.
- Enfermagem, C. d. (2001). Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos . Ordem dos Enfermeiros, acedido em 04/02/2013. <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>
- Enfermeiros, O. d. (2004). Competências do enfermeiro de cuidados gerais.
- Enfermeiros, O. d. (2013). Dados Estatísticos 2000-2012, acedido em 04/10/2013.  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/dados\\_estatisticos/index.html#/1/zoomed](http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/dados_estatisticos/index.html#/1/zoomed)
- Enfermeiros, O. d. (2010). Progressiva especialização de enfermeiros em debate na III Conferência de Regulação do Conselho de Enfermagem. 2013, acedido em 04/10/2013.  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Progressivaespecializacaoenfermeiros.aspx>

- Enfermeiros, O. d. (2000). Regulamento do Exercício do Direito à Objeção de Consciência, Previsto no art. 92º, nº 1, al. a) do Estatuto C.F.R. (18 de março 2000).
- Enfermeiros, O. d. (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.
- Ferreira, J. M. C., Caetano, A., & Neves, J. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações: ESCOLAR*.
- Festas, C. (1999). Cuidar no 3º milénio. *Servir*, 47(2), 60-66.
- Fleck, M. P. d. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.
- Fortes, G., & Eiras, H. (Eds.). (2010) Dicionário de Direito Penal e Processo Penal (3ª Ed. ed.).
- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: da concepção á realização*. (Lusociência Ed.). Loures.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação / Marie-Fabienne Fortin ; colab. de José Côté e Françoise Filion ; trad. Nídia Salgueiro*. Loures: Lusodidacta.
- Ganhão, M. (2012). Testamento Vital pode gerar confusão, diz Conselho de Ética. *Expresso*.
- Gimenes, N. R. d. S. (2005). *O direito à Objeção de Consciência às transfusões de sangue*. (Mestrado em Direito Público), Universidade Federal da Bahia, Salvador., acessado em 08/04/2013.  
[http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=596](http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=596)
- Gogliano, D. (2009). Pacientes Terminais – morte encefálica. *Revista de Bioética*, 1(2).
- Hair Junior, J. F., & (2005). *Análise multivariada de dados* P. A. Bookman (Ed.) , acessado em 12/05/2013. <https://www.google.pt/#q=teste+de+esfericidade+de+bartlett>
- Henriques, S. (2013, 16 julho 2013). Associação Portuguesa de Bioética desdramatiza atraso no registo nacional de testamento vital, *RTP*.
- i, J. (2012, 10/05/2012). Luis Lingnau da Silveira - Presidente da Comissão de Dados defende testamento vital aos 16 anos, *Jornal i*, acessado em 04/03/2013.  
<http://www.ionline.pt/artigos/portugal/presidente-da-comissao-dados-defende-testamento-vital-aos-16-anos>
- Kovacs, M. J. (2008). *Morte e desenvolvimento Humano* (C. d. Psicólogo Ed. 5ª ed.). S. Paulo.
- Kovács, M. J. (2003). Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*, 14, 115-167.
- Lawrence Robinson, Monika White, & Jeanne Segal, P. D. (2013). Advance Health Care Directives and Living Wills. 2013, acessado em 07/09/2013.  
[http://www.helpguide.org/elder/advance\\_directive\\_end\\_of\\_life\\_care.htm](http://www.helpguide.org/elder/advance_directive_end_of_life_care.htm)
- Loch, J. d. A. (2006). O princípio de Respeito à Autonomia na prática Pediátrica. *Revista Eletrónica da Sociedade Rio-Grandense de Bioética, volume 1*.
- MacDonald, N. (2009). Morte medicamente assistida. In D. Quixote (Ed.), *A Condição Humana* (1ª ed., pp. 729).
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.): Pero Pinheiro.
- Natalie Evans, C. B., Arantza Menaca , Erin V.W., Andrew A., & Irene J. Higginson C, R. H. C., Robert Pool A, Marjolein Gysels. (2012). A critical review of advance directives in Germany: Attitudes, use and healthcare professionals' compliance. *Patient Education and Counseling* 87, 277–288.
- Nogueira, C. M. R. (2010). *Atitudes dos enfermeiros perante decisões de fim de vida*. (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde), Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Nunes, L. (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem* - II Congresso Ordem dos Enfermeiros, acessado em 07/05/2013. [http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong\\_ComLN.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf)
- Nunes, L., Renaud, M., Silva, M. O. d., & Almeida, R. (2013). *Memorando sobre os Projectos de Lei relativos às Declarações Antecipadas de Vontade*. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- OC/RJM. (2012, 16/08/2012). Testamento Vital: Nova lei requer melhorias, *Agência Ecclesia*. <http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=92147>
- Parcianello, M., Fonseca, G., & Dias, C. (2012). Acadêmicos de enfermagem frente à eutanásia e o direito de morrer com dignidade: breves reflexões. *Rev Enferm Cent O Min*, 2(2), 294-302.
- Pedrosa, A. (2004, 2004). Enfermagem: Autonomia e Responsabilidade Profissional. *Referência*, 12, 73-83.
- Penalva, L. D. (2009). Declaração Prévia de Vontade do Paciente Termina. *Revista Bioética*, 17(3), 523-543.
- Pereira, C. (2013). *As Emoções dos Enfermeiros perante a criança em Fim de Vida*. (Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria), Instituto Politecnico da Guarda, Guarda, acessado em 04/06/2013. <http://bdigital.ipg.pt/dspace/handle/10314/1317>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para as ciências sociais: A Complementariedade do SPSS* (Sílabo Ed. 4ª ed.). Lisboa.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. Lisboa: Lidel.
- Regulamento das diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e criação do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTAV), LEI N.º 25/2012 C.F.R. § Diário da República, 1.ª Série (2012).
- Przenyczka, R. A., Lenardt, M. H., Mazza, V. d. A., & Lacerda, M. R. (2012). O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21, 427-431.
- RN.com. (2004). Focus on Advance Directives. 2013, acessado em 11/09/2013. [http://www.rn.com/getpdf.php/593.pdf?Main\\_Session=43ced4bc7a10240cc943..](http://www.rn.com/getpdf.php/593.pdf?Main_Session=43ced4bc7a10240cc943..)
- Saude, P. d. (2013). Lei de Bases da Saúde, acessado em 06/06/2013. <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+sau de/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17, 29-41.
- Souza, M. d. L. d., Sartor, V. V. d. B., Padilha, M. I. C. d. S., & Prado, M. L. d. (2005). O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14, 266-270.
- Stolz, C., Gehlen, G., Bonamigo, E. L., & Bortoluzzi, M. C. (2011). Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia. *Revista Bioética*, 19, No 3 19(13): 833-845.
- Thompson, I. E., Melia, K. M., & Bloyd, K. M. (2004). *Ética em Enfermagem* (L. Lusociência - Edições Técnicas e Ciências Ed. 4ª ed.). Loures.
- Vielva, J. (2002). *Ética Profissional de la Enfermaria - Ética de las profesiones* (E. D. D. Brouwer Ed.). Bilbao.

Zatti, V. ( 2007). *Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire* P. A. EDIPUCRS (Ed.), acessado em 12/04/2013 <http://www.pucrs.br/edipucrs/online/autonomiaeducacao.pdf>

## **ANEXOS**



## Anexo I

Modelo de DAV/ parecer nº 69 emitido pela CNEV



**CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA**

**69/CNECV/2012**

**CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA  
PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA**

**Parecer sobre as Propostas de Portaria que  
regulamentam o Modelo de Testamento Vital e o  
Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)**

**(dezembro de 2012)**



CNECV

## CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

### I – INTRODUÇÃO

Na sequência de solicitação de Parecer formulada pela Comissão Parlamentar de Saúde em 18 de outubro de 2010, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) analisou os Projetos de Lei n.os 413/XI, 414/XI, 428/XI e 429/XI, tendo aprovado no dia 22 de dezembro do mesmo ano o seu Parecer n.º 59/2010 sobre em matéria de Declarações Antecipadas de Vontade (DAV).

Já em 20012, finda a discussão Parlamentar, foi aprovada a Lei 25/2012, de 16 de julho, que regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

Nos termos do n.º 3 do artigo 3.º deste normativo, “O ministério com a tutela da área da saúde aprova, mediante pareceres prévios do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) e da Comissão Nacional de Proteção de Dados, um modelo de diretivas antecipadas de vontade, de utilização facultativa pelo outorgante.”

Tendo Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde dirigido ao CNECV um pedido de audição e Parecer, de carácter urgente, sobre duas propostas de Portaria, respetivamente em matéria de um modelo de diretiva antecipada de vontade e de regulamentação da organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

Desta forma, e à luz do seu Parecer anterior, o CNECV incide a sua análise especificamente sobre as questões éticas das propostas de Portaria, sobre as quais entendeu pronunciar-se com sugestões de sentido construtivo. Assim:

#### **A. Proposta de Portaria relativa ao modelo de diretiva antecipada de vontade (DAV)**

A Portaria deve incluir, como requisito obrigatório, os seguintes aspetos, de forma explícita:

1. O modelo proposto deve ser redigido na primeira pessoa do singular.
2. O preenchimento do modelo de formulário proposto é opcional, podendo cada cidadão autónomo optar pela redação livre de um texto da sua iniciativa, e essa possibilidade constar do próprio modelo.



CNECV

### CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

3. O CNECV recomenda que, em qualquer caso, ao fazer uma DAV, o respetivo autor debata previamente o assunto com um profissional de saúde da sua confiança, ou com a equipa de saúde que o cuida. Esta recomendação deve ser ativamente promovida, constando, por exemplo, das notas explicativas juntas ao modelo.
4. O cidadão deve ser avisado, tanto na Portaria como no modelo de preenchimento, que pode optar apenas pela designação de um procurador de cuidados de saúde, apenas pela redação da DAV (em modelo proposto ou redação livre), ou por ambos.
5. No contexto das DAV, o CNECV recomenda que o modelo inclua espaço para que a pessoa, se o desejar, anote e exponha informações sobre os valores que motivam a sua decisão.
6. A lista de situações que a pessoa indique para, cumulativamente à situação de incapacidade, acionar as DAV, tal como apresentadas no modelo proposto deve ser reformulada:
  - a. Sob o título “SITUAÇÃO CLÍNICA EM QUE A DAV PRODUZ EFEITOS”, o corpo do texto deveria ter a seguinte redação: *“Quando me encontrar incapaz para expressar a minha vontade autonomamente, em consequência do meu estado de saúde física e/ou mental, e se verificarem uma ou mais das seguintes hipóteses:”* evitando a forma como está redigido (Quando o Outorgante, encontrando-se incapaz para expressar a sua vontade pessoal e autonomamente:) que parece significar que são essas hipóteses que condicionam a incapacidade de o outorgante se exprimir.
  - b. A nota entre parêntesis “preencher todas as hipóteses aplicáveis” deverá ser substituída por *“preencher as hipóteses aplicáveis”*.
  - c. A primeira hipótese, em vez de “Por doença incurável ou terminal” deverá passar a ser *“Doença incurável em fase terminal”*.
  - d. A segunda hipótese, em vez de “Se encontrar numa situação em que a utilização de meios complementares de diagnóstico e tratamento apenas serve para prolongar artificialmente o processo natural de morte”, deverá passar a ser *“Não existirem expectativas de recuperação na avaliação clínica feita pelo médico responsável pelos cuidados, de acordo com o estado da arte”*.
  - e. A terceira hipótese “Se encontrar numa situação de emergência, em caso de acidente”, deverá ser eliminada, por implicar uma abrangência excessiva ou pouco clara.
  - f. Acrescentar a hipótese de *“Inconsciência por doença neurológica ou psiquiátrica irreversível, complicada por intercorrência respiratória, renal ou cardíaca”*, mantendo o campo para outras hipóteses.



CNECV

## CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

7. Sob o título “CUIDADOS DE SAÚDE A RECEBER E A NÃO RECEBER”, o corpo do texto deverá ter a seguinte redação: “Assim, manifesto a minha vontade clara e inequívoca de:”

- a. A nota entre parêntesis “preencher todas as hipóteses aplicáveis” deverá ser substituída por “preencher as hipóteses aplicáveis”.
- b. Reformular as hipóteses sugeridas, substituindo-as apresentadas pelas seguintes:
  - i. “Não ser submetido a reanimação cardiorrespiratória”
  - ii. “Não ser submetido a meios invasivos de suporte artificial de funções vitais”
  - iii. “Não receber alimentação e hidratação artificial”
  - iv. “Interromper tratamentos que se encontrem em fase experimental ou participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos, para os quais tenha dado prévio consentimento”
  - v. “Não autorizar administração de sangue ou derivados”
- c. Acrescentar hipóteses de tratamentos que deseja receber, mantendo o campo para “Outros”:
  - i. “Desejo que se instaurem medidas paliativas (incluindo hidratação oral mínima ou subcutânea)”
  - ii. “Desejo que me administrem os fármacos necessários para controlar, com efetividade, dores e outros sintomas que possam causar-me padecimento, angústia ou mal-estar, ainda que isso possa encurtar a minha expectativa de vida.”
  - iii. “Desejo poder participar em estudos de fase experimental, investigação científica ou ensaios clínicos”
  - iv. “Quando se decida interromper meios artificiais de vida, desejo que me seja prestada assistência religiosa (crença: \_\_\_\_\_) e/ou tenha a presença junto de mim, por tempo adequado, da pessoa que aqui designo (\_\_\_\_\_)”

8. Sob o título “VALIDADE”, em vez de referir no ponto 1 que “Esta declaração é eficaz durante 5 anos a contar da data da sua assinatura, podendo ser renovada nos termos da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho”, deveria, simplesmente, transcrever o seu «Artigo 7.º - Prazo de eficácia do documento 1 - O documento de diretivas antecipadas de vontade é eficaz por um prazo de cinco anos a contar da sua assinatura. 2 - O prazo referido no número anterior é sucessivamente renovável mediante declaração de confirmação do disposto no documento de diretivas



CNECV

## CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

*antecipadas de vontade, de acordo com o disposto no n.º 1 do artigo 3.º 3 - O documento de diretivas antecipadas de vontade mantém -se em vigor quando ocorra a incapacidade do outorgante no decurso do prazo referido no n.º 1. 4 - Os serviços de RENTEV devem informar por escrito o outorgante de DAV, e, caso exista, o seu procurador, da data de caducidade do documento, até 60 dias antes de concluído o prazo referido no n.º 1.»*

9. Sob o título “Médico (opcional) ” deverá acrescentar-se a frase “*Declaro que prestei as explicações que me foram solicitadas pelo Outorgante relativas a este documento e o seu estado de saúde*”.

10. Na identificação do outorgante conviria acrescentar um campo para o endereço eletrónico, caso exista.

### **B. Proposta de Portaria relativa ao Registo Nacional de Testamento Vital (RENTEV)**

1. No corpo da proposta de Portaria é referido que foi ouvida a Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) e omite-se que foi ouvido o CNECV.

2. O artigo 7.º da proposta de Portaria não refere, de acordo com o artigo 7.º da Lei n.º 25/2012, que o “*documento de diretivas antecipadas de vontade mantém-se em vigor quando ocorra a incapacidade do outorgante no decurso do prazo referido no n.º 1.*”

3. No artigo 8.º da proposta de Portaria não foi acolhida a recomendação contida no Parecer do CNECV que refere “*que de todos estes acessos sejam feitas notificações automáticas ao autor da declaração antecipada de vontade e, se existir, ao Procurador de Cuidados de Saúde.*”

Lisboa, 17 de dezembro de 2012

O Presidente, *Miguel Oliveira da Silva*

Os Relatores, *Lucília Nunes, Michel Renaud, Rosalvo Almeida.*

*Aprovado em reunião plenária no dia 17 de dezembro de 2012, em que estiveram presentes, para além do Presidente, os seguintes Conselheiros:*

*Ana Sofia Carvalho; Carolino Monteiro; Isabel Santos; José Germano de Sousa; José Lebre de Freitas; Lígia Amâncio; Maria do Céu Patrão Neves; Michel Renaud; Pedro Nunes; Rosalvo Almeida.*

## Anexo II

### Questionário

Perceção dos Enfermeiros sobre as DAV



**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV)**

**QUESTIONÁRIO**

Código de Questionário: \_\_\_\_\_

Leia atentamente cada uma das afirmações que se seguem e para cada uma assinale a sua resposta com uma cruz (X) na coluna que acha que melhor descreve a sua maneira de pensar ou escreva no espaço reservado para isso o que achar conveniente.

Pedimos-lhe que responda espontaneamente com base na sua maneira habitual de pensar e agir e não no seu estado de espírito de momento.

Não há respostas certas ou erradas, há apenas a sua resposta. O questionário é absolutamente confidencial e anónimo.

Quando terminar verifique se respondeu a todas as questões.

**Muito Obrigada pela sua colaboração!**

**SECÇÃO A – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL**

Nesta primeira parte as perguntas estão relacionadas com a sua situação pessoal e profissional. É composto por perguntas abertas e fechadas.

Relativamente às perguntas abertas, escreva o que entender conveniente no espaço reservado.

1. Idade:

20 – 30 anos

31 – 40 anos

41 – 50 anos

51 – 60 anos

2. Sexo: Masculino  Feminino

3. Estado civil: Solteiro(a)  Casado/união de facto  Viúvo(a)  Divorciado(a)

4. Formação académica e profissional

Licenciatura em enfermagem

Especialização  (especificar) \_\_\_\_\_

Mestrado  (especificar) \_\_\_\_\_

Outra  (especificar) \_\_\_\_\_

5. Tempo de exercício profissional:

- <5 anos
- 5 – 10 anos
- 11 – 15 anos
- 16 – 20 anos
- 21 – 25 anos
- 26 – 30 anos
- 31 – 35 anos
- >35 – anos

6. Exerce funções no Serviço de:

- Medicina
- Urgência Geral
- Urgência SO
- Pneumologia e Infeciologia
- Serviço de Medicina Intensiva
- Cuidados Cirúrgicos Intermédios

7. Na sua prática profissional já vivenciou alguma situação em que se tenha dito ao doente que está internado, que tem direito a decidir sobre a morte, podendo realizar o Testamento Vital ou Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)? Sim  Não

8. Na sua prática profissional já teve alguma experiência em que foi dada a possibilidade ao doente de decidir com recurso às DAV? Sim  Não

**SECÇÃO B – PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE DAV (DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE)**

Leia cuidadosamente cada afirmação e coloque uma cruz no quadrado que melhor se adequa à sua opinião.

AFIRMAÇÕES	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1 - O meu conhecimento sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) é adequado à minha prática profissional.					
2 - DAV é um instrumento útil para os enfermeiros na hora da tomada de decisão sobre o doente em fim de vida.					
3 - O Procurador de cuidados de saúde nomeado pelo doente facilita a tomada de decisão para os profissionais.					
AFIRMAÇÕES	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
4 – A DAV consiste na vontade anteriormente manifestada por uma pessoa capaz, no que respeita aos cuidados de saúde que deseja ou					

não receber, no caso de se encontrar incapaz de expressar.					
5 – As DAV falham a nível prático, uma vez que os valores pessoais de um doente podem mudar após a declaração.					
6 - Estou disponível para refletir com o doente sobre a elaboração do documento de DAV se este me solicitar.					
7 - Atualmente o médico e o enfermeiro devem ter em atenção que o doente, enquanto indivíduo competente, pode ter feito escolhas sob a forma de Diretivas Antecipadas de Vontade.					
8 - As DAV refletem os valores e as preferências do doente na tomada de decisão terapêutica em fim de vida.					
9 - É importante que os doentes façam o seu Testamento Vital ou Diretivas Antecipadas de Vontade					
10 - Sou capaz de abordar este tema com um doente sem que este ou os seus familiares mo solicitem.					
11 – No documento de DAV pode constar a vontade clara e inequívoca do doente, de não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais.					
12 - Nas situações em que tiver conhecimento vou respeitar a Vontade Antecipada do Doente.					
13 – As DAV carecem de autoridade moral, uma vez que, se o paciente perdeu competência para compreender a situação em que se encontra, a sua vontade anterior não pode ser atendida.					
14 - O cumprimento das Diretivas Antecipadas de Vontade diz respeito apenas ao médico.					
15 – As DAV constituem uma forma legal de eutanásia.					
16 - No documento de DAV pode constar a disposição que expressa a vontade clara e inequívoca do doente de não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico.					
AFIRMAÇÕES	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
17 – A disposição de não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental não é uma vontade que possa ser					

expressa no documento de DAV.					
18- O cumprimento das DAV influencia a prática de enfermagem na decisão de não fazer, de não prestar o cuidado, ou intervenção de enfermagem ao doente em fase terminal.					
19- A legislação existente em Portugal sobre a implementação de DAV responde às necessidades dos profissionais.					
20 - A recusa do doente a tratamentos como: suporte básico de vida, alimentação e hidratação que apenas visem retardar o processo natural de morte, pode ser explícita no documento de DAV.					
21 - As DAV permitem aos profissionais de saúde aumentar o conhecimento relativamente aos desejos dos doentes.					
22 – No nosso país o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) já foi criado pelo Ministério que tutela a saúde					
23- É bom que os meus familiares façam as suas Diretivas Antecipadas de Vontade.					
24 – Pode ser um direito manifestado pelo doente no seu documento de DAV receber cuidados paliativos adequados, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada.					
25 - A DAV pode evitar a prática de uma «medicina defensiva», que visa prolongar a vida até ao limite.					
26 - DAV é um instrumento útil para os familiares dos doentes em fim de vida.					
27 - A DAV possibilita que os médicos não possam ser acusados de negligência.					
28- Considero a hipótese de fazer as minhas diretivas antecipadas de vontade no prazo de 2 anos com nomeação de Procurador de cuidados de saúde.					
29 – As DAV falham a nível prático, uma vez que a tecnologia biomédica pode evoluir e a descrição das situações clínicas podem levar a imprecisões dos reais desejos da pessoa.					
AFIRMAÇÕES	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
30 - É assegurado aos profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde ao doente, o direito à objecção de consciência quando					

solicitado para o cumprimento das DAV.					
31 - Considero a hipótese de fazer as minhas diretivas antecipadas de vontade no prazo de 2 anos mas sem nomeação de Procurador de cuidados de saúde.					

**Por favor confirme se respondeu a todas as questões.**

**Muito obrigada pela sua preciosa colaboração!**

## Anexo III

Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados



Ministério da Educação e Ciência  
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102  
3500-843 VISEU  
Telf. 232 419 100  
Telem. 961 011 800  
Fax 232 428 343

Exmo. Sr.  
Presidente do Conselho de Administração do  
**Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE**  
Av. Artur Ravara  
3814-501 AVEIRO

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº 102	Data: 30/01/2013
Processo: 70	

**Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Maria Emilia de Oliveira Neves, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica estão a realizar um estudo subordinado ao tema "A percepção dos enfermeiros sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)". Pretende-se com este estudo analisar a percepção dos enfermeiros sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade e identificar de que modo a experiência dos enfermeiros com as Diretivas Antecipadas de Vontade influencia a sua percepção sobre as mesmas.

O estudo aplica-se a aos enfermeiros a exercer funções nos Serviços de Urgência Geral/SO, Cuidados Cirúrgicos Intermédios, Medicina, Medicina Intensiva, Pneumologia e Infeciologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E..

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação junto de dos mencionados enfermeiros, no período de Fevereiro a Março de 2013.

Em anexo, enviamos exemplares do Instrumento de Recolha de Dados, da Declaração de Consentimento Informado e do Projeto de Investigação.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Ernestina Batoca Silva é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

EB/NC

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO

Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395

[sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt](mailto:sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt)

Matricula na Conservatória do Registo Comercial

de Aveiro

Capital Social 40.284.651 €

Pessoa Colectiva nº 510 123 210

Ex.mo Senhor

Presidente Escola Sup. Saúde Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida

3500-843 VISEU

S/ Ref.ª	S/ Comunicação de	N/ Ref.ª	Aveiro,
102	30-01-2013	040279	8-02-2013

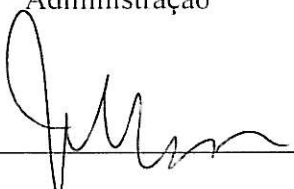
**ASSUNTO: Pedido de Autorização para efetuar Colheita de Dados.**

No seguimento do V/ofício, sobre o assunto em epígrafe, informa-se que está autorizada a realização do estudo subordinado ao tema “ A perceção dos enfermeiros sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) ”.

Quando for dado por concluído o projecto, deverá ser enviado um relatório final ao serviço de Formação e Investigação deste Centro Hospitalar.

Atenciosamente e com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de  
Administração



(José Afonso)

Na resposta indicar o numero e as referências deste documento. Em cada ofício tratar so de um assunto.

GM.

## Anexo IV

Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados aos  
Diretores de Serviço

Exmo Senhor

Director do Serviço

Centro Hospitalar Baixo Vouga

Av. da Universidade

3810-095 Aveiro

**Assunto:** PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico -Cirúrgica, Enfermeira do HIP, EPE Maria Emília de Oliveira Neves, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV). Os principais objetivos são: Analisar a perceção dos enfermeiros sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade; determinar a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a sua perceção sobre as DAV; identificar de que modo a experiência dos enfermeiros com as Diretivas Antecipadas de Vontade influencia a sua perceção sobre as mesmas.

A finalidade do estudo será contribuir para a uma reflexão e sensibilização perante esta temática.

Nesta perspectiva, solicitamos a V. Ex.<sup>a</sup> que se digne autorizar a realização da colheita de dados, durante o mês de Fevereiro/Março de 2013, junto dos enfermeiros do Serviço.

Em anexo, enviamos um exemplar do Questionário.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.<sup>a</sup>, caso entenda serem do interesse dos serviços. Mais informamos que a responsável pela orientação da investigação é a Exma. Sra. Professora Doutora Ernestina Silva, Mestre em Ciências de Enfermagem e Doutorada em Biologia.

Muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

Aveiro: Janeiro de 2013

---

(Maria Emília Oliveira Neves)

## Anexo V

Pedido de Parecer á Comissão de Ética



**PARECER**

**Nº 04/2013**

**ASSUNTO:** PARECER SOBRE O ESTUDO "PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE"

Tendo a estudante Maria Emília Oliveira Neves solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, 3º edição, incluindo como participantes os enfermeiros a exercer funções nos serviços de Urgência Geral/SO, Cuidados Cirúrgicos Intermédios, Medicina, Medicina Intensiva, Pneumologia e Infeciologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para identificar a perceção dos enfermeiros sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), revertendo-se em benefícios por contribuir para reflectir sobre a Lei nº 25/2012 de 16 de Julho e alargar o conhecimento nesta matéria; neste sentido, recomendamos que os dados sejam divulgados e que o relatório seja disponibilizado à instituição;
- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um questionário aos enfermeiros e, que a sua participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado por escrito;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e que será aposto um número para garantia da anonimização; recomendamos que a chave desta codificação deva apenas ser conhecida pelas investigadoras e a sua destruição após a discussão do trabalho; recomendamos também o cumprimento do segredo profissional por parte das investigadoras na codificação e tratamento dos dados;
- Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e reúne interesse científico para ser realizado.

Viseu, 26 de fevereiro de 2013

A presidente da CE da ESSV

## Anexo VI

Consentimento Informado

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.**

**Caro Senhor(a)**

No âmbito do 3º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema “**A perceção dos enfermeiros sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)**” e cujos principais objetivos são: Analisar a perceção dos enfermeiros sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade e identificar de que modo a experiência dos enfermeiros com as Diretivas Antecipadas de Vontade influencia a sua perceção sobre as mesmas.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

*- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*

*- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*

*- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*

*- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

\_\_\_\_\_ (localidade), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador

\_\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_