

# Testamento Vital- Perceção dos conhecimentos e Atitudes dos enfermeiros

---

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Este Relatório Final de Estágio inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

Aluna: Cristiana Isabel Alves Rodrigues  
Orientadora: Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

**Mai de 2019**

Rodrigues, C. I. A. (2019). Testamento Vital- Perceção do nível de conhecimentos e Atitudes dos enfermeiros. Relatório Final de Estágio. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança.

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.*

*Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”*

Madre Teresa de Calcutá

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer, em primeiro lugar, à Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, por mais uma vez me aceitar como sua pupila, nesta viagem sem fim, que é a investigação.

Aos meus pais, por me ampararem em todas as horas da minha vida e pela paciência que têm comigo.

À Isabel e à Paula, por todos os dias terem uma palavra de força e carinho para me dar e me encorajar.

À Filipa, por me ensinar que a vida tem que ser vivida de maneira intensa e por me incentivar; que também isto seja motivo de incentivo para ti...

A todos os enfermeiros que participaram neste estudo e que contribuíram para que este trabalho se realizasse.

À vida, por me ensinar que nada é controlável, nada é impossível e sobretudo por me dar a oportunidade de mais um dia...

## RESUMO

Este estudo diz respeito a um fenómeno que trata de preparar um futuro, no qual o ser humano se antevê a si próprio, e nessa circunstância se pretende proteger, ou pelo menos, poupar a sofrimentos ou explorações magoadoras: o Testamento Vital (TV). Por isso fez todo o sentido a criação legal e legitimada do documento que corporiza as Diretivas Antecipadas de Vontade. Todavia, e como é entendível, o conceito inerente às Diretivas Antecipadas de Vontade é algo pouco usado e pouco estudado, em Portugal. A história reflexiva, ético jurídica é recente, pelo que estas palavras e conceitos, representam figuras que são ainda pouco conhecidas e usadas pelo grande público, em geral, e pelos técnicos de saúde em particular. **Objetivos:** Reconhecer o nível de conhecimentos e os tipos de atitudes dos enfermeiros relativamente ao TV; reconhecer a atribuição da pertinência à temática em estudo e sensibilizar os enfermeiros para a vontade manifestada por cada doente, na sua prática profissional, através da apresentação dos resultados do estudo em contexto laboral. **Métodos:** É um estudo de natureza mista, quantitativa (exploratório e descritivo), relativamente a 80% de questões e qualitativo, considerando que 20% de questões apresentam respostas que solicitam análise de conteúdo, aplicado a uma amostra de 304 enfermeiros, respondentes, a um IRD produzido para o efeito, através de aplicação em Google Docs entre Janeiro de 2019 e Março de 2019. **Resultados:** verificou-se que a maioria da amostra (86,3%), apesar de insuficientes, tem conhecimentos acerca do TV. Os resultados revelam que a amostra respondente, demonstra 3 componentes atitudinais: uma boa aceitação relativamente ao tema, outra que refere curiosidade acerca do mesmo, e outra, curiosamente desocultadora, assumindo a falta de formação e informação como o maior obstáculo à utilização e sensibilização para o tema; A pertinência na prática é atribuída por 75% dos respondentes pese embora, haja 7,6% que consideram não ter aplicabilidade e 6,6% que além de não terem formação, não considera ter relevância na prática.

**Conclusão:** o nível de conhecimentos (insuficiente) verificado e a atribuição de pertinência na prática clínica revelam ser essencial o desenvolvimento de esforços para a sensibilização destes profissionais e a formação específica acerca do TV

**Palavras-chave:** Testamento Vital; Diretivas Antecipadas de Vontade.

## ABSTRACT

This study concerns a phenomenon that tries to prepare a future in which the human being foresees itself, and in this circumstance it is intended to protect, or at least to spare, the sufferings or exploits that are hurtful: the Living Will. Therefore, the legal and legitimate creation of the document embodying the Advance Directives of Will has made perfect sense. However, and as it is understandable, the concept inherent to the Directives Advance of Will is little used and little studied, in Portugal. The reflective, ethical legal history is recent, so these words and concepts represent figures that are still little known and used by the general public in general and by health care professionals in particular. Objectives: To recognize the level of knowledge and types of nurses' attitudes towards LW; to recognize the attribution of pertinence to the subject under study and to sensitize nurses to the expressed will of each patient in their professional practice, through the presentation of the results of the study in a work context. METHODS: This is a mixed, quantitative (exploratory and descriptive) study, with respect to 80% of questions and qualitative, considering that 20% of questions present answers that require analysis of content, applied to a sample of 304 nurses, responders, to an instrument of data collection produced for this purpose, through application in Google Docs between January 2019 and March 2019. Results: it was verified that the majority of the sample (86.3%), although insufficient, has knowledge about LW. the results show that the respondent sample shows 3 attitudinal components: a good acceptance in relation to the subject, another that refers to curiosity about the subject, and another, curiously disembodied, assuming the lack of training and information as the biggest obstacle to the use and awareness of the theme; The relevance in practice is attributed by 75% of the respondents even though there are 7.6% who consider that there is no applicability and 6.6% that besides not having training, do not consider it to be relevant in practice.

Conclusion: the (insufficient) level of knowledge verified and the attribution of pertinence in clinical practice show that it is essential to develop efforts to raise awareness among these professionals and specific training about LW.

**Key words:** Living will; advanced directives.

## ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

**TV** – Testamento Vital

**DAV**- Diretiva Antecipada de Vontade

**DAT** – Diretiva Antecipada de Tratamento

**RENTEV** - Registo Nacional do Testamento Vital

**IRD**- Instrumento de Recolha de Dados

**OE**- Ordem dos Enfermeiros

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
-----------------	----

### CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TÉORICO

1. Diretiva antecipada de vontade e testamento vital.....	17
1.1. Conceito, emergência e desenvolvimento cronológico.....	17
1.2. Pertinência e aplicabilidade.....	19
1.3. Questões éticas, legais e políticas.....	24
1.3.1. Diferenças entre Testamento Vital e Eutanásia.....	27
2. A diretiva antecipada de vontade vs obstinação terapêutica?.....	29
3. Valor legal e enquadramento das diretivas antecipadas de vontade.....	31
3.1. Diretivas Antecipadas de Vontade e Testamento Vital – realidade nacional e internacional .....	34

### CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA .....	38
1.1. Questões éticas do Estudo.....	38
1.2. Finalidade e objetivos do estudo.....	38
1.3. Tipo de estudo.....	39
1.4. População e amostra.....	39
1.4.1. Critérios de inclusão e exclusão.....	41
1.5. Instrumento de Recolha de Dados.....	41
1.6. Método de análise de dados.....	42
2. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	43
3. DISCUSSÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	69
4. CONCLUSÃO.....	75

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
---------------------------------	----

## ANEXOS

Anexo I- Relatório de Estágio

Anexo II – Questionário utilizado no estudo

Anexo III – Lei n.º 25/2012, Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Apresentação das respostas da amostra à pergunta: Tem acerca deste tema algum tipo de formação?

Gráfico 2 – Apresentação das respostas da amostra à pergunta: Vivência de situação em que foi dado ao doente a possibilidade de aceder à Plataforma para Fazer o seu Testamento Vital.

Gráfico 3 – Apresentação das respostas da amostra à pergunta: Conhecimento da existência de Testamento Vital ou diretiva antecipada de Vontade.

Gráfico 4 – Apresentação das respostas da amostra à pergunta: É necessário pagar-se para ter Testamento Vital?

Gráfico 5 – Apresentação das respostas da amostra à pergunta: Necessidade de existência de um Procurador de Cuidados para ter Testamento Vital.

Gráfico 6 – Apresentação das respostas da amostra à pergunta: O Testamento Vital tem validade para poder autorizar ou recusar a participação em estudos clínicos.

Gráfico 7- Apresentação das respostas da amostra à pergunta: O Testamento Vital, uma vez elaborado e devidamente assinado tem validade vitalícia.

Gráfico 8 – Apresentação das respostas da amostra à pergunta: Em situação de urgência, a equipa que atende a pessoa é obrigada a cumprir sempre o Testamento Vital.

Gráfico 9 – Apresentação das respostas da amostra à pergunta: Os elementos da equipa que presta cuidados, têm reservado o direito de objeção da consciência quando lhes é solicitado o cumprimento do Testamento Vital.

Gráfico 10 – Apresentação das respostas da amostra à pergunta: O conceito “Diretiva antecipada de vontade” e o conceito “Eutanásia” são a mesma coisa.

Gráfico 11 – Apresentação das respostas da amostra à afirmação: O meu conhecimento sobre Testamento Vital e Diretivas antecipadas de Vontade é adequado à minha prática.

Gráfico 12 – Apresentação das respostas da amostra à afirmação: O Testamento Vital é um instrumento útil para os profissionais de saúde na tomada de decisão.

Gráfico 13 - Apresentação das respostas da amostra à afirmação: Tenho conhecimentos suficientes para explicar ao doente todo o processo de elaboração do TV.

Gráfico 14- Apresentação das respostas da amostra à afirmação: Apresentação das respostas da amostra à afirmação: a equipa de saúde que atende o doente deve ter em conta que o doente, enquanto pessoa competente, pode ter feito escolhas que se manifestam através do TV.

Gráfico 15- – Apresentação das respostas da amostra à afirmação: Sou capaz de abordar o tema do Testamento Vital com qualquer doente, ou mesmo familiar, sem que este o solicite.

Gráfico 16 – – Apresentação das respostas da amostra à afirmação: No TV pode constar, como vontade do doente, a não submissão a medidas de suporte artificiais das funções vitais.

Gráfico 17 – Apresentação das respostas da amostra à afirmação: O cumprimento da vontade do doente, que fica registado no TV, diz respeito apenas ao médico.

Gráfico 18 – Apresentação das respostas da amostra à afirmação: As Diretivas antecipadas de Vontade podem evitar procedimentos que visam prolongar a vida do doente até ao limite.

Gráfico 19 – Apresentação das respostas da amostra à afirmação: A legislação existente em Portugal, relativamente ao Testamento Vital, responde às necessidades dos profissionais de saúde.

Gráfico 20 – Apresentação das respostas da amostra à afirmação: Estou disposto a fazer o meu Testamento Vital

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Representação sumária e global da amostra em estudo

Tabela 2 - Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável Género

Tabela 3 – Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável Estado civil

Tabela 4- Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável formação académica e profissional

Tabela 5- Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável Exercício profissional

Tabela 6 - Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável Local de trabalho

Tabela 7 – Tabela categorial representativa das componentes discursivas da amostra

## INTRODUÇÃO

O fenómeno em estudo trata de preparar um futuro, no qual o ser humano se antevê a si próprio, e nessa circunstância se pretende proteger, ou pelo menos, poupar a sofrimentos ou explorações magoadoras: o Testamento Vital. Toda a nossa cultura geracional, oferece o conceito de testamento, como um procedimento *pós mortem*, direcionado a outros. Aqui, trata-se de um procedimento *ante mortem*, direcionado a si próprio. E este processo pode ser difícil de viver e de iniciar. É completamente o inverso do conceito tão prazeroso de *carpe diem*... O estado de corpo que se posiciona mais como observador do término de vida do que da sua continuidade, necessita de reflexão fundamentada. E refletir acerca de algo não visível, não vivido, não conhecido, necessita de uma forte estrutura científica, ética e filosófica. Na cultura como na religião precisamos ter a imagem. Os humanos necessitam de criar uma imagem acerca dos seus objetos de reflexão e análise, e de produzir um discurso fundamentado, que crie uma estrutura que permita organizar o pensamento. O exercício pessoal e profundo da perscrutação de uma vontade antecipada, necessita desse trabalho, dessa imagem discursiva. Por isso fez todo o sentido a criação legal e legitimada do documento que corporiza as Diretivas Antecipadas de Vontade. Todavia, e como é entendível, o conceito inerente às Diretivas Antecipadas de Vontade é algo pouco usado e pouco estudado, em Portugal. A história reflexiva, ético jurídica é recente, pelo que estas palavras e conceitos, representam figuras que são ainda pouco conhecidas e usadas pelo grande público, em geral, e pelos técnicos de saúde em particular.

Só recentemente (2012) se procurou regular as diretivas Antecipadas de Vontade sob a forma de Testamento Vital, bem como a nomeação de um Procurador de Cuidados e a criação do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) para poder efetivar todo este processo. O Procurador de Cuidados é alguém escolhido pela pessoa, que conhecendo os valores éticos e morais da mesma, ficará responsável por expressar as suas vontades, quando este não se encontrar em condições para o fazer. As suas funções serão, fazer cumprir as vontades manifestadas pelo doente, quando este já não puder decidir por si próprio (Santos, 2011). É fundamental que a pessoa selecionada para ser o Procurador de Cuidados obedeça a alguns critérios, tais como: ser uma pessoa da confiança do doente, que o conheça bem e deve ainda ser dotado de competência para o exercício

de todos os atos jurídicos, isto é, ser maior de idade, não interdito ou inabilitado por anomalia psíquica. Atualmente, a nomeação do Procurador de Cuidados de saúde já vem implícita no formulário correspondente às DAV. Dele constam dois procuradores, o principal e um substituto, em caso de necessidade.

Segundo a Lei nº 25/2012, de 16 de julho, (Anexo III), as diretivas antecipadas de vontade são “ *o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual a pessoa, maior de idade e capaz, que não se encontre interdita e inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde...* ” (art.º2º).

Esta mesma Lei, além de definir o conceito de Diretiva Antecipada de Vontade dispõe todo o conteúdo de que o documento deve dispor, bem como a sua forma, os requisitos de capacidade, os limites jurídicos e éticos das Diretivas Antecipadas de Vontade, a eficácia e revogação do mesmo. A par destes itens, pode ainda ler-se no documento a condição do direito à objeção por parte do profissional e nomeação do Procurador de Cuidados bem como a sua representação.

Por ser uma temática por muitos desconhecida e por haver cada vez mais conhecimento acerca das questões relativas à saúde, autores como Santos (2011) e Nunes (2008) dedicaram-se a estudar esta problemática e a defendê-la em Portugal. Atualmente existe pouca produção científica nacional, contrariamente a outros países, - como em capítulo próprio se apresentará - onde estas questões estão dispostas há mais tempo e são debatidas eticamente, conforme as necessidades e apelos ético sociais.

Em contextos cuidativos ao doente crítico é essencial compreender esta necessidade de discutir e analisar o TV e as DAV, já que as competências destes cuidadores – os enfermeiros especialistas em Médico Cirúrgica- são excecionalmente dirigidas para alto risco de vida, onde estes profissionais terão que dispor de um nível de conhecimento e capacidade analítico-reflexiva que lhes permita uma tomada de decisão precisa.

Devido à escassa informação científica nesta área, em Portugal, considerou-se pertinente reconhecer o nível de conhecimentos e sensibilidade de uma parte do tecido humano da Equipa de Saúde – os enfermeiros – para perspetivar a necessidade do seu

aprofundamento e divulgação. Assim, foi proposta a elaboração deste estudo, tendo sido delineados os seguintes objetivos específicos:

1. Reconhecer os conhecimentos dos enfermeiros acerca do TV;
2. Conhecer o tipo de atitudes dos enfermeiros relativamente ao TV;
3. Reconhecer a pertinência da temática em estudo: o TV.
4. Sensibilizar os enfermeiros para a vontade manifestada por cada doente, na sua prática profissional, através da apresentação dos resultados do estudo em contexto laboral.

Para dar consecução a estes objetivos, operacionalizou-se um estudo de natureza quantitativa considerando que duas questões apresentam respostas que solicitam análise de conteúdo.

O estudo parte de um construto inicial, que sustentou a pertinência para a aplicação de um questionário *on line*, cujas respostas, serão apresentadas na segunda parte deste texto de investigação.

Assim sendo, e de uma forma mais pormenorizada para servir a compreensão do leitor, apresenta-se o desenvolvimento do estudo, dividido metodologicamente em três partes distintas:

A primeira parte, ou primeiro capítulo, apresenta o construto teórico, onde se abordam os conceitos que corporizam o Objeto de estudo, ou seja, o tema e a essencial contextualização filosófica, ética e jurídica - com algumas referencias a realidades de outros países – por forma a criar um corpo fundamentado de conhecimento nesta temática, que sirva de estrutura e fundamentação científica para a questão que aqui se pretende reconhecer: Será que o TV é do conhecimento da equipa de saúde, nomeadamente dos enfermeiros? E será que é pertinente ter dele conhecimento?

Na segunda parte ou segundo capítulo, está descrito todo o *rationale metodológico* onde se incluiu as questões de ordem ética inerentes à investigação, os objetivos formulados e a finalidade do estudo, o tipo de estudo, os materiais e métodos selecionados – incluindo recursos humanos e materiais - para utilização no processo de elaboração. Assim, serão apresentados a amostra, o instrumento de recolha de dados utilizado, a respetiva validade e fidelidade, a metodologia de aplicação e seleção da análise de dados, bem como as problemáticas e constrangimentos.

Ainda no segundo capítulo, serão apresentados os resultados: inicia-se pela apresentou-se a caracterização da amostra em estudo, e apresentam-se os resultados

relativos às variáveis selecionadas, donde emergem as respostas recolhidas. No capítulo seguinte, apresenta-se a discussão dos resultados, fazendo a análise comparativa possível entre os resultados deste estudo e quaisquer outros que até ao momento sejam do conhecimento da autora.

A conclusão apresentou a sumula de todos os objetivos e resultados obtidos.

**CAPITULO I**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1. Diretiva Antecipada de Vontade e Testamento Vital**

O texto que a seguir se apresenta diz respeito ao objeto de estudo, enquanto construção social e cultural, integrada no contexto jurídico e legal em Portugal, no momento atual. Sem pretender ser exaustivo, este enquadramento tem como finalidade apresentar o TV integrado nas DAV no contexto do seu organismo que é o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), que tem como finalidade receber, registar, organizar e manter atualizada, quanto aos cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, a informação e documentação relativas ao Documento de Diretivas Antecipadas de Vontade e à procuração de cuidados de saúde. Assim, o RENTEV é o sistema de informação que permite a recolha, a manutenção e a gestão do acesso aos Testamentos Vitais dos cidadãos que pretendem outorgar um documento de diretivas antecipadas de vontade (DAV). Este sistema é suportado por uma base de dados de âmbito nacional, que centraliza e mantém atualizados os Testamentos Vitais e os Procuradores de Cuidados de Saúde, garantindo aos cidadãos a sua consulta (e ao respetivo procurador de cuidados de saúde, caso exista), bem como aos médicos responsáveis pela prestação de cuidados de saúde.

### **1.1. Conceito, emergência e desenvolvimento cronológico**

Antes de iniciar qualquer abordagem ao tema do Testamento Vital, é necessário ter em consideração dois pontos cruciais: o princípio de autonomia e o conceito de consentimento informado, livre e esclarecido.

O princípio da autonomia reúne em si, a ideia de respeito pelo indivíduo e dignidade do mesmo (Neto, 2013), enquanto portador de capacidade psíquica inata, e, tendo a liberdade de, em consciência e devidamente informado (ciente dos riscos e benefícios das suas escolhas), decidir quais os tratamentos e as intervenções que pretende ou não consentir e conseqüentemente submeter-se.

O consentimento informado é a manifestação do respeito pela pessoa enquanto ser humano, estando doente ou não, e pela sua autonomia e capacidade decisória. É um documento que permite à pessoa, ver respeitado o seu direito à integridade corporal e autonomia, no que é referente à participação ativa da tomada de decisões relativas à manutenção da sua saúde e de todas as intervenções que estão inerentes (DGS, 2013). O consentimento pode ser expresso de forma oral ou escrita, sendo que em qualquer dos

casos, deve ter em consideração a noção de total compreensão e autonomia, por parte de quem dá o consentimento e deve constar sempre do processo clínico de cada pessoa.

A informação prestada para obtenção do consentimento informado livre e esclarecido, deve ser clara, concisa e acessível e existir um período de tempo para reflexão, que permita à pessoa avaliar a situação casual, e conseguir elaborar uma reflexão pessoal à luz dos seus princípios e necessidades.

Neste contexto e a par do consentimento informado, surge o conceito de Testamento Vital, com o intuito de dar resposta a questões mais profundas que o consentimento informado não dá.

Numa perspetiva etimológica, o conceito testamento provém do latim *testamentum* que significa o ato solene pelo qual se dispõe, de todos ou alguns bens, para depois da morte. Se se assumir este conceito relativamente à vida, chegamos ao conceito Testamento Vital. Este conceito, surgido recentemente, tem gerado alguma controvérsia entre os científicos que abordam esta questão.

Testamento Vital (TV) é a tradução para português da expressão americana *living will*. Segundo Santos (2011) o termo *living will* abrange apenas a declaração ou a diretiva associada ao tratamento, elaborada tendo em conta, a perspetiva futura em que a pessoa já não se encontrará mentalmente capaz de tomar decisões acerca dos tratamentos que deseja receber ou não. Em 1969, Luís Kutner descreveu um documento no qual um adulto era capaz de expressar um conjunto de autorizações em relação ao seu tratamento, em caso de perda da consciência.

A função inicial deste documento, associada a vontade em vida, era evitar, o uso de medidas que poderiam acabar por se tornar uma "crueldade terapêutica" para a pessoa (Salgado, 2015).

Para Dworkin (1993) o TV é uma reivindicação da doutrina do consentimento esclarecido, segundo o qual o consentimento não produz efeitos no imediato, mas no futuro mais ou menos próximo. Mais tarde, a reivindicação do consentimento, seria mediatizada quando vêm a público três casos complexos que propunham muito mais que um simples TV.

Há pouco mais de 10 anos, em 1990, chegou a Portugal, o *Patient Self Determination Act* sendo uma lei federal, e a conformidade obrigatória, o seu objetivo é garantir que o direito do paciente à autodeterminação em decisões de cuidados de saúde seja comunicado e protegido. Através de diretivas antecipadas, o doente tem o direito de aceitar ou rejeitar o tratamento médico ou cirúrgico. (Kelley, 1995).

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são “*instruções elaboradas antecipadamente por um pessoa maior de idade e capaz, relativamente a cuidados de saúde que clara e inequivocamente pretende consentir ou dissentir num momento futuro em que se encontre impossibilitada de manifestar a sua vontade e transmitir as suas próprias decisões*” [Parecer 95/2017 do Conselho Nacional de Ética e Ciências para a Vida (CNECV) , p. 2]. Segundo o CNECV, as DAV são apenas indicações expressas, através de um documento chamado TV, e independentemente da forma que assumam – TV ou Procuração de Cuidados de Saúde – as DAV constituem instrumentos de afirmação da autonomia e autodeterminação, colocados à disposição de qualquer pessoa.

## **1.2.Pertinência e aplicabilidade**

Existe uma questão pertinente que passou a ser feita com muita mais avidez que noutros tempos, que tem a ver com a temática: por que razão se começou a falar de TV e/ou DAV, no âmbito dos cuidados de saúde?

Este documento surgiu da necessidade de haver instruções específicas sobre os cuidados e tratamentos, que as pessoas, enquanto doentes, gostariam de receber ou recusar, caso não se encontrassem com faculdades mentais para poder decidir sobre os mesmos. Era necessário deixar esclarecidas as circunstâncias em que estas indicações ou instruções seriam ambíguas ou não, e se poderiam estar ou não, adequadas à situação clínica da pessoa em questão.

Já no século passado Illich (1975) defendia que apesar do progresso global da medicina e o impacto que as técnicas modernas teriam na vida do doente, reduzindo as morbidades e prolongando a esperança de vida, era necessário ter atenção se esse não seria o passo para uma possível iatrogenia cultural. Isto porque o doente, enquanto pessoa e ser cultural, tem como princípio que a sua saúde será sempre o mais importante e tudo fará para que isso se verifique. Neste sentido, procura todos os meios possíveis ao seu alcance para curar a doença e prolongar a vida.

No entanto, esta questão é muito atual e verificada aos nossos dias; deve considerar-se que qualquer pessoa tem uma maior literacia, relativamente à sua saúde e a todas as opções que pode ter. O conhecimento sobre a sua condição clínica, permite à pessoa, escolher qual o tratamento mais eficaz para si. É aqui que se enquadram os tratamentos ou intervenções que possam levar à obstinação terapêutica. Tratamentos tais como quimioterapia ou participação em ensaios clínicos, que efetivamente contribuem para o desenvolvimento da ciência, mas que no entanto, poderão prolongar a vida e possível condição de sofrimento da pessoa.

É certo que, à medida que a medicina avança, tendo em consideração as questões éticas e legais é dada cada vez mais importância ao princípio da autonomia e autodeterminação do doente. Consequentemente, também assim, se foi dando mais relevância ao consentimento informado, livre e esclarecido por parte do doente com capacidade de decisão) em relação às intervenções propostas.

É notório que o TV é um documento essencial para que o doente, possa manifestar a sua vontade relativamente às intervenções que considere favoráveis à sua situação clínica

### **Um olhar sobre a perspectiva ética...**

O estudo deste conceito necessita um olhar a outras áreas das ciências humanas e sociais, não só para compreender a emergência do conceito *per se*, mas sobretudo e também para compreender que movimentos e interações humanas e institucionais plasmaram as energias que se foram constituindo, como “corpo” dessa emergência.

Na verdade o conceito não emerge simultaneamente em todo o mundo, nem sequer em todo o mundo ocidental, ou europeu. O facto é que este tipo de construção de cultura relacional humana, parte quase sempre de dessintonias sentidas ao nível do conceito primordial e superior, reconhecido como os Direitos Humanos.

A elaboração, pelo Conselho da Europa, da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano, face às Aplicações da Biologia e da Medicina (1997), pela UNESCO, da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (2005) pretendeu dar resposta à necessidade sentida, de se encontrar um mínimo ético - à escala global - e desta maneira, poder proteger de forma efetiva os direitos dos doentes, designadamente, o direito à autodeterminação pessoal.

Ora esta determinação, parte desses profundos e amplos conceitos que são a liberdade e a autonomia, a partir do conhecimento.

O conceito de autonomia refere-se, à perspectiva de que cada ser humano deve ser verdadeiramente livre, dispondo das condições mínimas para se auto-realizar.

No entanto, o conceito de autonomia pode não se limitar só ao doente adulto. Na verdade, e principalmente, as questões ligadas a esta vertente da ética, diz também respeito às decisões e manipulações clínicas, quando se trata de crianças e adolescentes, ou outras pessoas com incapacidade de decisão, contexto que se designa por autonomia familiar. Todos os procedimentos, técnicas e intervenções carecem de consentimento informado, livre e esclarecido, sendo esta condição considerada como um imperativo de ética profissional (Nunes, 2008).

### **Um olhar sobre Autonomia Individual como liberdade negativa...**

Legalmente, a autonomia individual constitui uma liberdade negativa, querendo com isto dizer (González, 2013) que, representa primariamente a cedência ao indivíduo de um campo de atuação isento de coerção externa, designadamente por parte do Estado.

Por outro lado, esta concessão – como direito Humano - permite a cada pessoa, ser o próprio instrumento da sua autorrealização pessoal. O TV surge, como referido anteriormente, da necessidade ética e filosófica de se assumir um pressuposto que diz respeito à vontade do doente e à sua autonomia. Este conjunto de orientações ou normativas, pedidas e esclarecidas pelo doente, deve ser criteriosamente respeitada por todos os profissionais de saúde, no sentido de poder dar cumprimento à sua diretiva associada de vontade enquanto pessoa.

Esta questão é aqui fundamental, já que este estudo foi desenhado, considerando uma componente essencial das equipas de saúde, os enfermeiros, que são de facto os elementos cuidativos, que permanecem mais tempo em proximidade física e observacional com os doentes. Importa por isso que estejam bem informados acerca do que é o TV e o que na praxis significa, e como pode e deve ser usado, no sentido de dotar – no sentido de empoderar – os doentes dessa base essencial que é o conhecimento, como essência da liberdade de decisão e de consciência crítica. No que às equipas de saúde diz respeito, convém lembrar que os princípios que se impõem como fundamentais, relativamente à Bioética Clínica são: o da autonomia, o da beneficência e não maleficência e o da justiça (Nunes, 2008). Por isso convém aqui, refletir um pouco acerca destes conceitos.

O princípio da autonomia reúne em si, a ideia de respeito pelo indivíduo e dignidade do mesmo (Neto, 2013), enquanto portador de capacidade psíquica inata, e,

tendo a liberdade de, em consciência e devidamente informado (ciente dos riscos e benefícios das suas escolhas), decidir quais os tratamentos e as intervenções que pretende ou não consentir e conseqüentemente submeter-se. Neste contexto de grande complexidade e invasão clínica, seria tranquilizador para o doente, e sensato para os enfermeiros, ter destes conceitos o conhecimento necessário. Também por isto mas não só, e segundo a mesma autora (Neto, 2013), outro princípio que se relaciona intimamente com a autonomia, é o princípio da beneficência e não maleficência. Este prevê, por um lado, que não se faça mal, ou seja, que não se prejudique e, por outro lado, que se tente maximizar os benefícios e se diminuam os danos.

E portanto, esta consciência deve estar implícita a todos os cuidadores. Mesmo que aos enfermeiros não caiba decidir a terapia, terão que ter dela o suficiente conhecimento, para conseguirem construir uma consciência profissional e cuidativa. Mas também não só por estes conceitos. É que, não menos importante que os anteriores, o princípio de justiça, defende que todos os cidadãos, independentemente das suas condições pessoais, sociais, económicas e religiosas espirituais, devem ter acesso e oportunidade de aceder aos mais desenvolvidos recursos de saúde, ou seja, à equidade no acesso aos cuidados de saúde (Neto, 2013).

A bibliografia vem apresentando que a grande maioria dos doentes assume desejar ser informada sobre os seus diagnósticos (Martinez, 2007), mas que existe entre os mesmos uma considerável variedade sobre o seu desejo de participar na tomada de decisão acerca dos tratamentos que tenha que vir a realizar: de facto revela-se que são atitudes completamente individualizadas, sendo impossível predizer quais as preferências de cada doente em relação a essa mesma tomada de decisão. Aparentemente, este assunto pode parecer pouco magoador, em conseqüências e extensão, pelo que o conhecimento dos enfermeiros acerca das práticas terapêuticas, não parece essencial. Mas não é exatamente assim. O mesmo autor refere ainda que o desacordo entre os profissionais de saúde e os doentes pode prolongar as intervenções ou técnicas indefinidamente, mudando o processo natural de morte e provocar confusão e dilemas morais tanto nos profissionais como no doente e na sua família (Martinez, 2007). É neste sentido que urge a necessidade de dar a todas estas questões éticas e morais, uma forma de uniformização dos desejos expressados pelos doentes.

### **Para compreender esta aplicabilidade em contextos cuidativos de doente crítico...**

É essencial compreender esta necessidade de discutir e analisar o TV e as DAV nos contextos de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (Lei 156/2015), já que as competências destes cuidadores são exceccionalmente dirigidas para alto risco de vida, onde os enfermeiros terão que dispor de um nível de conhecimento e capacidade analítico-reflexiva. A aplicabilidade das DAV faz sentido perante as competências específicas do enfermeiro especialista em médico cirúrgica, nomeadamente, as competências relativas ao “*Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*”(art.º 3º, reg.429/2018). É neste contexto e considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de risco de vida e à sua família, que o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Tal como refere o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica “*os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total*” (OE, 2018). É no sentido da limitação das incapacidades, de uma tomada de decisão precisa e sobretudo de uma prestação de cuidados de qualidade, que deve ter-se em conta a vontade antecipadamente manifestada pelo doente.

É no processo de análise que o enfermeiro especialista faz, e que se manifesta através da gestão diferenciada da dor e do bem -estar da pessoa em situação crítica, otimizando respostas; da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família e cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e na assistência a pessoa, ou família, nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença, visando sempre o melhor para o doente, que se aplica a pertinência considerada às DAV.

### 1.3. Questões éticas, legais e políticas

O TV e/ou as Diretivas Associadas à Vontade/ Tratamento são dois conceitos que estão ligados à preservação da qualidade de vida da pessoa; os mesmos dois conceitos significam uma mesma prática.

O conceito de TV, proveniente do *living wills* (procedente da designação inglesa), foi inicialmente utilizado pelos países, no início da discussão acerca da temática. Só mais tarde se começou a utilizar o conceito de DAV

A expressão americana para o conceito de DAV (*advance directives*) (Santos, 2011) diz respeito à nomeação de um Procurador de Cuidados de saúde.

Clarificando o conceito de DAV, Venozzi (2008) refere que é uma declaração sobre o tipo de tratamento que se desejaria ter, na perspetiva da incapacidade de elaborar uma decisão sobre o próprio tratamento, quando essa necessidade surgir. Nesta mesma diretiva é feita referência à necessidade de nomeação de uma pessoa para tomar decisões em nome do doente, dar instruções sobre os tratamentos a receber ou não.

É de suma importância referir que, embora uma DAV se refira sobretudo aos tratamentos ou intervenções médicas que se pretendem recusar, pode também assinalar-se tratamentos ou intervenções específicas desejadas, caso nada haja a objetar por parte dos profissionais de saúde.

Após reflexão de dois conceitos que denotam um mesmo significado, qual será correto utilizar? Há alguma divergência nesta análise.

O correto seria utilizar a expressão de Diretiva Antecipada de Tratamento e não de Vontade (Santos, 2011), por saber que se trata de uma manifestação de vontade muito concreta e não de uma vontade ainda por caracterizar, sendo claro que, estas diretivas estão fundamentalmente voltadas para os tratamentos.

Outra perspetiva autoral defende que testamento, designa, segundo o étimo, a última vontade a considerar depois da morte, e o TV só decorre em vida. Como tal, o conceito testamento não é o correto, mas sim disposições antecipadas de vontade (Ascensão, 2014). Este autor faz alusão a disposições e não diretivas, pois este último termo denota uma ordem e o que se verifica de facto é que se trata de uma determinação.

É necessário cogitar que, uma DAV, expressa uma declaração de valores e instruções a partir dos quais, a pessoa perspectiva a sua qualidade de vida e dependendo disso, deixa instruções para os futuros tratamentos, que pode recusar ou não, mediante determinada situação clínica. E do ponto de vista do continuum de vida, qualquer cidadão, em qualquer momento - sem motivo evidente nem sequer relacionado com situação circunstancial de patologia - pode, se for seu entender, declarar nesta plataforma disponível, o que entender relativamente ao que pretende aceitar ou recusar, relativamente a si, em termos do contexto saúde-doença.

Legalmente, e como o próprio nome indica, um Testamento, requer um documento de designação de um procurador (neste caso, um Procurador de Cuidados de saúde que será responsável por fazer cumprir as instruções designadas no mesmo) que, de acordo com a lei atual, não é obrigatório. Pode ser usada esta expressão desde que se compreenda que ela designa as duas formas de diretivas antecipadas de tratamento, em conjunto ou separado. Assim sendo, pode considerar-se que tanto o conceito de TV como o conceito de DAV, embora distintos, são uma mesma conceção de significados.

As DAV deverão ter um conteúdo funcional que permita assinalar ao doente as suas preferências deixando sempre alguns espaços em branco, para que este possa preencher com as suas manifestações mais específicas ou algum esclarecimento, se assim achar. No entanto as DAV deverão ter uma estrutura na qual conste o que o outorgante (doente) conhece sobre o seu estado de saúde e eventuais preocupações que esta situação lhe provoca, bem como os critérios e valores pessoais que dão sentido à sua vida<sup>1</sup> e sustentam as suas decisões no processo de doença.

Deste documento devem constar também as situações clínicas em que deseja que as suas DAV sejam respeitadas (condição cerebral irreversível, doença em fase terminal, etc.) e as instruções que deseja que sejam respeitadas relativamente a tratamentos ou técnicas; devem constar instruções sobre a necessidade de assistência religiosa e sobretudo a designação de um Procurador de Cuidados de saúde, bem como a designação de um substituto (ainda que não obrigatório). Por fim, e não menos importante, considerar que tudo o que foi escrito anteriormente foi feito de forma livre, consentida e

---

<sup>1</sup>Estes critérios e valores são concretizações da noção que o doente tem sobre dignidade deseja que sejam respeitados.

esclarecida, reiterando-se que existe conhecimento sobre a validade temporal do documento (Santos, 2011).

Segundo a Lei nº 25/2012, (Anexo III) no nosso país, “podem constar do documento de DAV as disposições que expressem a vontade clara e inequívoca do outorgante, nomeadamente:

- a. não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais;
- b. não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado 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;
- c. receber cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo terapêutica sintomática apropriada;
- d. não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;
- e. autorizar ou recusar a participação em programa de investigação científica ou ensaios clínicos.” (Artigo 2º, nº2)

Uma DAV genuína não expressa só as preferências, valores ou interesses pessoais de um doente, é também um documento executivo, mas o valor executivo de uma diretiva que recusa um tratamento é sempre maior que o da diretiva que o solicita, isto é, a obrigação correspondente por parte do cuidador de seguir uma diretiva é maior quando o doente recusa o tratamento (Martínéz, 2007).

No sentido de melhor clarificar, estão ainda por considerar questões de índole religiosa, que muitas vezes afetam diretamente as decisões sobre a execução ou não de uma DAV.

Perante uma situação de extrema delicadeza e aquando da decisão da pessoa para nomear um Procurador de Cuidados de saúde, surge muitas vezes a dúvida sobre a quem pertence afinal a vida do próprio. Neste contexto, existem posições variadas e completamente opostas, sendo que numa perspetiva religiosa muitas pessoas poderão defender que a vida pertence a Deus e, outras, dirão que pertence ao ser humano. Nesta

mesma perspetiva, a crença religiosa influencia as escolhas que os utentes fazem relativamente ao significado de ter uma morte natural ou não (Santos, 2011).

### **1.3.1.Diferenças entre Testamento Vital e Eutanásia**

Ao analisar todo o progresso existente no campo da medicina é claramente notório a existência de cada vez mais ambivalências e questões de ordem ética, ligadas a procedimentos e técnicas a realizar ao doente no contexto de fim de vida. É neste tipo de situações que os profissionais de saúde devem ter a capacidade de conceber, antes situações limite, se a aplicação de meios terapêuticos de forma excessiva poderão ser, ou não, uma ofensa à dignidade da pessoa doente.

Mas é também neste contexto de tentativa de perceção da vontade do doente que existem as questões éticas que, muitas vezes fazem com que se confunda o TV com a Eutanásia. O termo Eutanásia provém do grego *euthanasía*, que significa *boa morte*, fácil ou morte feliz, e pressupõe a defesa do direito a uma morte sem dor e sofrimento, de doentes incuráveis. Este termo foi cunhado, já por Francis Bacon (1561 – 1626), no século XVII.

No entanto a sua prática é muito mais antiga, remontando à Grécia e Roma antigas, e era realizada como forma de “livrar” a sociedade de enfermos à beira da morte. Desde então, a ação passou a ser realizada de forma rotineira, até a popularização das religiões monoteístas, como o cristianismo e o judaísmo, que trouxeram uma grande rejeição à eutanásia (Arêas, 2016).

Segundo a Lei belga<sup>2</sup>, a eutanásia é “o ato praticado por terceiro (s) que põe termo, intencionalmente, à vida de uma pessoa a pedido desta” (Patto, 2008, p. 139).

Como já vimos anteriormente e segundo Santos (2011) o TV não é mais que uma vontade antecipadamente escrita e manifestada pela pessoa doente, sobre possíveis tratamentos e procedimentos a ter sobre si, num contexto de situação considerada limite. Após reflexão, como se considera a ligação entre eutanásia e TV ou DAV? É neste sentido que é necessário especificar os detalhes, os tipos e as intervenções que envolvem a eutanásia. Conforme revela a literatura, a designação do conceito de eutanásia pode ocorrer de distintas formas, em relação ao *ato em si*, de acordo com a distinção já

---

<sup>2</sup>A Bélgica foi, juntamente com a Holanda e o Luxemburgo, os primeiros países da Europa a despenalizar a eutanásia. Ainda assim a questão da despenalização da eutanásia, na Holanda, remonta a meados dos anos 60, altura em que houve uma maior reivindicação dos direitos dos doentes (Santos, 2009).

clássica; nessa perspetiva Neukamp (1937) refere que a *eutanásia ativa*, é o ato *deliberado* de provocar a morte sem sofrimento do doente, por fins humanitários; a *eutanásia passiva*, quando a morte ocorre por *omissão* em se iniciar uma ação médica que garantiria a perpetuação da *sobrevida* ou suspensão de um procedimento, como por exemplo a suspensão de ventilação assistida.

A eutanásia, segundo um estudo realizado pela Associação Portuguesa de Bioética, em 2007, corresponde “...à morte intencional de um doente, a seu pedido (*firme e consistente*), através da intervenção direta de um profissional de saúde.” Isto prevê que esta realidade nada tem que ver com o TV, que funciona como uma diretiva para uma eventual situação limite de doença e não para a sujeição a determinados tratamentos, pois a eutanásia pressupõe um pedido para colocar fim à vida da pessoa doente, seja ou não numa situação de terminalidade e irreversibilidade da doença (Neto, 2013).

Mas não parece ser uma perspetiva exatamente única, no sentido de conceção absoluta. Outros autores, tais como Figueiredo Dias citado por Duarte (2016) referem que a eutanásia é “ o auxílio prestado, de acordo com a sua vontade, real e presumida, a uma pessoa severa e irrecuperavelmente enferma, frequentemente em insuportável sofrimento, no sentido de lhe tornar possível uma morte em condições que o enfermo reputa, ou há razões para presumir, que repute, humanamente dignas”. (p. 56)

Com todos estes conceitos, anteriormente expostos, e segundo a perspetiva de Duarte (2016), sabendo que o TV é o documento que permite ao doente recusar previamente determinados tratamentos ou intervenções médicas, tendo em vista o momento em que se encontra numa situação terminal, e tendo em causa que estes tratamentos possam ser considerados encarniçamento ou obstinação terapêutica, parece óbvio não se tratar de uma questão de eutanásia, ainda que passiva. Assim sendo, considera-se que a eutanásia passiva constitui uma omissão médica, relativamente a processos, decisões e meios convenientes para manter ou alongar a vida de qualquer pessoa, resultando de uma morte antecipada. Tendo como base os pressupostos e conceções aqui visitadas, considera-se que não se revela aqui nenhum tipo de conduta ativa ou que inclua omissão, no sentido de antecipar a morte da pessoa; existe sim, o facto de aceitar a morte de uma forma natural, tendo sempre em conta, a última vontade do doente, mesmo que isto signifique recusar algum tipo de tratamento por ele expresso anteriormente.

## **2. A Diretiva Antecipada de Vontade VS a obstinação terapêutica**

Existe algum estigma de que as DAV servem apenas para evitar a obstinação terapêutica numa fase terminal de vida, não sendo isto o correto. Esse é apenas uma maneira limitadora de se considerar e refletir sobre o que é a DAV. Para se poder discernir este estigma é necessário refletir que a obstinação terapêutica ou encarniçamento terapêutico é, não mais do que uma incorreta prática por parte dos profissionais de saúde.

A bibliografia oferece algum convite à reflexão acerca desta matéria. Por exemplo, o estudo de Carvalho & Lunardi, (2009), trabalha a Obstinação terapêutica como questão ética em enfermeiras de unidades de terapia intensiva. Partindo do pressuposto de que, uma vez considerada a patologia incurável, mas sim e só paliável, é claramente necessária a intervenção cuidativa de enfermagem à pessoa, e que portanto, e no respeito pela integridade da pessoa doente, o assunto exige reflexão por parte dos enfermeiros, já que o cuidado é a base do exercício profissional da enfermagem. Assim, as autoras defendem que a obstinação terapêutica, está presente nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), mas que ainda é pouco discutida, e especialmente pela equipa de enfermagem, cujos elementos, após as prescrições, se tornam responsáveis por implementar procedimentos, dos quais, muitas vezes, podem discordar. Esta pesquisa, teve a finalidade de compreender como é que os enfermeiros das UCIs vêm enfrentando a aplicação de medidas terapêuticas que reconhecem como fúteis. Os resultados da análise de conteúdo às entrevistas realizadas, demonstram que *“os recursos terapêuticos podem estar sendo usados abusivamente, valorizando a vida, independente de suas condições, criando situações em que se pode identificar a obstinação terapêutica, não existindo definições claras do melhor a ser feito pelo paciente...”* (Carvalho & Lunardi, 2009), pelo que é necessário avaliar as medidas terapêuticas a serem utilizadas com pacientes em processo de morrer e de morte, de modo que possam viver a fase final de sua vida com qualidade. E neste contexto importa revisitar o conceito de obstinação terapêutica.

Estes resultados e respetivos contextos, ajudam-nos a compreender os conceitos que definem algumas situações de incoerência da prática, na sobrecarga de tratamentos ou atitudes terapêuticas, que os médicos e outros profissionais de saúde fazem, no sentido de prolongar a vida ao doente, independentemente da sua qualidade. Assim, importa conhecer como é que Siqueira-Batista e Schramm (2004) referem este conceito: os autores consideram a obstinação terapêutica como o recurso a formas de tratamento cujo

efeito é mais danoso do que os efeitos da doença, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor do que os inconvenientes previsíveis.

Existe um modelo de TV de cariz religioso, adotado pela Comissão Episcopal da Pastoral da Saúde de Espanha, que além de expor as crenças religiosas e espirituais do doente, faz referência à aproximação a uma situação considerada crítica e irreversível, em que sejam cessados os tratamentos considerados desproporcionados, mas que não lhe seja aplicada a eutanásia ativa.

Neste caso, este documento utilizado (que não é mais que uma diretiva antecipada de vontade), é entendido para alguém que já se encontra em processo de morte. Marquéz (2007) relata que em situações de fim de vida, alguns profissionais de saúde nomeadamente, os médicos, guiados pelo imperativo tecnológico, são apologistas de submeter o doente a todos os tratamentos possíveis e fazem todos os esforços, para provocar uma certa obstinação terapêutica, contra os interesses ou desejos do doente. Outra das questões que surge no seguimento do estudo e exploração deste tema é se uma DAV tem apenas em vista doentes terminais.

Para se justificar esta questão é necessário refletir sobre a definição de doente terminal, que é Segundo Santos (2011) aquele doente que sofre de doença incurável, numa fase irreversível e com prognóstico muito reservado. A autora defende que ao legislar as DAV é necessário perceber, como estas poderão melhor servir todos os cidadãos, podendo estas diretivas abranger outras situações que não proporcionem qualidade de vida considerada digna à pessoa em questão. Segundo González (2013) os cuidados paliativos podem definir-se como “*o conjunto de práticas médicas dirigidas a oferecer dignidade e diminuição do sofrimento, amenizando os sintomas da doença e dando apoio físico e psicológico ao doente*”. (p. 86-87).

Segundo este autor, a disponibilidade para receber cuidados paliativos adequados ao respeito pelo direito a ter uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave e irreversível, em fase avançada, incluindo a terapêutica adequada, pode claramente constar do teor do documento que constitui a DAV.

É nesta perspetiva, que pode dizer-se que os cuidados paliativos estão ligados às DAV e que uma situação não anula a outras, mas sim, podem complementar-se.

### **3. Valor legal e enquadramento legal das Diretivas Antecipadas de Vontade**

O artigo 9º da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina de 4 de Abril de 1997 refere que uma DAV é “ *uma vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta*” (González, 2013, p. 45). Para evitar algumas catástrofes de índole humanitário, como já se verificou na história mundial, em 1947, o Código de Nuremberga<sup>3</sup>, colocou definitivamente um ponto assente no direito ao consentimento informado, à autodeterminação e, sobretudo, à autonomia das pessoas. Desde então, o consentimento informado livre e esclarecido, passou a ser parte integrante da ação do médico que vai intervencionar o paciente, sob pena de responsabilização (Neto, 2013). Nesta continuação, a Declaração de Helsínquia<sup>4</sup> publicada em 1964 e revista pela última vez em 2013, foi fundamental para a regulamentação dos princípios éticos no que diz respeito às investigações e técnicas que envolvam seres humanos. Hoje tem-se a perceção que estes documentos não foram suficientes para influenciarem e darem visibilidade à proteção dos direitos dos doentes com incapacidade, de manifestarem a sua vontade.

Portugal, em 2001, ratificou a Convenção de Oviedo, a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina. Este trabalho desempenhou um papel decisivo para a discussão da importância da existência do TV, seja sob a forma de DAV ou através da intervenção do Procurador de Cuidados de saúde. Atualmente, as DAV estão previstas na Lei nº 25/2012, de 16 de Julho e legalmente são definidas como das decisões relativas a futuros cuidados de saúde de que o respetivo autor (da elaboração das mesmas) previamente declara pretender que sejam colocadas em prática ou declarar abdicar das mesmas, enquanto estiver juridicamente apto para o fazer.

A produção dos efeitos do TV pressupõe três realidades essenciais: a falta de capacidade natural (sobretudo mental) do autor do documento para manifestar a vontade relativa aos tratamentos que deseja ou não deseja ser objeto no momento em que for

---

<sup>3</sup>O Código de Nuremberg foi formulado em Agosto de 1974, por juízes dos EUA para julgar os médicos nazis acusados. O consentimento voluntário do ser humano é essencial. Isto significa que as pessoas que são submetidas a técnicas experimentais devem ser legalmente capazes de dar o seu consentimento.

<sup>4</sup>A Associação Médica Mundial (AMM) elaborou a Declaração de Helsinki como um enunciado de princípios éticos para a investigação clínica envolvendo seres humanos, incluindo a investigação sobre dados e material humano identificáveis. De acordo com a missão da AMM, a Declaração, dirige-se em primeira linha ao médico, mas incentiva outros participantes, da investigação médica em seres humanos, a adotar esses princípios.

necessário; a qualidade de vida baixa da pessoa doente e, por último, a possibilidade de não haver esperança de recuperação do ponto de vista médico. Assim considerado, é não mais que um ato jurídico, em que os efeitos que dele constam ficam deferidos no tempo para um momento posterior (González, 2013).

Relativamente a quem é o autor do documento, a finalidade do mesmo depõe-se no sentido, em que é por seu intermédio, que a pessoa declara pretender ou recusar determinados tratamentos e atitudes terapêuticas; por outro lado, serve para a manifestação da vontade de receber os cuidados paliativos a que tiver direito. No que diz respeito a terceiros, TV tenciona que os profissionais de saúde e prestadores de cuidados fiquem vinculados e cumpram as instruções antecipadamente fornecidas pelo doente e de certo modo retire às demais pessoas que fazem parte da vida do doente (sobretudo a família)<sup>5</sup> a responsabilidade da tomada de decisões sobre a manutenção de tratamentos. O direito de recusar um tratamento médico, sendo que se pressupõe que disto conste um consentimento informado, torna-se inquestionável a sua colocação em prática. A possibilidade, de quem elabora este documento, mudar de opinião, será tutelada desde que este mesmo ato seja livre e informalmente revogável e esteja sujeito a um prazo de caducidade mais ou menos curto.

A Lei n.º 25/12 prevê as DAV como um documento escrito (art.º3/1), mas não prevê as diretivas transmitidas particularmente ao profissional de saúde por quem as recebeu do outorgante oralmente ou por escrito. Admitindo no art.º 6/1 que se comprove que o outorgante não desejaria mantê-las, sem exigir qualquer forma, havendo assim um forte acento na formalização (Ascensão, 2014).

O Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) é o espaço do registo do Testamento Vital, e o artigo 16º, nº1, da Lei nº 25/2012 vem esclarecer que “ *o registo no RENTEV tem valor meramente declarativo sendo o documento das “diretivas antecipadas de vontade ou procuração de cuidados de saúde nele inscritas igualmente eficazes”*, desde que tenham sido formalizadas de acordo com o disposto na Lei nº 25/2012, “ *designadamente no que concerne á expressão clara e inequívoca da vontade do outorgante”*”.

---

<sup>5</sup>Não obstante que muitas das vezes o procurador das diretivas antecipadas de vontade é um familiar.

Para além de fazer uma declaração de valores, o doente deve também nomear um procurador de saúde, que vai fazer prevalecer a vontade expressa pelo doente relativamente à sua condição patológica. Esta nomeação, e como referido anteriormente, não é de cariz obrigatório. Atualmente, a nomeação do Procurador de Cuidados de saúde já vem implícita no formulário correspondente às DAV. Dele constam dois procuradores, o principal e um substituto, em caso de necessidade. Com a publicação da Lei nº 25/2012, de 16 de Julho, construiu-se uma dualidade: o TV (artigos 2º e 10º) e a procuração de cuidados de saúde (artigos 11º a 14º). Ao contrário do que outros Códigos Civis defendem, o Código civil português refere que um pode existir sem o outro, nada impede que o autor das DAV conceda poderes de representação a outros para fins semelhantes; se tal acontecer é necessário saber se ambos podem permanecer, isto é, se o conteúdo dos dois documentos é conciliável. Se os dois forem dotados do mesmo conteúdo, vigorará o mais recente na medida em que a celebração provocaria a revogação do mais antigo (González, 2013).

Santos (2011) defende que, na ausência de quem tenha poder legal para representar o doente, a sua situação pode tornar-se de maior vulnerabilidade, por não ter alguém que esteja mencionado legalmente para defender os interesses e valores da pessoa.

O acesso à DAV é feito através de uma plataforma criada pelo Ministério da Saúde, que permite à pessoa baixar o modelo já previsto, preenche-lo e posteriormente entregá-lo num serviço da sua unidade local de saúde. São os serviços de cada unidade de saúde que o vão inserir na plataforma RENTEV, acessível a todos os profissionais de saúde, que possam vir a prestar cuidados a esta pessoa. É de saber que, este documento deve ser devidamente assinado, datado e revisto por um notário. Num contexto de urgência, o princípio primordial é a *legis artis*, isto é, o profissional deverá seguir as regras técnicas definidas para a sua atuação, tendo sempre em conta o princípio de beneficência. No entanto, para dar cumprimento à vontade expressa pelo doente, deve aceder à diretiva que a manifesta, através do portal do profissional. Também o doente pode aceder à DAV, através do portal do cidadão, para verificar se está ativa e dentro do prazo.

### 3.1. **Diretivas Antecipadas de Vontade e Testamento Vital- realidade nacional e internacional**

Fazendo uma breve abordagem à experiência da implementação das DAV no mundo, verifica-se que em todos os países o percurso foi semelhante. Todos eles passaram por anos de luta científica, intelectual, religiosa e jurídica, mas em Portugal este tema tardou.

Existem países que já deram carácter vinculativo aos documentos, e outros que ainda não o fizeram.

Os Estado Unidos da América tornaram-se os pioneiros no tratamento e legalização de matéria de direitos humanos como é o TV, o *Living Will*. Na Dinamarca, desde a década de 60, as questões relacionadas com o prolongamento a vida até ao seu limite de sofrimento, têm sido debatidas na sociedade dinamarquesa. Só em 1992 foi possível ao médico, atuar com total cobertura legal, aquando da legalização do direito de interrupção do tratamento considerado fútil. Também nessa altura foi criado o Registo do Testamento de Vida. A população passou a deixar escritos os seus desejos relacionados com os cuidados de saúde em fim de vida e numa situação de estado ou condição irreversível. Na Austrália, vigora desde 1983, o *Natural Death Act*. Este ato dispõe sobre a possibilidade de um doente que tenha subscrito uma DAV, fazê-la valer para recusar um tratamento, em virtude da doença terminal. Pese embora não ser ainda considerada vinculativa para o médico. Em Porto Rico, desde 1990 a legislação prevê o reconhecimento do direito a quem sofre de condição terminal recusar tratamento para prolongar a vida e estabelecer um procedimento para fazer valer esse mesmo direito. Em Espanha, a primeira lei a nível nacional a vigorar foi a Lei 41/2002 de 14 de Novembro. A denominada lei da autonomia dos doentes foi o primeiro passo para tentar consonar a legislação em toda a Espanha. Este país é, no seio do panorama europeu, no que diz respeito às DAV e TV, um dos mais avançados. Na Bélgica, desde Junho de 2002, vigora a *Wet betreffende de euthanasie*, a lei relativa à eutanásia. Aparentemente pode pensar-se que se está perante uma lei que diz respeito exclusivamente à questão da legalização da eutanásia ativa, no entanto, no seio desse mesmo documento vigora o *De wilsverklaring*, que se refere às DAV. Na Alemanha, em meados da década de 90, já algumas instituições, das mais variadas convicções sociais, ideológicas e religiosas, disponibilizavam formulários para a elaboração de DAV, sem qualquer cariz legislativo. Só em finais dessa mesma década, é que o código civil alemão acolheu o conceito de procurador dos cuidados de saúde. Em França, desde 2005, com a Lei nº 2005-370 de 22 abril de 2005 que se encontram

regulados os direitos dos doentes no final de vida. No Reino Unido, nesse mesmo ano de 2005, foi aprovado o *Mental Capacity Act 106* de forma a proteger os direitos das pessoas que veem as suas capacidades físicas e mentais diminuídas e pretendam manifestar a sua vontade. Na Argentina, não há uma lei uniforme a tratar o direito de fazer valer as DAV. Somente numa zona, Rio Negro, em Dezembro de 2007, promulgou-se a primeira lei sobre este mesmo direito. No Uruguai está regulado e legislado desde 2009, o TV, através da Lei nº 18.473 “*Voluntad Anticipada*”. Em Itália, ainda que já tenha sido proposto em 2011, uma lei que permita regular as DAV, ainda não existe uma lei devidamente votada e aprovada. No entanto, foi concebido um documento, à semelhança do que Portugal concebeu, que prevê o respeito pela dignidade da pessoa doente, da vontade que expressa nas diretivas e da orientação informada pelos profissionais de saúde. No Brasil, em 2012, o conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução 1.995 sobre as DAV, ainda que esta não tenha poder legislativo. Na África do Sul, o *Living Will*, tem plena eficácia jurídica e permite a quem o subscreve deixar escritos, quais os tratamentos a que não deseja expôr-se e as intervenções terapêuticas que rejeita.

Em Portugal, a Associação Portuguesa de Bioética publicou em 2009, um projeto de diploma a regular este tema, com intuito de indicar as fontes internacionais, supranacionais e internas que têm relevância sobre esta matéria. Em 2010 e 2011 surgiram projetos de diplomas na Assembleia da República, provindos por vários partidos políticos. Posteriormente seria aprovado o Projeto de Lei, que acabaria por ser aprovado em 2012 (Ascensão, 2014). Com a aprovação da Lei nº 25/2012 previu-se a criação do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) com a finalidade de rececionar, registar, organizar e manter atualizada, quanto aos cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, a informação e documentação relativas ao documento de DAV e à procuração de cuidados de saúde (art.º 15º, nº1 da Lei nº 25/2012). Segundo Andorno (2008) citado por Santos (2011) só os Estados Unidos da América fazem uso das DAV, sendo que na maior parte dos países europeus não é habitual basear as decisões clínicas nos desejos expressos previamente pelos doentes, razão pela qual existe alguma renitência do ponto de vista legal, levando a que alguns países não lhe reconheçam a sua devida utilidade. Assim sendo, é de extrema importância ressaltar a utilização das DAV e sensibilizar os profissionais de saúde para este tema, mesmo que a situação seja de cariz urgente. As questões éticas, no que dizem respeito às vontades dos doentes, devem ser colocadas tão prioritariamente como os cuidados que lhe são prestados.

No último par de anos, foram efetuados vários esforços por parte da Direção Geral da Saúde e pelo Ministério da Saúde para que fosse dinamizada a informação acerca do Testamento Vital e que chegasse corretamente não só aos profissionais de saúde, mas também e sobretudo à população em geral. Esta dinamização tem sido feita através de pósteres e panfletos colocados nos Centros de Saúde e nas Unidades de Saúde Familiares, no site da Direção Geral de Saúde e nas redes sociais. O certo é que, mediante este e outros estudos, a informação não chegou corretamente a todos, tanto profissionais como cidadãos.

Houve um aumento, nos últimos anos, da elaboração do Testamento Vital, sobretudo na população com crenças religiosas muito específicas. Este fato poderá significar que a população, vê neste documento uma maneira de limitar as atitudes terapêuticas.

Atualmente, e desde há 7 anos atrás, a temática do TV, é ministrada na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança, aos cursos de mestrados e de pós licenciatura e licenciatura em enfermagem e desde há dois anos, a outras licenciaturas na área da saúde.

## **CAPITULO II**

### **ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

## **1. Metodologia**

Este capítulo refere-se à implementação das estratégias metodológicas deste estudo, de forma a dar resposta aos objetivos do mesmo. A metodologia utilizada permitiu uma abordagem exploratória e descritiva acerca do tema em estudo, revisto nas respostas dadas pelos participantes. Este tipo de abordagem permitiu uma melhor visualização global acerca do conhecimento sobre Testamento Vital e das DAV na classe de enfermagem.

### **1.1 Questões à Investigação**

A formulação de um problema de investigação baseia-se em dizer, de forma clara, objetiva e compreensível, que dificuldade se procura resolver, limitando o seu campo e apresentando as suas características. (Pocinho, 2012) os problemas de investigação partem sempre de perguntas formuladas na intenção de adquirir conhecimento acerca de determinada temática. A temática abordada neste trabalho é bastante subjetiva e existe pouca produção científica neste âmbito. Existe produção científica sobretudo relativa ao Direito. Toda produção científica, no âmbito da saúde, começa a ser desenvolvida agora, após a discussão contínua e a nível global, sobre as DAV. Discussão essa, que levanta questões éticas pertinentes, que os profissionais de saúde muitas vezes desconhecem.

Aquando a escolha deste tema, pela subjetividade e pouco conhecimento, surgiram várias questões que serviram de base à elaboração deste trabalho de investigação:

- Qual a perceção de conhecimentos dos enfermeiros sobre as DAV?
- Quais as atitudes dos enfermeiros sobre as DAV, na sua prática clínica?
- Existe pertinência das DAV na prática clínica?

### **1.2. Finalidade e objetivos do estudo**

Como já foi referido anteriormente, pela existência de pouca produção científica, sobretudo em língua portuguesa, este estudo tem como finalidade perceber qual o nível de conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre as diretivas antecipadas de vontade:

- Reconhecer os conhecimentos dos enfermeiros relativamente à TV;
- Conhecer o tipo de atitudes dos enfermeiros relativamente ao TV;
- Reconhecer a atribuição da pertinência da temática em estudo: o TV.

- Sensibilizar os enfermeiros para a vontade manifestada por cada doente, na sua prática profissional, através da apresentação dos resultados do estudo em contexto laboral.

### **1.3. Tipo de estudo**

É um estudo de natureza quantitativa, sendo que existem duas questões apresentam respostas que solicitam análise de conteúdo, metodologia que foi aplicada, segunda a perspectiva de Fairclough (2003) e donde emergem as componentes discursivas que fundamentam um conjunto de ocultações substanciais para a compreensão e análise do estado de arte do objeto em estudo: o conhecimentos dos enfermeiros relativamente ao TV.

A metodologia selecionada permitiu dar consecução aos objetivos, através do estudo descritivo das variáveis que permite, como defende (Coutinho (2011), a análise de factos e fenómenos observáveis bem como na avaliação das variáveis, no decorrer da investigação científica. Desta forma, e dando resposta a um ponto de vista metodológico, o investigador deve comprovar estatisticamente as hipóteses, - que no caso deste estudo, por ser exploratório, não são essenciais - contribuindo para a relação entre todo o processo e o resultado final de um estudo. Recorreu-se a um método exploratório e descritivo para conseguir executar uma investigação assertiva, no sentido em que, o que aqui se pretende neste momento cronológico de estudo do fenómeno, o que se pretende essencialmente, é realizar descrições precisas e cuidadosas acerca dos fenómenos em estudo (Bisquerra Alzina (2004). O mesmo autor defende ainda que os estudos descritivos centram a sua atuação em determinar a essência de um fenómeno e não se limitam apenas à recolha de dados, mas também responder a perguntas sobre o tema em questão.

Foi aplicada a análise de conteúdo de Fairclough (2003) às respostas referentes às questões que revelam as atitudes dos enfermeiros relativamente ao TV, permitindo uma análise crítica no estudo das dimensões textuais das respostas obtidas, considerando a análise de contexto alargado e da relação existente entre as respostas.

### **1.4. População e amostra**

A população de um estudo é, segundo Bisquerra Alzina (2004), o conjunto de todos os indivíduos aos quais o estudo possa ser extensível, pelo que a população deste

estudo diz respeito a 71.578 profissionais<sup>6</sup>, ou seja, a todos enfermeiros formados em Portugal. Assim, e considerando que no total houve 304 enfermeiros respondentes, considera-se esta amostra suficientemente alargada para ser representativa deste objeto de estudo, mas não representativa da população total de enfermeiros. Como à frente se dirá, é uma amostra do tipo bola de neve que responde a um IRD produzido para o efeito, através de aplicação em Google Docs entre Janeiro de 2019 e Março de 2019.

Tal como defende Coutinho (2011) a amostra “*é um conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc) de quem se recolhem os dados e deve ter as mesmas características das da população de onde foi extraída*” (p. 85). Independentemente da não representatividade numérica, foi alvo de preocupação ter o tamanho ideal da amostra, que fosse capaz de garantir a qualidade dos resultados nesta investigação.

A amostra obtida para este estudo foram os enfermeiros que, de livre vontade, quisessem participar no estudo. Foi considerado pertinente, desenvolver esforços para conseguir uma amostra representativa de espaços e funções diversificados, no universo laboral em enfermagem. Assim, a amostra é não probabilística do tipo “bola de neve”, pois os participantes do estudo, sugerem outros participantes com as mesmas características. Este tipo de amostragem é particularmente útil em populações muito abrangentes e difíceis de identificar (Coutinho, 2011). Foram considerados critérios de inclusão da amostra : licenciatura de enfermagem obtida em Portugal, a trabalhar em Portugal ou no estrangeiro. Obtiveram-se respostas que não especificaram qual o serviço/unidade de internamento descrevendo apenas o hospital ou país em que se encontram a exercer funções.

Tabela 1 – Representação sumária e global da amostra em estudo

Serviço/ Unidade Internamento	N
Cirurgia	20
Unidade Cuidados Continuados Integrados	8
Medicina Intensiva	18
Medicina	22
Urgência	27
Bloco operatório	14
Outros serviços (Pediatria, Onco-Hematologia...)	81
Cuidados de Saúde Primários	68
Docência	5
Lares de 3ª idade e apoio domiciliário	6

<sup>6</sup> Este cálculo apresenta-se em Fontes/Entidades: INE, PORDATA; Última actualização: 2018-08-08, acedido em 11-06-2019, <https://www.pordata.pt/Portugal/Pessoal+de+sa%C3%BAde+m%C3%A9dicos++dentistas++odontologistas++enfermeiros++farmac%C3%Aauticos-144>

A representatividade da amostra neste estudo é considerável sendo que participaram no mesmo 304 enfermeiros. Isto vai de encontro ao defendido por Schutt (1999) que refere que as amostras de grandes dimensões garantem à partida maior generalização dos resultados ao diminuírem o erro amostral.

#### **1.4.1. Critérios de inclusão e exclusão da Amostra**

As respostas resultantes dos questionários foram colhidas entre o mês de Janeiro de 2019 e o mês de Março do mesmo ano. Neste estudo participaram todos os enfermeiros que acederem ao questionário via *online* e que, depois de devidamente informados e esclarecidos deram as suas respostas.

#### **1.5. Instrumento de Recolha de Dados**

O instrumento de recolha de dados selecionado para a elaboração deste estudo foi um questionário. Por ser reconhecidamente uma das técnicas de recolha de informação, e que também aqui surge como um instrumento de recompilação de informação composto por um conjunto limitado de perguntas, mediante o qual, o participante do estudo, proporciona informação sobre si mesmo ou sobre o ambiente que o envolve (Bisquerra Alzina ,2004), considerado adequado no conhecimento de uma população - nos seus diversos contextos (social, comportamental) - e que é justificável devido ao grande número de pessoas que é necessário interrogar, e em que se levanta um possível problema de representatividade da amostra (Pocinho ,2011).

Por não haver questionários elaborados nesta área temática que pudessem dar resposta às perguntas de investigação deste estudo foi elaborado um questionário para tal. Na elaboração deste instrumento de recolha de dados foi tida em conta a informação exata a recolher mediante as perguntas de investigação e dando resposta aos objetivos deste trabalho. Nesse âmbito foram elaboradas perguntas simples, de fácil compreensão e aplicabilidade, sendo um instrumento de administração direta.

O mesmo é constituído por três partes essenciais: uma primeira parte diz respeito às variáveis de caracterização da amostra em estudo, a segunda parte que diz respeito ao nível de conhecimento que os enfermeiros têm acerca TV/ e a terceira e última prescreta o nível de atribuição de pertinência de aplicação do TV à prática clínica. Foram efetuadas perguntas de resposta fechada e afirmações com utilização de uma escala de Likert de cinco pontos, utilizando os conceitos de concordância total e como oposto, discordância

total. Este tipo de escala garante a multidimensionalidade do construto do tema em estudo, bem como a correlação existente entre os itens do questionário. (Pocinho, 2011)

O questionário foi previamente testado num grupo de 10 enfermeiros, que referiram ser um questionário simples, pouco exaustivo e de fácil compreensão. Tal como refere Pocinho (2011) é de grande importância que se peçam sugestões aos sujeitos entrevistados., para melhorar a compreensão das perguntas que não foram bem entendidas, tendo que reformula-las. Por parte dos enfermeiros que participaram neste teste, não foi revelada qualquer dúvida que pudesse ser sujeita a alterações. Não houve qualquer tipo de manifestação de dificuldade. Este processo faz com que a validade e a fiabilidade do questionário sejam asseguradas. Estas duas características não dizem respeito ao questionário em si, mas sim aos dados com ele obtidos (Almeida e Freire, 1997). O instrumento de recolha de dados foi efetuado como documento de utilização *online* (Google Docs) para facilitar a sua divulgação no limite de tempo em questão. Foi utilizado no período de tempo compreendido entre Janeiro de 2019 e Março de 2019.

### **1.6. Método de análise de dados**

O tratamento estatístico é fundamental para uma boa organização dos dados extraídos e para a análise dos mesmos, apelando sempre a uma interpretação correta e lógica. A análise estatística feita a este trabalho foi descritiva, tendo sido os dados recolhidos, submetidos a SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 21, no qual se trataram os dados através de medidas de frequência absoluta (n), frequência relativa (%).

A par do tratamento estatístico está a análise de conteúdo, da vertente qualitativa de um estudo. Foi feita uma análise de conteúdo crítico, através dos fundamentos de Fairclough (2003). Este autor centra a análise crítica no estudo das dimensões textuais das unidades linguísticas maiores do que a frase, isto é, faz a análise de macroestruturas e microestruturas. Adotou-se este tipo de análise crítica do discurso de maneira a enquadrar os discursos e elaborar a análise que evidencie a visão sobre o tipo de atitudes demonstradas pelos enfermeiros inquiridos.

## 2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo surgem sob a forma de uma narrativa daquilo que se pode verificar nas Tabelas e gráficos abaixo indicados. Esta análise feita às respostas obtidas, relata uma perspetiva geral do fenómeno em estudo, com o intuito de revelar a perspetiva dos profissionais de enfermagem acerca do mesmo.

Nesta parte do trabalho, pretende-se fazer uma caracterização da amostra em participação neste estudo. Como tal inicialmente será efetuada a sua caracterização socio demográfica e posteriormente serão apresentados os resultados relativos às perguntas que constituíram o instrumento de recolha de dados.

### Caraterização da Amostra

Amostra incluída neste estudo, tem idades que variam entre os 21 anos e os 65 anos, perfazendo uma média de 39,2 anos de idade, uma moda de 35 anos e  $dp=+-24,8$ . Relativamente ao género, a maioria dos respondentes a este questionário é do género feminino ( $n=283$ ), sendo que apenas  $n=21$  correspondem ao género masculino, tal como verificado na Tabela abaixo indicada. (Tabela 2)

Tabela 2 - Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável Género

Género	N	%
Feminino	283	93.1%
Masculino	21	6.9%

No que diz respeito à variável estado civil, e conforme se apresenta na Tabela 3, a maioria da amostra (72.4%), é casado ou vive em união de facto, seguido de um menor grupo no estado civil de solteiro (19.4%), e divorciado ( $n=7.6%$ ), e por fim viúvo (0.7%).

Tabela 3- Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável Estado civil

Estado civil	N	%
Casado/união de facto	220	72.4%
Solteiro	59	19.4%
Divorciado	23	7.6%
Viúvo	2	0.7%

No que respeita à formação académica (Tabela 4), há que considerar o seguinte. Verifica-se que há quase metade da amostra, ou seja, 47.4% dos enfermeiros que a constituem, cuja formação só diz respeito à licenciatura. Além desta população que só

tem licenciatura em enfermagem, há 25.3% que referem ter também mestrado e há 24% que assumem ter obtido uma especialidade. Há ainda 1% e 0.2% da amostra que assinalam o doutoramento e pós-graduação, respetivamente. Considerando o objeto em estudo, é pertinente refletir que há pelo menos metade dos enfermeiros em estudo, que de alguma forma, pela sua formação pós licenciatura, poderiam – ou deveriam até, - ter tido a oportunidade de ter vivido espaços de formação para reflexão acerca do significado e sentido das DAV e do TV em contextos de enfermagem.

Tabela 4- Apresentação de frequências absolutas e relativas da variável Formação Académica e Profissional

Formação académica e profissional	N	%
Licenciatura	144	47.4%
Especialidade	74	24%
Mestrado	77	25.3%
Doutoramento	3	1%
Bacharelato	2	0.1%
Pós graduação	3	0.2%
<i>Missing</i>	1	0.1%

Relativamente ao estudo da variável Tempo de exercício profissional, (Tabela 5), as respostas variaram entre os 5 e os 35 anos de exercício, sendo que a moda estatística corresponde ao intervalo entre 11-15 anos de exercício (28%), e, apesar de estar fora dos limites inicialmente selecionados para o estudo, surgiu uma resposta tempo de exercício profissional igual a 45 anos. Todavia, e no global, é verificável que a grande maioria desta amostra, está em funções cuidativas de enfermagem há mais de 10 anos, tempo suficiente, para poderem ter eventualmente vivido situações cuidativas, em que a vivência da decisão acerca de cuidados e ou aplicação de técnicas, poderia ter ocorrido.

Tabela 5 - Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável da amostra: Tempo de exercício profissional

Tempo de exercício profissional	N	%
< 5 anos	20	6.6%
5 - 10 anos	51	16.8%
11 - 15 anos	85	28%
16 - 20 anos	41	13.5%
21 - 25 anos	40	13.2%
26 - 30 anos	32	10.5%
31- 35 anos	25	8.2%
>35anos	9	3%
45	1	0.1%

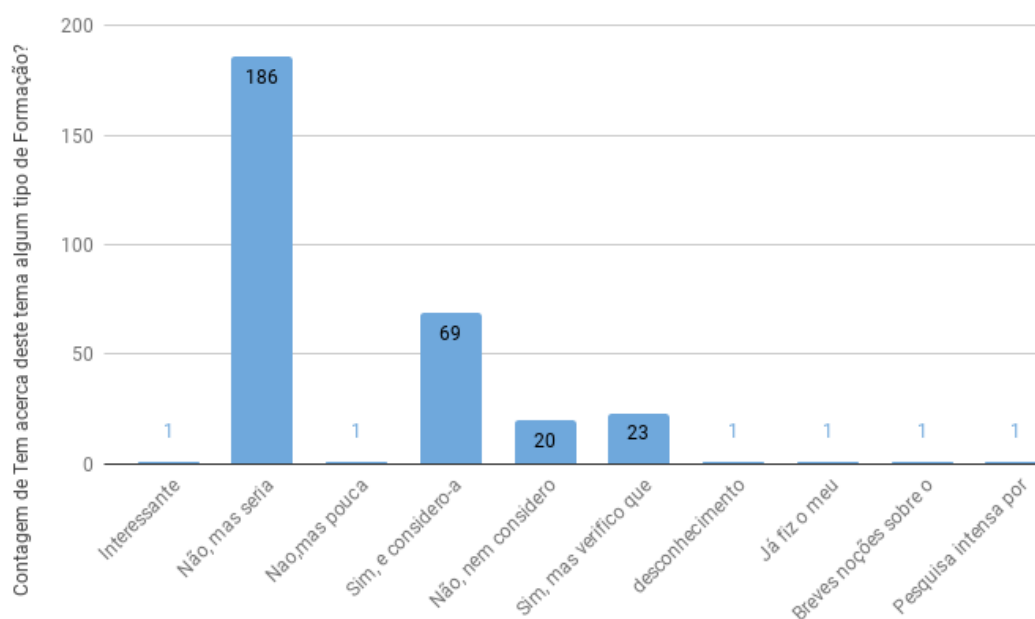
Por questões metodológicas, e em respeito pelo princípio de preservação de dados, não foi solicitado ao respondente, o local geográfico de trabalho e a identificação da instituição. Do ponto de vista da compreensão do objeto de estudo, foi considerado essencial, em que unidades (de internamento ou não), estes enfermeiros desenvolviam o seu trabalho. Assim, foi pedida à amostra respondente que referisse a unidade onde trabalha. Pode constatar-se através dos elementos da Tabela 6, que os locais são variados, revelando que a amostra apresenta em serviços de Cirurgia, 20 enfermeiros, em Unidades de Cuidados Continuados Integrados, 8 enfermeiros, em Medicina Intensiva trabalham 18 enfermeiros, e 22 em Medicina. Há 27 enfermeiros a trabalhar em serviços de Urgência, há 14 em Bloco operatório, 8 em Cuidados Continuados integrados, e de vários pontos do país (Portugal Continental e Ilhas) e com algumas referências a Angola, Reino Unido, Suíça. Dos 249 respondentes (55 *missings*) verifica-se que a maioria dos enfermeiros (n=81; 32,5%) se distribui por unidades como: pediatria, psiquiatria, consulta externa, cuidados paliativos, colheita e transplantação, esterilização, otorrinolaringologia, nefrologia, obstetrícia, onco-hematologia, diálise, urologia, oftalmologia, serviço de técnicas endoscópicas e cardiologia. Há no global 69 (27,71%) a trabalhar em unidades específicos com doentes em estado crítico, como Medicina Intensiva (18), Urgência (27), 14 em Bloco operatório e 6 em Lares de 3ª idade e apoio domiciliário. Estes locais podem solicitar por parte dos enfermeiros alguma reflexão acerca das DAV, pelo que faz todo o sentido estudar a temática e levá-la à discussão, por parte deste grupo profissional.

Tabela 6 – Apresentação das frequências absolutas e relativas d variável Local de Trabalho

Local de Trabalho	N
Cirurgia	20
Unidade de Cuidados Continuados Integrados	8
Medicina Intensiva	18
Medicina	22
Urgência	27
Bloco operatório	14
Outros serviços	81
- Pediatria, psiquiatria, consulta externa, cuidados paliativos, - colheita e transplantação, esterilização, otorrinolaringologia, - nefrologia, obstetrícia, onco hematologia, diálise, urologia, - oftalmologia, serviço de técnicas endoscópicas, cardiologia	
Cuidados de Saúde Primários	68
Docência	5
Lares de 3ª idade e apoio domiciliário	6
Total	249

Considerando que um dos objetivos é conhecer o nível de formação por parte dos enfermeiros e compreender a pertinência atribuída ao TV e sua aplicabilidade no contexto cuidativo laboral, foi colocada uma pergunta sobre a existência de algum tipo de formação na área do Testamento Vital. A esta pergunta, e com a oferta de possibilidade de quatro respostas, relativamente à pertinência do Testamento Vital na praxis clínica, verificaram-se (conforme Gráfico 1) as seguintes respostas, que a seguir se apresentam com a respetiva frequência percentual de respondência: A grande maioria, 67,8% da amostra não tem formação. Destes, há 6,6% dos enfermeiros que não tem formação nem a considera essencial: “*não, nem considero essencial para a minha prática laboral*”, e por oposição, há 61,2% que também não a tem, mas considera-a essencial. A seguir, um conjunto de 30,3% que tem formação, mas há 22,7% que dizem “*sim, e considero-a essencial para a minha prática laboral*”, por oposição a 7,6% que também têm formação, mas não consideram aplicabilidade: “*sim, mas verifico que não tem aplicabilidade na minha prática laboral*”. Os dados revelam que os enfermeiros, na sua maioria, referem não ter formação acerca da temática em estudo, no entanto consideram que é essencial para a sua prática diária e por oposição, grupos minoritários assumem ter formação, mas não atribuem pertinência de aplicabilidade a este documento. Em suma, a maioria tem formação, mas há 14,2% dos enfermeiros que não consideram pertinente a sua aplicabilidade no campo de trabalho.

Gráfico 1- Apresentação das respostas da amostra à questão” Tem algum tipo de formação acerca deste tema?”

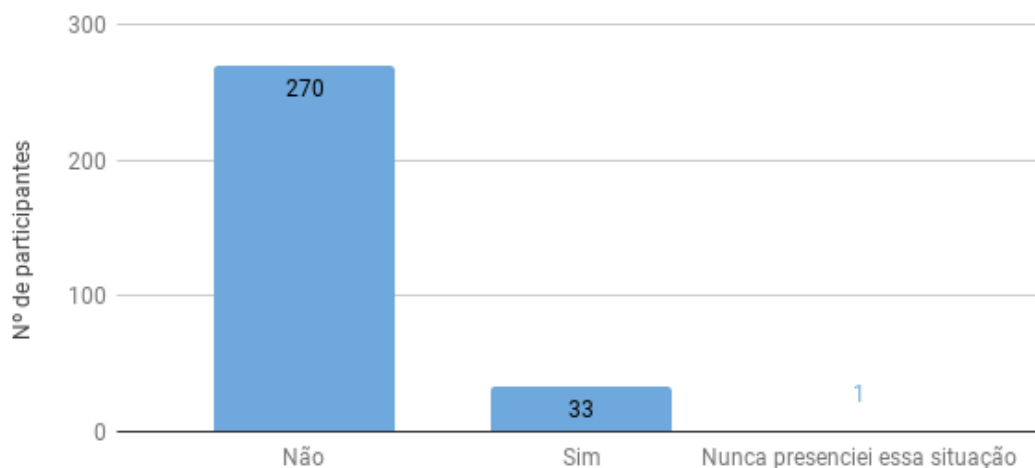


Após esta apresentação preliminar, será apresentada a componente de resultados, para dar respostas ao objetivo de reconhecer o nível de conhecimento dos enfermeiros relativamente ao TV. Para tanto, foram colocadas perguntas de resposta rápida, alternativa, afirmativa ou negativa, com a hipótese de poder responder outra opção. Os respetivos resultados, apresentados em gráficos, desocultam de alguma forma estas questões. Relativamente à questão (gráfico 2) **“Na sua prática profissional já vivenciou alguma situação, em que foi dado ao doente a possibilidade de aceder ao seu Testamento Vital?”**, responderam afirmativamente apenas 33 (10.9%) enfermeiros: há um enfermeiro que refere nunca ter assistido a uma situação dessas.

É pertinente assinalar os 33 casos em que o evento foi vivido, presenciado e talvez refletido em equipa. Todavia, maioritariamente, com 270 (88.8%) respostas confirmou-se a resposta negativa.

Ou seja, estes 270 enfermeiros nunca vivenciaram na sua prática profissional, uma situação, em que foi dado ao doente a possibilidade de aceder ao seu Testamento Vital. Considerando a multiplicidade de contextos laborais atrás apresentados e o tempo de exercício profissional que esta amostra apresenta, esta questão precisa de um estudo mais aprofundado. Isto poderá significar que há pouca informação sobre a temática, tanto na população geral, como nos profissionais de enfermagem em particular.

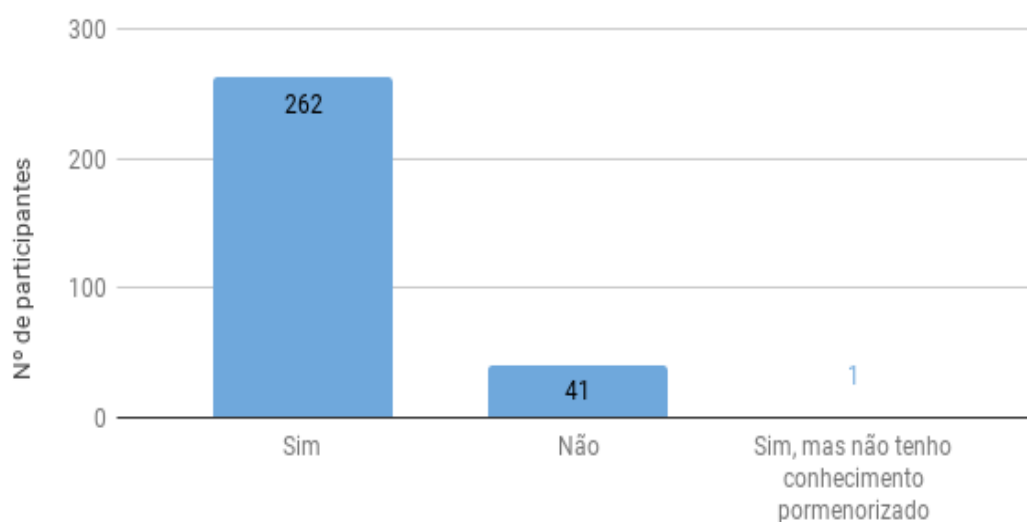
Gráfico 2 - Apresentação das respostas da amostra à questão: **“ Na sua prática profissional já vivenciou alguma situação em que foi dado ao doente a possibilidade de aceder ao seu Testamento Vital?”**



Ainda para a consecução ao objetivo de perscrutar o nível de conhecimentos da amostra, foi apresentada a questão “*Tem conhecimento da existência do Testamento Vital ou Diretivas Antecipadas de Vontade?*”, conforme pode ser consultada no Gráfico 3, à qual, 262 (86,3%) dos inquiridos, que constituem a grande maioria dos enfermeiros em estudo, responderam afirmativamente. Refira-se que este nível de respondentes, só assinala que *sabe que existe* este documento, mas não significa exatamente este *saber que existe*, que o conheça completamente nem muito menos que tenha acerca dele e do respetivo conteúdo, qualquer nível de literacia. Por exemplo, há um dos respondentes, que assume mesmo, (neste campo) não ter conhecimento pormenorizado.

Por oposição há um grupo que não sabe mesmo que o TV ou a DAV existem. Com uma resposta negativa está 13.5% da amostra, que corresponde a um total de 41 enfermeiros. Estes valores podem traduzir que ainda existe uma percentagem significativa de enfermeiros que desconhece o Testamento Vital e as suas funções. Estes dados revelam que, apesar de se estar a divulgar cada vez mais a informação relativa a esta temática, é notório que a continuação da formação é essencial. Independentemente do conjunto de profissionais considerarem ou não a sua aplicabilidade ou até mesmo a sua pertinência, o que não deve ser admissível relativamente à formação destes profissionais, é a exclusão destas temáticas.

Gráfico 3 - Apresentação das respostas da amostra à questão: “*Tem conhecimento da existência do Testamento Vital ou Diretivas Antecipadas de Vontade?*”

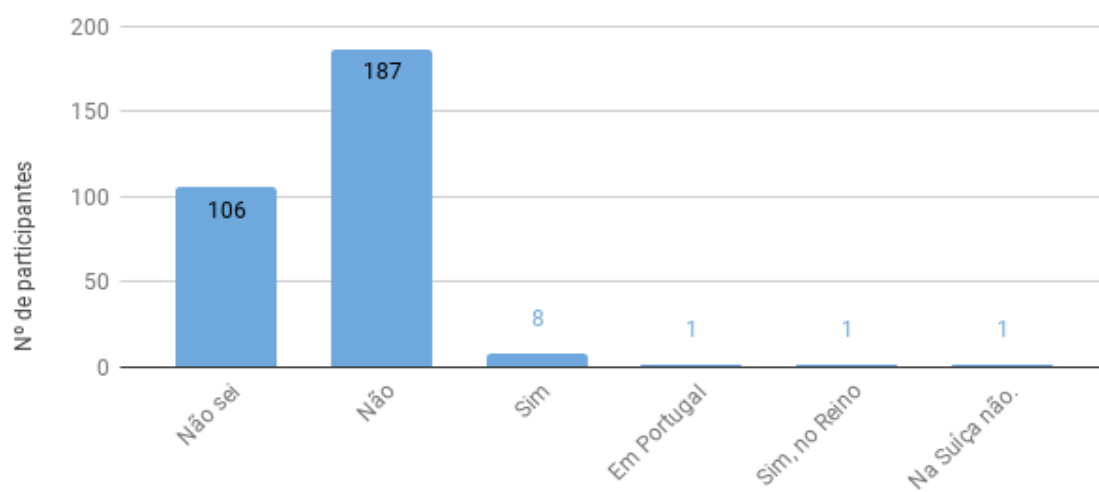


Após o estudo da variável relativa ao conhecimento da existência do documento, e pretendendo aprofundar o nível de conhecimento da amostra, foi também estudada a componente eventualmente económica envolvida. Assim, foi apresentada a questão “Atualmente é necessário pagar-se para ter Testamento Vital?”. As respostas obtidas e apresentadas no Gráfico 4, revelam que 187 (61%) enfermeiros da população em estudo, tem exato conhecimento de que não é necessário pagar-se para ter Testamento Vital. Por oposição, uma larga maioria de 106 enfermeiros, não tem este conhecimento. Além destes resultados, há ainda 34.9% da amostra que desconhecem saber se é ou não necessário. Mas há 2.6% da amostra, que acreditam ser necessário efetuar pagamento para ter um TV. Algumas das respostas, com considerações mínimas, fazem alusão à realidade de dois países distintos: o Reino Unido e a Suíça.

Na Suíça não é necessário qualquer tipo de pagamento, no entanto e segundo a resposta de um dos inquiridos que se encontra a exercer funções no Reino Unido, depois de o médico fazer o Testamento Vital, é necessário consultar um solicitador para formalizar o documento e esse procedimento, em seu entender, tem custos monetários.

Esta expressão de resposta, torna pertinente a questão, acerca da imagem de formação e informação que os enfermeiros apresentam da enfermagem, noutros países. Mas é também por isto que o assunto merece este estudo e as respetivas análises.

Gráfico 4 - Apresentação das respostas da amostra à questão: “Atualmente é necessário pagar-se para ter Testamento Vital?”



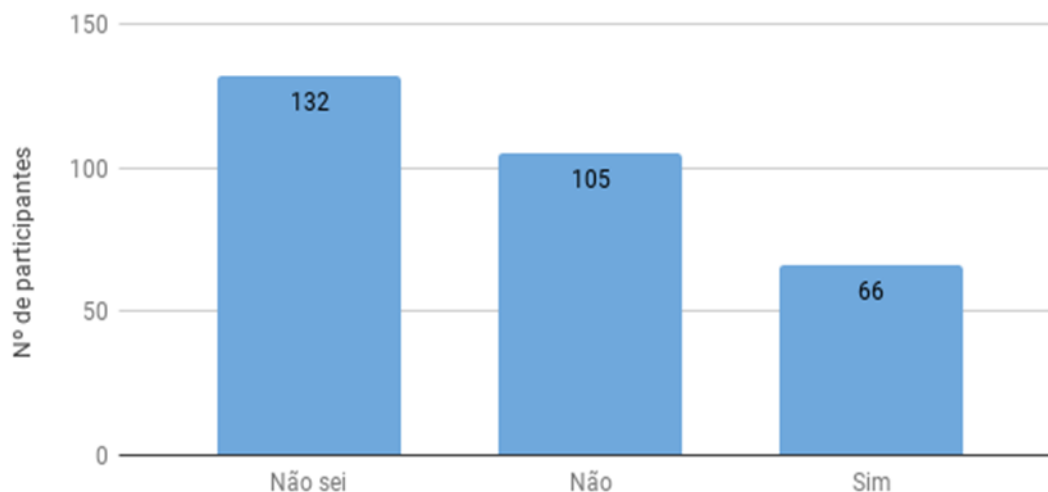
Em continuidade e na perscrutação pormenorizada do nível de conhecimento, foi apresentada a questão relativa a uma entidade ligada a estes contextos.

Assim, os enfermeiros em resposta à questão “*É necessário ter um Procurador de Cuidados para se poder ter Testamento Vital?*” apresentam três tipos de perceção de conhecimento. As respostas apresentadas no Gráfico 5 expressam claramente os dois lados globais da questão: A maioria, 43,28%, n=132 dos enfermeiros, não sabe.

Em oposição, há dois grupos da amostra: um grupo de 34,7%, n=105 dos enfermeiros, que assumem não ser necessário ter um Procurador de Cuidados para se poder ter, ou proceder a um Testamento Vital, e um outro grupo, com 21,8% dos participantes, que responderam ser necessário ter um Procurador de Cuidados.

Independentemente do local em que os enfermeiros desempenhem funções, e até mesmo independentemente do nível de gravidade patológica que os seus cidadãos/ utentes/ doentes apresentem, o conhecimento a este nível pode tornar-se essencial.

Gráfico 5 – Apresentação das respostas da amostra à questão “*É necessário ter um Procurador de Cuidados para se poder ter Testamento Vital?*”

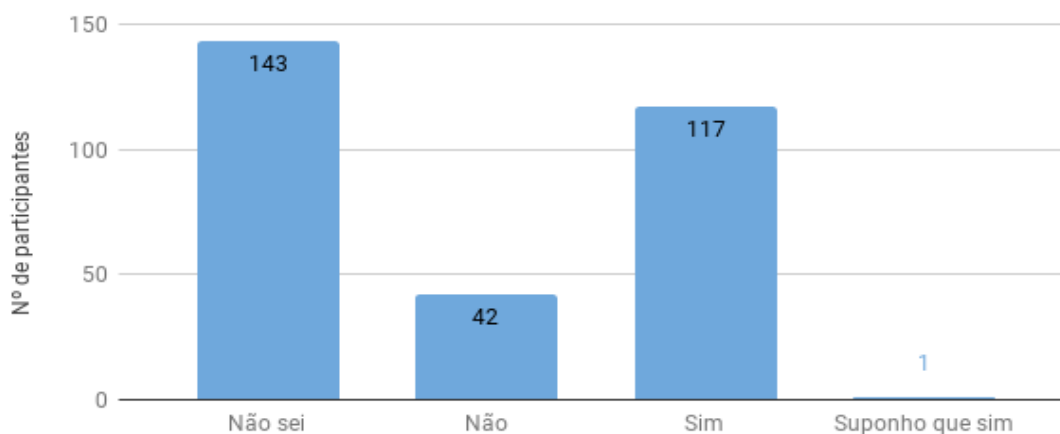


Com o mesmo critério de perscrutação, foi apresentada a questão “ *O Testamento Vital tem validade para poder autorizar ou recusar a participação em estudos clínicos?*”, já que este documento não diz só respeito a contextos de terminalidade nem de patologia em degeneratividade.

O Gráfico 6 revela que também 47.2% dos respondentes revelou desconhecimento acerca da validade do TV para autorização ou recusa na participação em estudos clínicos: 38.6% da amostra sabe que o documento tem essa validade de poder autorizar ou recusar e 13.9% dos inquiridos afirmaram que não.

Mesmo em contexto de Cuidados de Saúde Primários, e numa população saudável, a questão por parte de qualquer utente pode surgir e seria pertinente que a equipa de enfermagem, dada a sua prevalência presencial, tivesse uma resposta senão exata, pelo menos encaminhadora.

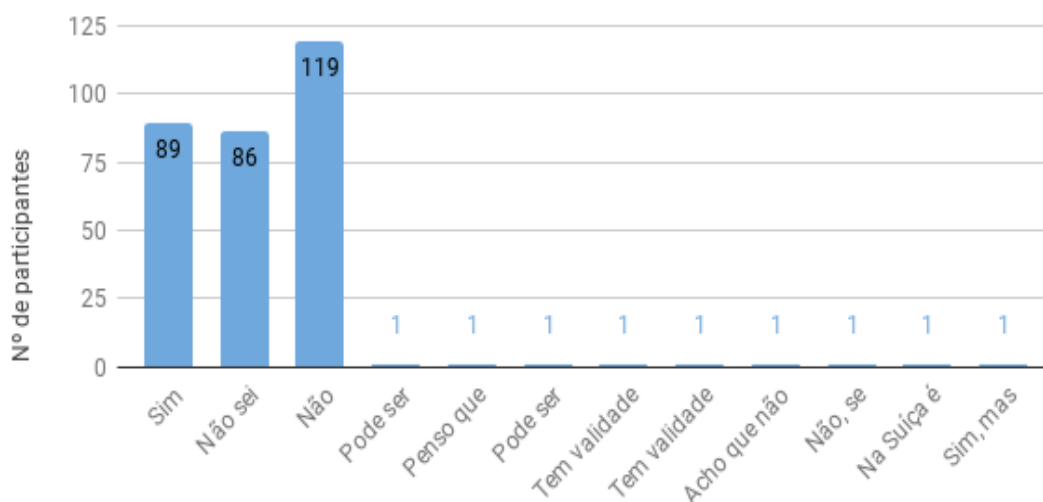
Gráfico 5- Apresentação das respostas da amostra à questão: “ *O Testamento Vital tem validade para poder autorizar ou recusar a participação em estudos clínicos?*”



Para estudar o conhecimento acerca da validade do TV, colocou-se a questão “ *O Testamento Vital, uma vez elaborado e devidamente assinado, tem validade vitalícia?*”.

O Gráfico 7 revela que 29.4% dos inquiridos respondem afirmativamente, ou seja, que o TV tem validade vitalícia, uma vez elaborado e devidamente assinado e 39.3% da amostra respondeu negativamente. Com alguma expressão, há 28.4% dos enfermeiros que responderam que não sabiam. Os restantes participantes responderam outras opções colocando afirmações como *poder ter validade até ao momento em que o doente opte por não seguir o TV* ou *as diretivas antecipadas de vontade, sobre a prioridade de cuidados relativamente às diretivas antecipadas expostas no TV e em contexto de outro país*.

Gráfico 6- Apresentação das respostas da amostra à questão: “ *O Testamento Vital, uma vez elaborado e devidamente assinado, tem validade vitalícia?*”



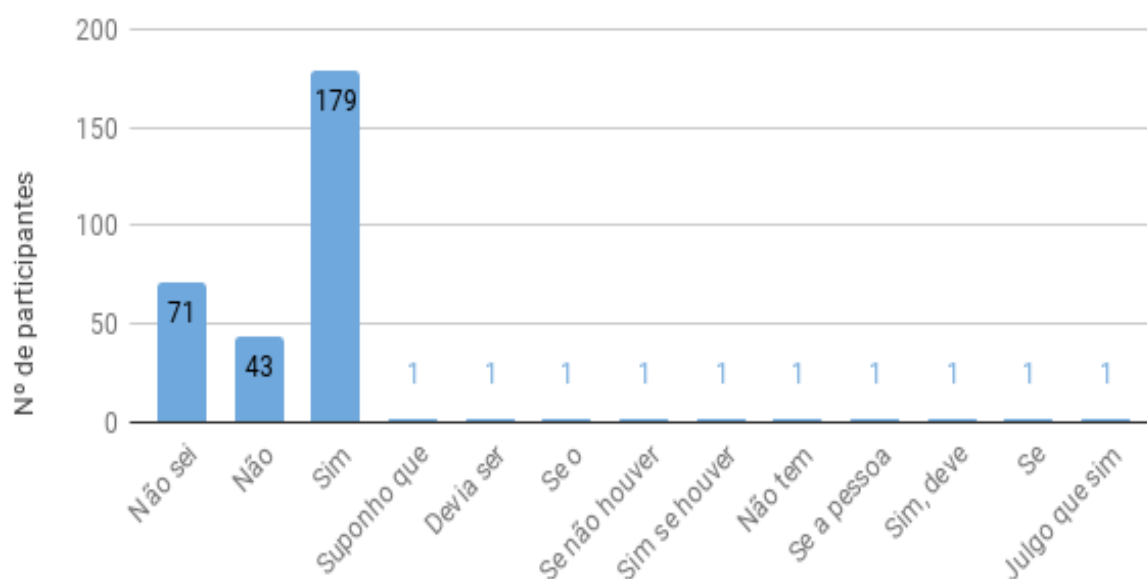
A maioria dos enfermeiros assume que deve dar-se cumprimento ao TV. As respostas no Gráfico 8 expressam que “*Em situação de urgência a equipa que atende a pessoa, é obrigada a cumprir sempre o Testamento Vital?*” a amostra apresenta maioritariamente respostas afirmativas: 59.1% dos respondentes consideram que em situação de caráter urgente, a equipa que atende o doente deve ter em consideração sempre o cumprimento do TV, mas há 14,2% que defende que não.

Além desta diferença total de opinião, há ainda outra evidência: a resposta “*não sei*”

obteve 23.4% de respostas. Ou seja, um quarto da população em estudo, não tem ideia nem opinião formada acerca deste assunto.

Todavia, e mais preocupante, é o conjunto de múltiplas respostas que emergem a esta questão: no campo relativo a “*outra opção*”, aparecem respostas positivas, do tipo “*suponho que sim*”, “*devia ser ou talvez seja assim...*”, “*julgo que sim...*”, que do ponto de vista semântico referem que se houver conhecimento prévio de que o doente tem um testamento ou numa situação que não ponha em causa os cuidados a ser prestados ao doente, assumindo assim o princípio da beneficência e não maleficência.

Gráfico 7- Apresentação das respostas da amostra à questão: “*Em situação de urgência a equipa que atende a pessoa, é obrigada a cumprir sempre o Testamento Vital?*”

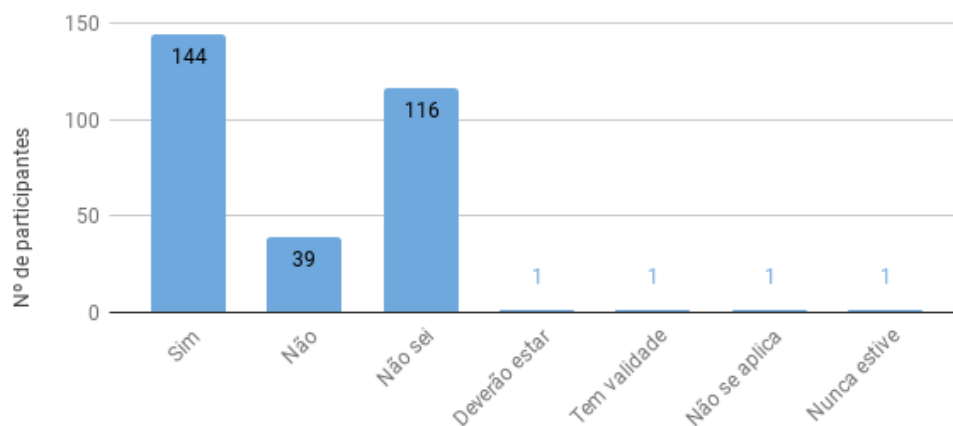


As respostas à questão *Os elementos da equipa que presta cuidados têm reservado o direito de objeção da consciência quando lhes é solicitado o cumprimento do Testamento Vital?*” revelaram no Gráfico 9, que 47.5% dos enfermeiros assumem que têm o direito à objeção da consciência, e 12.9% acredita que não.

Além disto, há 38.4% dos enfermeiros que desconhece essa possibilidade. Na preferência “*outra opção*” houve quatro respostas que referem que, deve haver disponibilidade de outros profissionais de saúde para fazer cumprir as DAV; outra das repostas nesta mesma

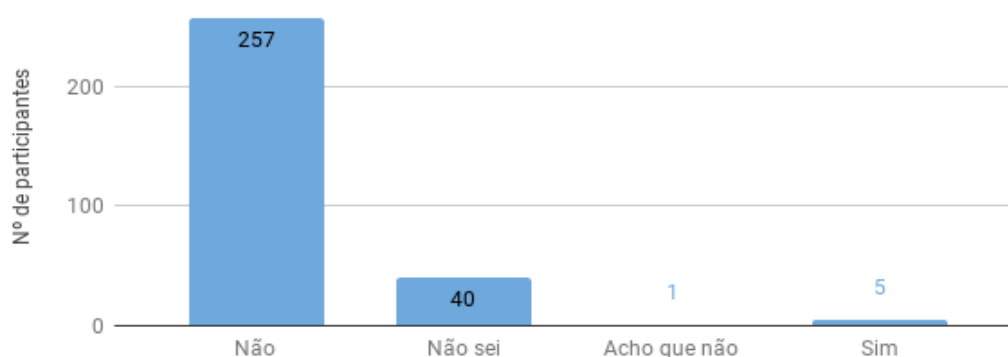
opção é a de a pessoa ter de cumprir até à manifestação contrária por parte do doente, do que está efetivamente declarado no TV.

Gráfico 8- Apresentação das respostas da amostra à questão: “Os elementos da equipa que presta cuidados têm reservado o direito de objeção de consciência quando lhes é solicitado o cumprimento do Testamento Vital?”



Nas respostas apresentadas no Gráfico 10 que expressam se “O conceito “Diretiva Antecipada de Vontade” e o conceito “Eutanásia” são a mesma coisa?” 84.8% dos inquiridos referem que os dois conceitos apresentados não significam a mesma coisa; 13.2% revelaram não saber, e 1.7% referem que os dois conceitos são a mesma coisa.

Gráfico 9- Apresentação das respostas da amostra à questão: “ O conceito “Diretiva Antecipada de Vontade” e o conceito “Eutanásia” são a mesma coisa?”



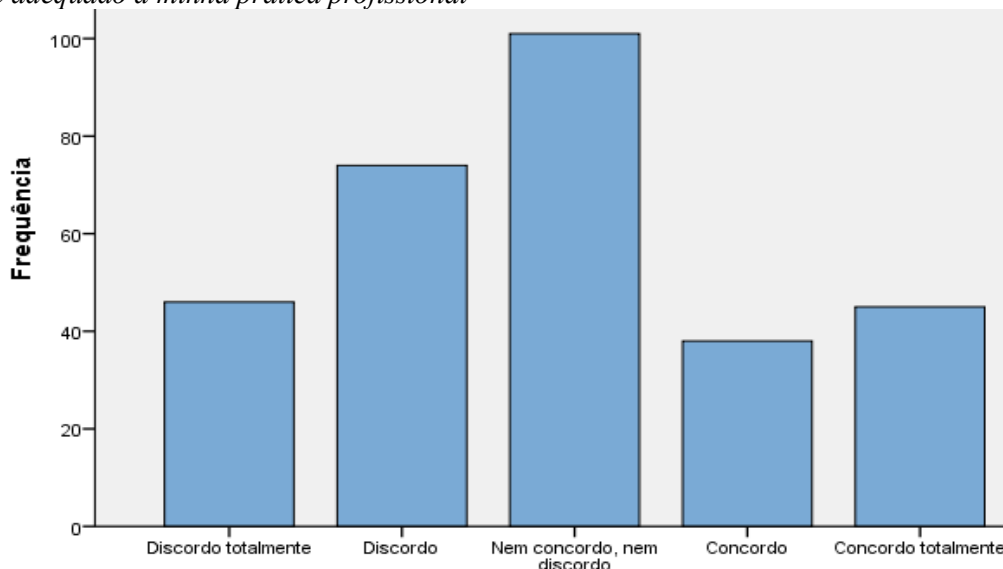
Na consecução do segundo objetivo, iniciou-se uma nova fase com nova sequência de questões. Nesta terceira fase pretende-se além de reconhecer o nível de conhecimentos acerca do TV, conhecer também a atribuição da pertinência do TV na prática clínica e conhecer os tipos de atitudes dos enfermeiros relativamente ao TV.

Para tal foram elaboradas afirmações operacionalizadas através de uma escala de Likert de cinco pontos, entre assinalável entre a discordância total e concordância total.

Relativamente à afirmação (Gráfico 11), “*O meu conhecimento de TV e DAV é adequado à minha prática profissional*”, a maioria (33.2%) “*nem concorda, nem discorda*” ou seja, não têm uma opinião formada. A discordância varia entre os 15.1% que discorda totalmente e os 24,3%, que discorda que seja adequado. Como respostas afirmativas verificou-se que 12.5% dos inquiridos concorda que o conhecimento é adequado à prática e 14.8% concorda totalmente. As respostas mais significativas, evidenciam que (1) os enfermeiros não têm opinião formada acerca do seu nível conhecimento, (2) a totalidade da discordância revela que os enfermeiros não consideram que a sua formação se adegue à sua prática profissional.

Esta pergunta, que despista a tipologia de respostas na questão anterior, relativa à pertinência do TV e sua aplicabilidade na prática clínica: Verifica-se que anteriormente apesar de não terem formação na área, os inquiridos revelavam, na sua maioria, que consideravam o tema essencial à sua prática.

Gráfico 10- Apresentação das respostas da amostra à afirmação: “*O meu conhecimento de TV e DAV é adequado à minha prática profissional*”

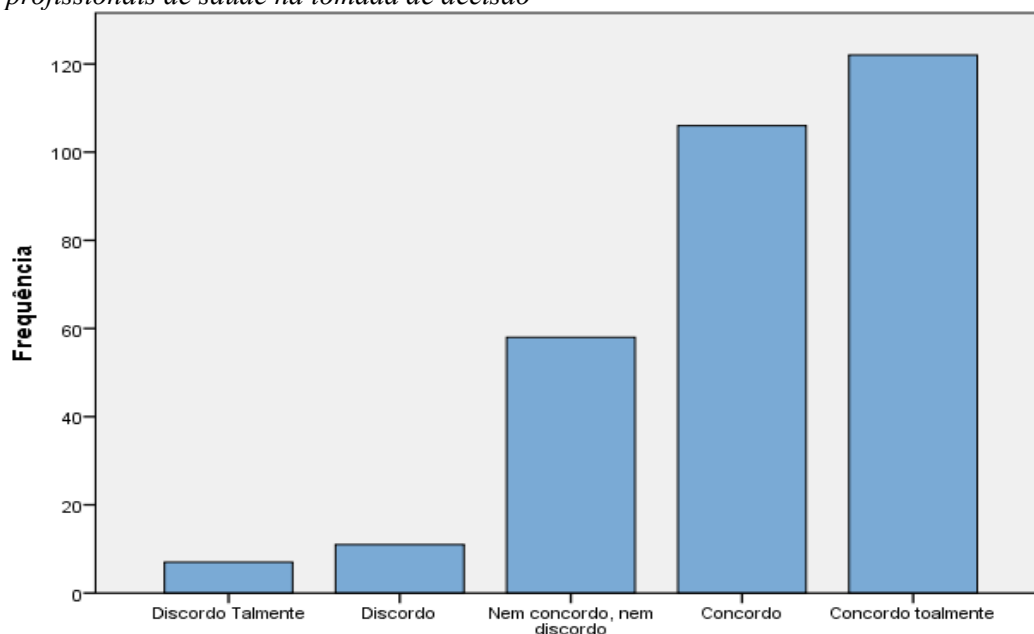


Apenas os grupo minoritários de 2.3% e (Gráfico 12) 3.6% de enfermeiros refere *discordar totalmente* e discordar respetivamente, de que “*o TV é um instrumento útil para os profissionais de saúde na tomada de decisão*”. Sem opinião formada estão 19.1% dos respondentes que, *não concorda nem discorda*. Todavia 34.9% e 40,1% dos

enfermeiros concorda e concorda totalmente, respetivamente, perfazendo uma notável e expressiva maioria de 75% da amostra, com o facto, de que o TV é uma ferramenta útil na tomada de decisão.

Neste âmbito, recorda-se aqui o já apresentado em construto acerca das “...questões relativas à obstinação terapêutica, (...) presentes no cotidiano das UTIs, onde diferentes decisões com relação ao tratamento de pacientes em fase terminal da doença são tomadas sem prévia discussão com os próprios pacientes, suas famílias e a equipe de saúde, restringindo-se, comumente, a deliberação a uma só pessoa, geralmente, o médico...” emergente dos estudos de Pessini & Barchifontaine (2002) e de Pinheiro (2001), conforme citam Carvalho & Lunard, 2009, no seu estudo de Obstinação terapêutica como questão ética em enfermeiras de unidades de terapia intensiva. Ou seja, mesmo para uma realidade em que esta questão não está na ordem do dia das equipas de enfermagem, o facto, é que mesmo assim, os enfermeiros expressam em larga maioria a sua concordância com este documento na sua prática clínica.

Gráfico 11- Apresentação das respostas da amostra à afirmação: “o TV é um instrumento útil para os profissionais de saúde na tomada de decisão”

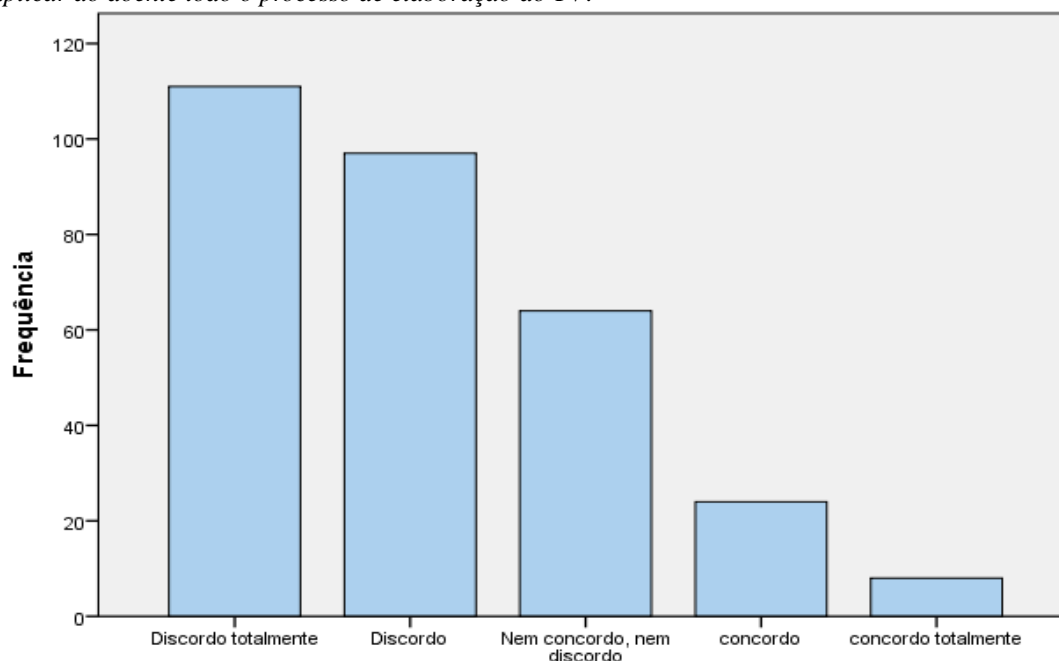


Outra situação que se pode revelar determinante no que diz respeito a conhecimentos, é a capacidade de comunicação num determinado tema, e como podem ou não ser esclarecedores no processo. Quando são confrontados com a afirmação “Tenho conhecimentos suficientes para explicar ao doente todo o processo de elaboração do TV”

– apresentada em Gráfico 13 - para verificar o nível de conhecimentos que os enfermeiros têm relativamente ao processo de execução do TV, os resultados revelam que 36.5% dos inquiridos *discordam totalmente* de ter conhecimentos suficientes para poder explicar todas as fases envolvidas do processo. Estes resultados são algo preocupantes, considerando algumas das Unidades de Internamento, ou de acompanhamento dos doentes, em que os enfermeiros trabalham.

Além desta evidência, há ainda outro grupo de 31.9% dos enfermeiros que *discordam* da afirmação e 31.1% sem opinião formada. Ou seja, e em termos práticos, e do ponto de vista dos skills comunicacionais com o doente, ou utente, ou com qualquer cidadão, o que se verifica, é que 89,5% da amostra não conseguiria explicar as formas processuais para elaborar o seu TV. Claro que também há 7.9% de enfermeiros que *concordam* e 2.6% que *concordam totalmente* com o facto de que têm conhecimentos para poder orientar o doente no seu processo de execução do TV, mas é de facto uma minoria.

Gráfico 12- Apresentação das respostas da amostra à afirmação: “Tenho conhecimentos suficientes para explicar ao doente todo o processo de elaboração do TV.”



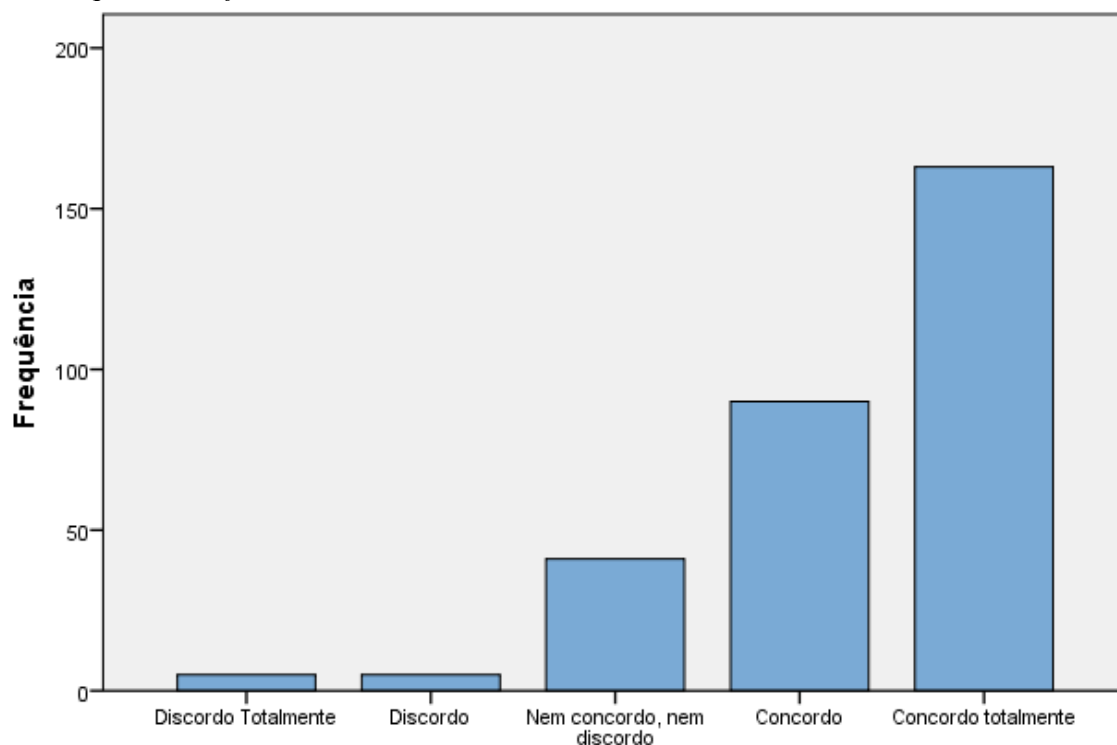
Nesta afirmação “A equipa de saúde, que atende o doente, deve ter em conta que o doente, enquanto pessoa competente, pode ter feito escolhas que se manifestam no TV”, tal como se apresenta no Gráfico 14, está implícito o tipo ou a profundidade de conhecimento que os enfermeiros têm acerca das convicções e escolhas que os doentes

fazem e da maneira como o fazem.

Os resultados apresentam que existe discordância total em 1.6% das respostas (*discordo totalmente*) relativamente à afirmação.

Na mesma medida, apresenta-se o *discordo* (1.6%), sendo que 13.5% da população inquirida, refere *nem concordar, nem discordar* e 29.5% refere *concordar* e 53.6% refere *concordar totalmente*. Isto demonstra que existe conhecimento por parte dos enfermeiros de que os doentes, enquanto pessoas competentes podem realmente tomar a decisão de manifestar a sua vontade, através de um documento escrito que lhe permite fazer escolhas sobre a sua saúde e doença.

Gráfico 13- Apresentação das respostas da amostra à afirmação: “*A equipa de saúde, que atende o doente, deve ter em conta que o doente, enquanto pessoa competente, pode ter feito escolhas que se manifestam no TV.*”

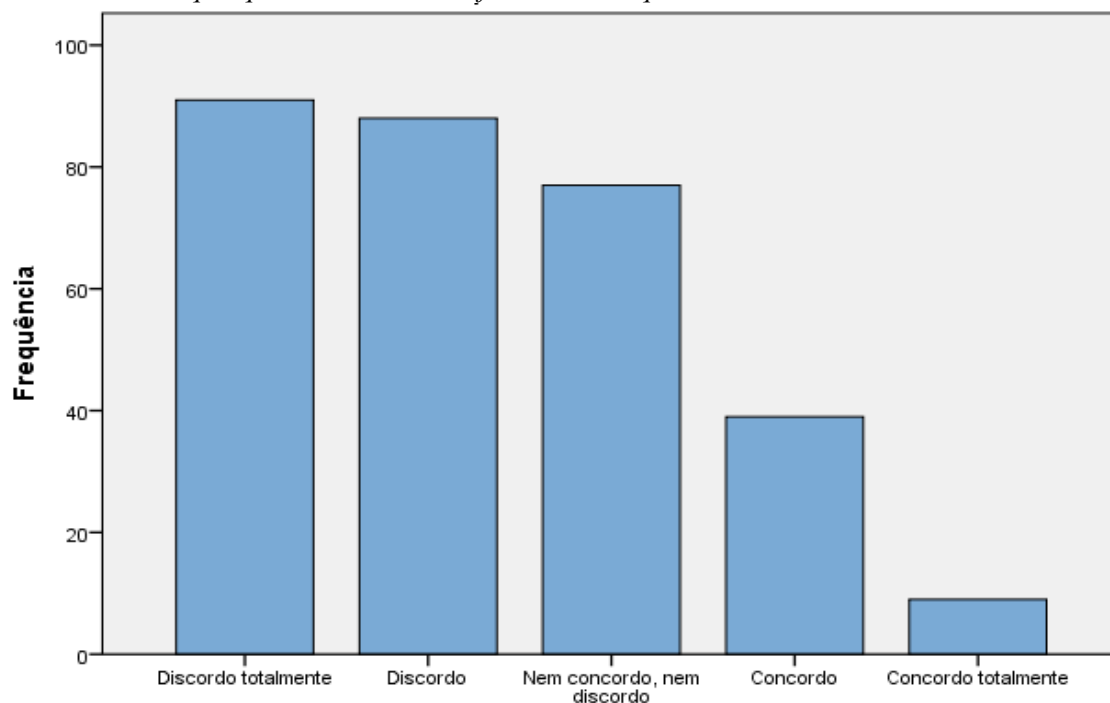


Através da reflexão perante a afirmação “*Sou capaz de abordar o tema do TV com qualquer doente, com o familiar, sem que este o solicite*” - e tal como se apresenta no Gráfico 15 - pretendeu-se conhecer em que medida o enfermeiro sente que tem de facto capacidade para abordar o tema de maneira espontânea.

A esta afirmação, 29.9% dos enfermeiros participantes refere *discordar totalmente*, 28.9% revela que *discorda*, sendo que a discordância num total se manifesta maioritariamente revelando que os enfermeiros não têm à vontade ou se sentem capacitados para abordar o tema do TV com o doente ou família assim que solicitado. O conjunto destes resultados, permite verificar não só a assunção com a necessária honestidade perante a não informação, confirmando resultados observados em questões anteriores aqui colocadas, como também uma inibição percecionada pelos próprios, relativamente a esta iniciativa.

Ainda que 25.3% dos respondentes não tenham opinião sobre a sua capacidade referindo que *nem concorda, nem discorda*. Positivamente, 12.8% dos respondentes revela *concordar* e 3% *concorda totalmente*. Apenas um grupo minoritário da população revela capacidade para o fazer.

Gráfico 14- Apresentação das respostas da amostra à afirmação: “*Sou capaz de abordar o tema do TV com qualquer doente, com o familiar, sem que este o solicite*”.



Esta pergunta, e tal como se apresenta no Gráfico 16 “*No TV pode constar, como vontade do doente, a não submissão a medidas de suporte artificiais das funções vitais*”, pretende revelar se o nível de conhecimentos dos enfermeiros relativamente ao documento do TV, adotado em Portugal.

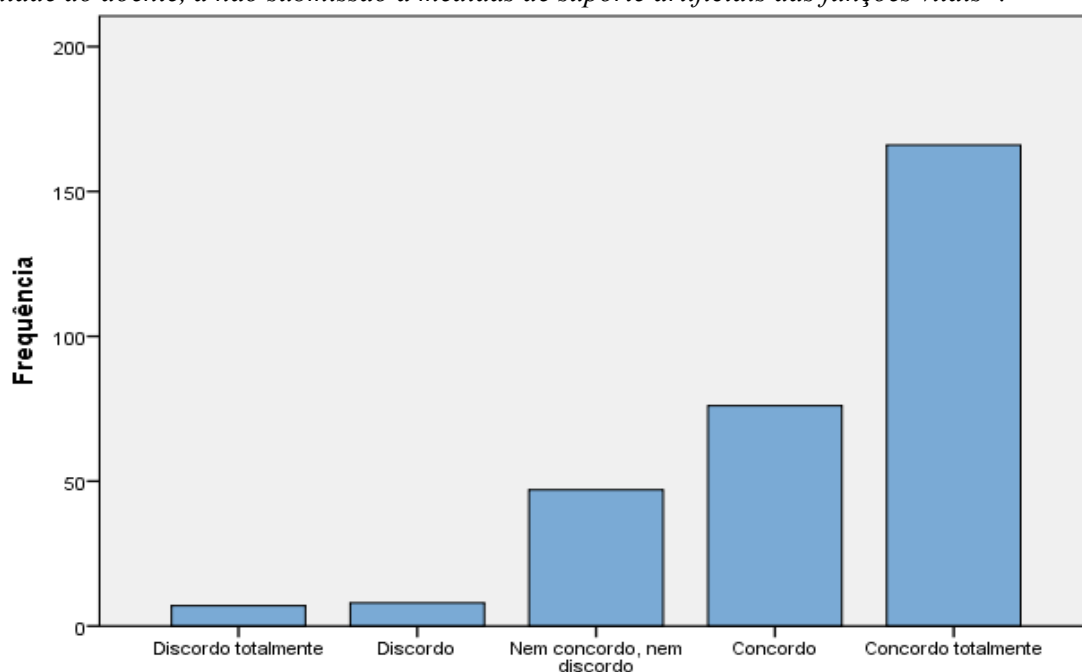
Um dos itens que pode contar no TV, é o da não submissão a medidas de suporte artificiais.

Como resposta a esta pergunta os inquiridos revelaram que 2.3% *discordam totalmente* e 2.6% *discordam* que no documento possam constar como vontade expressa do doente, a não submissão a medidas artificiais das funções vitais.

Dos enfermeiros inquiridos, 15.5% *nem discordam nem concordam*, e em concordância com a afirmação estão 25% dos respondentes que *concordam* e 54.6% que *concordam totalmente*.

É de frisar que o nível de concordância dos enfermeiros relativamente a que a não submissão de medidas de suporte artificiais das funções vitais, seja algo que consta no TV é significativo (79.6%)

Gráfico 15- Apresentação das respostas da amostra à afirmação: “ No TV pode constar, como vontade do doente, a não submissão a medidas de suporte artificiais das funções vitais”.



Esta afirmação “ O cumprimento da vontade do doente, que fica registado no TV, diz respeito apenas ao médico”, pretende conhecer em que medida os enfermeiros sabem a quem pertence a função de ver cumpridas as vontades do doente expressas no seu TV.

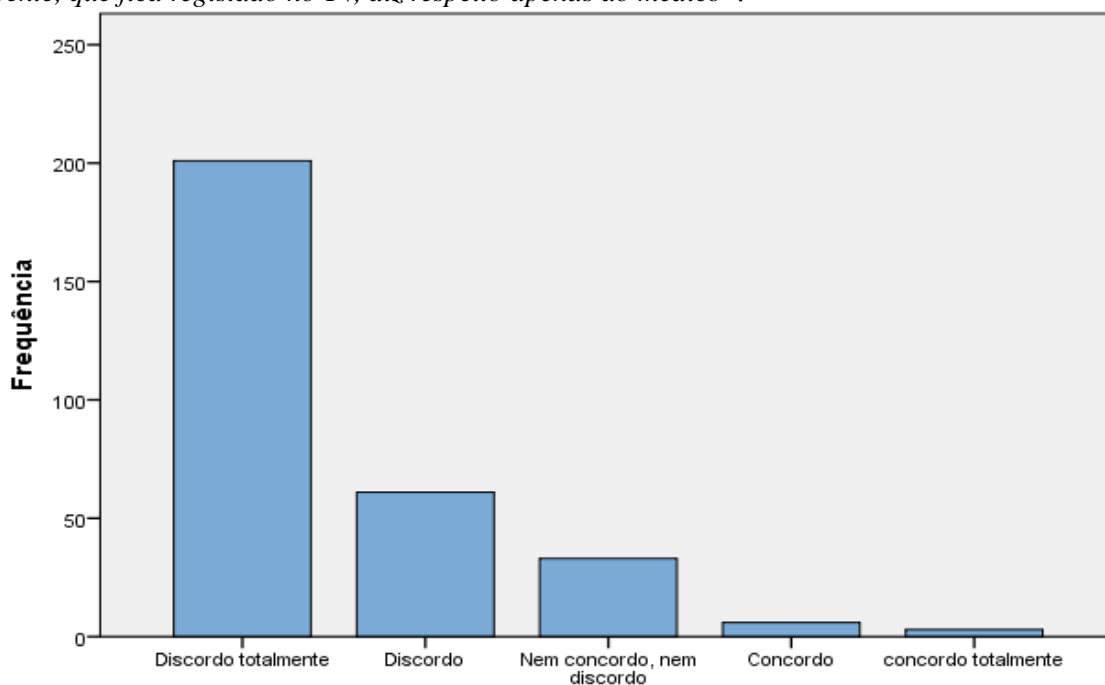
Como se apresenta no Gráfico 17, as respostas revelaram que 66.1% dos enfermeiros

respondentes, *discordam totalmente* juntamente com 20.1% que *discorda*, que o cumprimento das vontades expressas pelo doente através do DAV sejam exclusivas do médico. Sem manifestação de opinião, 10.9% dos respondentes refere que *nem concorda, nem discorda*.

Nas respostas afirmativas, 2% *concorda* e 1% *concorda totalmente*, que esta responsabilidade do cumprimento do que fica escrito no TV seja apenas do médico.

Ao verificar a diversidade de respostas apresentadas pela amostra de enfermeiros em estudo, é possível constatar que a maioria dos inquiridos revela ter conhecimento de que as diretivas manifestadas no Testamento Vital, não deverão ser apenas consideradas decisão médica. Este pormenor é importante em termos de auto consciência pessoal e profissional em termos das competências cuidativas em enfermagem.

Gráfico 16- Apresentação das resposta da amostra à afirmação: “ O cumprimento da vontade do doente, que fica registado no TV, diz respeito apenas ao médico”.



Mais uma vez se pretende verificar o nível de conhecimentos dos enfermeiros relativamente às considerações que constam do documento que é o TV, a par com outras perguntas já anteriormente feitas.

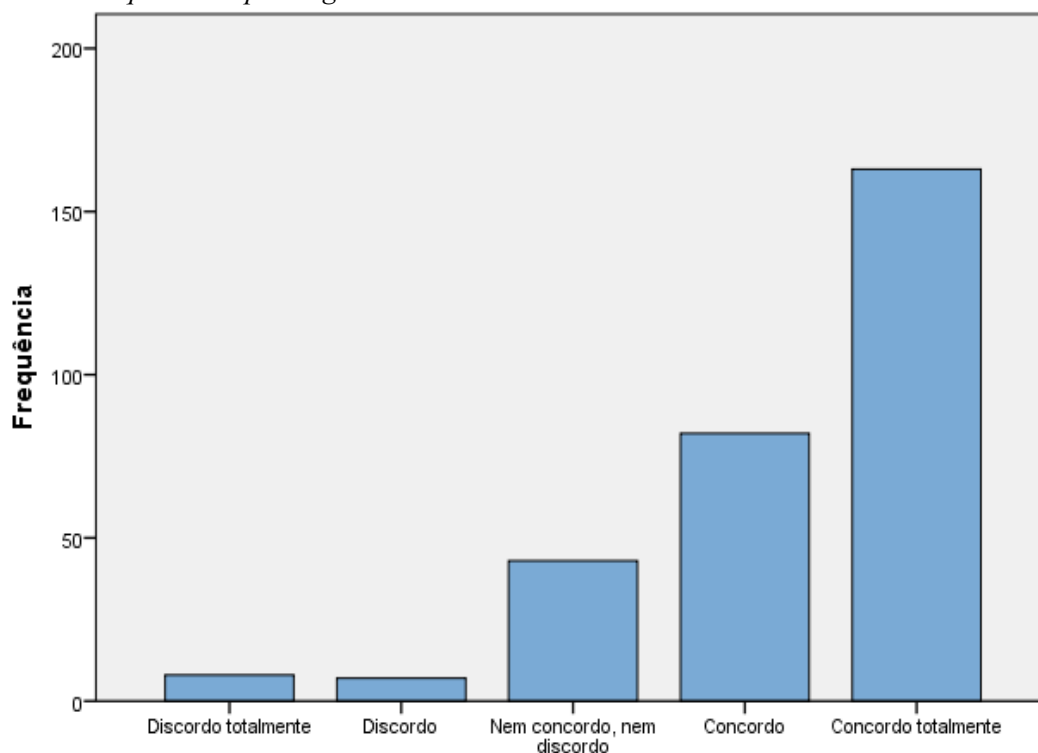
Como pode ser observado no Gráfico 18, as respostas à afirmação de que “As

*DAV podem evitar procedimentos que visem prolongar a vida do doente até ao limite*” demonstram que 2.6% *discorda totalmente* e 2.3% *discorda* que as Diretivas Antecipadas de Vontade possam evitar os procedimentos que tenham como objetivo prolongar a vida do doente até ao limite.

Mais uma vez e sem opinião formada manifestada através das repostas *nem concorda, nem discorda* encontram-se 14.1% dos respondentes.

As respostas que revelam que as DAV podem evitar os procedimentos que visem prolongar a vida do doente até ao limite são manifestadas através de 27% dos inquiridos que *concorda* e 53.6% que *concorda totalmente* com a afirmação. A esta pergunta faltou uma resposta de um dos inquiridos, havendo assim um *missing* de 0.3%.

Gráfico 17- Apresentação das respostas da amostra à afirmação: “*As DAV podem evitar procedimentos que visem prolongar a vida do doente até ao limite*”.

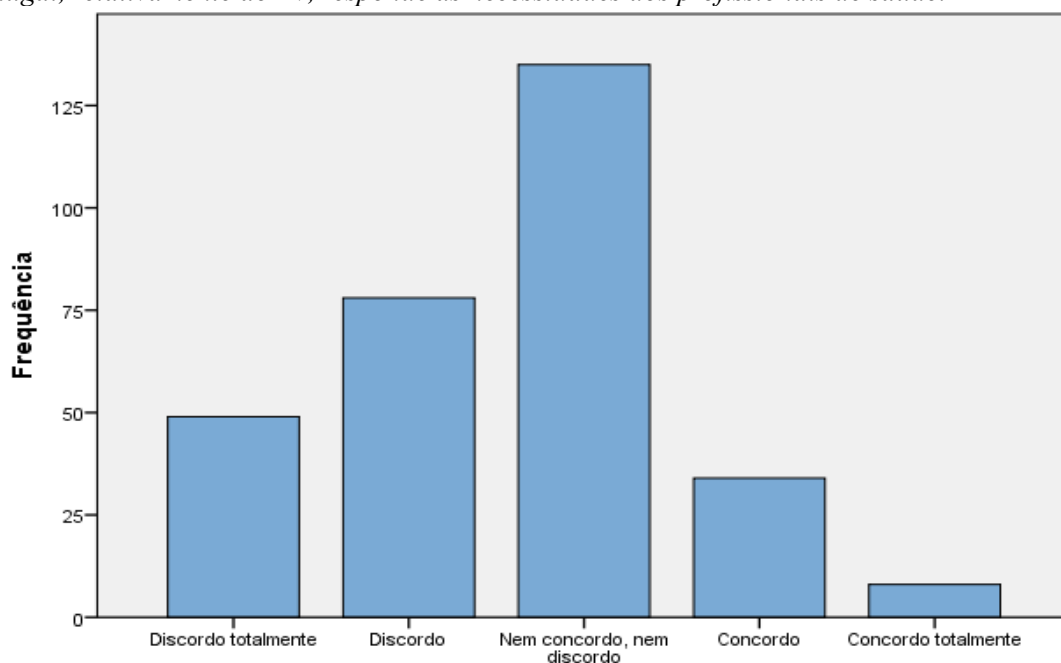


Mais uma vez, a afirmação apresentada de que “*A legislação existente em Portugal, relativamente ao TV, responde às necessidades dos profissionais de saúde.*” pretende avaliar conhecimentos relativo ao enquadramento legal do TV em contexto português.

As respostas, apresentadas no Gráfico 19, revelaram que: 16.1% dos respondentes refere

que *discorda totalmente* e 25.7% *discorda* que a legislação existente satisfaça as necessidades dos profissionais de saúde, conjunto de respostas que revelam alguma reflexão por parte da amostra em estudo. Por outro lado, e diferentemente, verifica-se que 44.4% dos inquiridos revelam que não tem opinião acerca da afirmação, o que revela algum desinteresse em analisar um pouco mais este assunto. Os grupos de 11.2% e 2.6% que respetivamente, *concorda* e *concorda totalmente*, referindo que a legislação portuguesa, responde às necessidades dos profissionais de saúde relativamente à temática abordada, indica que uma minoria está de consciência tranquila relativamente à relação entre decisões profissionais e sustentação ética. A maior significância provém das respostas “*nem concordo, nem discordo*”, ou seja, sem opinião formada, seguida das respostas relativas à discordância no geral, referindo que possivelmente a legislação existente poderá não satisfazer as necessidades dos profissionais de saúde relativamente ao seu conhecimento do tema.

Gráfico 18- Apresentação das respostas da amostra à afirmação: “*A legislação existente em Portugal, relativamente ao TV, responde às necessidades dos profissionais de saúde.*”

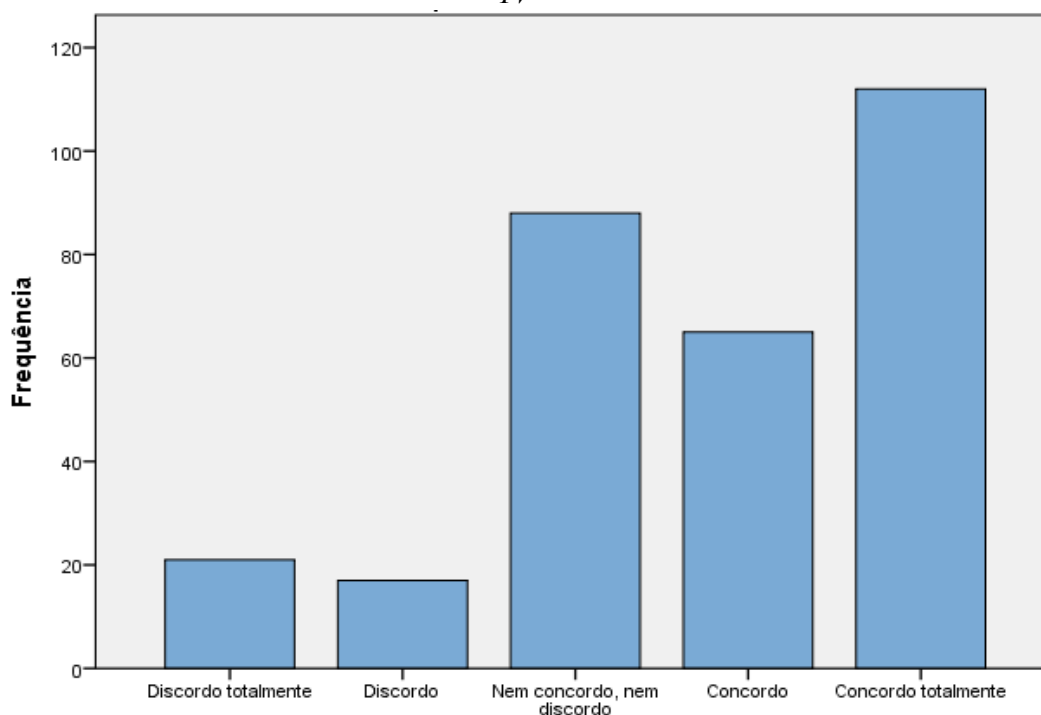


Por fim, e após todo o conjunto exaustivo de questões, apresentadas no sentido de conhecer o nível de conhecimentos acerca do objeto de estudo, mas dirigido aos outros, nomeadamente ao ser humano, em circunstância de doente, também se perscrutou este conhecimento em relação a si mesmo. Com a afirmação “*Estou disposto a fazer o meu*

*TV*”, e conforme os resultados apresentados no Gráfico 20, pretende conhecer-se a perspectiva pessoal dos enfermeiros, enquanto doentes, e como neste papel, estariam ou não disponíveis para a elaboração do seu TV. Os resultados do Gráfico 20, revelam também uma vertente atitudinal por parte dos enfermeiros: A maioria (36,8%) *concorda totalmente* com a elaboração do TV, e 21,4% *concordam*. No entanto há 28,9% sem opinião e (6,9%) que discordam totalmente da necessidade deste documento.

A maioria dos enfermeiros revelam ter disposição e abertura para elaborar um documento em que deixem expressas as suas vontades, aceitando assim que existe um documento que possa vir a ser útil tanto para si, enquanto doente, como profissional (como foi visto em respostas anteriores). É de referir que existe um grupo minoritário que denuncia, que não há uma grande manifestação de vontade para o mesmo, talvez porque o desconhecimento sobre da elaboração do mesmo, assim o reflita.

Gráfico 19- Apresentação das respostas da amostra à afirmação: “*Estou disposto a fazer o meu TV*”



### **Apresentação dos Resultados emergentes das Componentes Discursivas da Amostra**

Na elaboração deste trabalho, surgiu a necessidade de fazer uma pergunta aberta com o objetivo de perscrutar as atitudes dos enfermeiros acerca da temática em estudo.

Esta mesma pergunta foi elaborada no seguimento de uma pergunta anterior, fechada, que utilizou quatro opções de resposta. As respostas a esta pergunta, foram tratadas sob a forma de categorias, à medida que iam sendo analisadas, numa perspetiva qualitativa.

A pergunta anterior a esta era a pergunta “ **Tem acerca deste tema (Testamento Vital) algum tipo de formação?**” e cujas opções de resposta eram “*não, nem considero essencial para a minha prática laboral*”; “*não, mas seria essencial para a minha prática laboral*”; “*sim, e considero-a essencial para a minha prática laboral*” “*sim, mas verifico que não tem aplicabilidade na minha prática laboral*”.

Depois de respondida a pergunta, a pergunta que está agora em análise é “*Considerando a resposta anteriormente, gostaria de expressar algum argumento ou opinião?*”. De acordo com as respostas foram criadas categorias primárias e de acordo com as componentes discursivas emergentes foram criadas subcategorias. (tabela 7)

**Tabela 7** – Tabela categorial representativa das componentes discursivas da amostra

	Categorias primárias ou de 1ª Geração	Categorias secundárias ou de 2ª Geração	Categorias terciárias ou de 3ª Geração
<b>1. Testamento vital</b>	1.0. Curiosidade pelo tema		
	1.1. Aplicabilidade na prática	1.1.1. Completamente aplicável e Essencial à prática	1.1.1.1. Desenvolvimento de competências
			1.1.1.2. Melhoria do planeamento de cuidados
			1.1.1.3. Dever informativo ao doente e família
			1.1.1.4. Processo de simplificação de cumprimento de princípios éticos.
			1.1.1.5. Evolução da lei e proteção da pessoa.
		1.1.2. Não aplicável	1.1.2.1. Exercício de funções em serviços que consideram que o TV não tem aplicabilidade
			1.1.2.2. Falta de vivências com possibilidade de aceder ao TV.
	1.2. Manifestação antecipada de cuidados	1.2.1. Contexto de fim de vida (doente paliativo)	
		1.2.2. Em contexto de urgência e emergência	
	1.3. Pertinência do tema	1.3.1. Respeito pela individualidade, autonomia e liberdade do doente	
		1.3.2. Defesa da capacidade decisória da pessoa	
		1.3.3. Cumprimento dos direitos do doente	
	1.4. Falta de Formação/ Informação	1.4.1. Na população	
1.4.2. Nos profissionais de saúde			

Alguns enfermeiros (n=37) responderam não ter opinião ou querer argumentar, seguidas de 7 resultados sem resposta, manifestadas por símbolos como pontos, traços ou x. No entanto a maioria dos inquiridos respondeu. Os respondentes referiram que o Testamento Vital é algo essencial à prática (1.1.1.), quer no desenvolvimento de

competência (1.1.1.1), quer no planeamento adequado de cuidados (1.1.1.2.) que são prestados (n=35) “...trabalho muitas vezes com doentes em fim de vida...” (G36); “...conhecer as intenções nos cuidados a beneficiar, permite a planificação de cuidados adequados ao doente e familiares...”(G64); “...melhorar conhecimentos e desenvolvimentos de competências...”(G83).

A maior categorização de respostas é relativa à pouca informação e formação existente para os profissionais de saúde, manifestando vontade de conhecer o tema e os seus contornos mais profundamente (1.0) “...pouca informação acerca do tema...” (G9); “...penso que os profissionais deveriam ter pelo menos as bases acerca deste tema...” (G31); “...sem qualquer conhecimento...” (G35); “...a formação será essencial para reforçar o conhecimento e estarmos mais alerta...”(G60); “...ainda não estou desperta para a temática...” (G68); “...conheço o documento e entendo que seriam necessários mais debates sobre a temática...” (G73); “... os profissionais de saúde têm pouca informação sobre o Testamento Vital. É necessário formação sobre esta temática tão importante...” (G109).

Outra referência dada pelos profissionais de enfermagem foi o dever informativo ao doente e família (1.1.1.3) (n=27) “...mais conhecimento para melhor esclarecer aqueles de quem cuidamos, doente e/ou família...” (G6); “...melhor informação ao utente...”(G26); “...muitas vezes questionada acerca deste assunto pelos utentes...”(G65); “...no âmbito dos CSP é importante saber informar os utentes...” (G96) .

Os profissionais inquiridos referem ainda que, é essencial ou importante, tanto na necessidade de formação/informação do profissional (1.4.2) que presta cuidados como no conhecimento da vontade expressa do doente (n=23) “...é importante ter instruções do tratamento que as pessoas querem quando já não são capazes de o manifestar...” (G3) ; “...muito importante...”(G90); “...essencial para um bom trabalho em equipa de enfermagem e multidisciplinar...” (G22) ; “... é importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre o Testamento Vital para adequar os seus cuidados à vontade da pessoa...” (G28); “...importante compreender o doente e as suas escolhas...”(G 110). Existe ainda curiosidade, por parte dos inquiridos, em saber mais sobre o tema (1.0) “...existe curiosidade em saber mais sobre o assunto” (G2); “este tema é bastante interessante” (G24); “...gostaria de estar mais informada do tema”. (G32)

Surgiu ainda outra categoria, manifestada através das respostas, relativa à não aplicabilidade prática profissional da pessoa que respondeu.(1.1.2) Muitos dos inquiridos (n=21) não consideram que o Testamento Vital seja algo que se aplique à sua prática diária, por exercerem funções em serviços que não consideram o TV relevante (1.1.2.1) “...trabalho num serviço mais voltado para o diagnóstico e tratamento de doenças, ainda numa fase em que há esperança no tratamento...” (G 87) ; “...trabalho em ambulatório...” (G101); “...exerço funções no BO...” (G108); “...não aplico por trabalhar em pediatria, mas acredito que seja importante noutras áreas...”(G 137). Surgiram ainda respostas sugestivas de não haver aplicabilidade à prática em geral por falta de contexto, como por exemplo, nunca terem vivenciado tal situação. (1.1.2.2)

Outra das categorias emergentes é a manifestação antecipada sobre os cuidados a receber no futuro e as implicações no processo de morte, sobretudo nos cuidados exercidos às pessoas em fim de vida (1.2.1) (n=16) “...como enfermeira, acho igualmente importante saber os desejos e vontades dos utentes na morte como na sua vida...” (G156); “...considero essencial, uma vez que trabalho com doentes paliativos. Acho primordial perceber quais os cuidados que o utente quer ou não receber neste processo.” (G166); “...seria essencial à minha prática profissional tendo em conta que trabalho num serviço com muitos utentes em fase terminal”. (G260) Ainda nesta categoria, e tendo em conta o contexto da parte da urgência/emergência (1.2.2), também as respostas revelam que “...no contexto de urgência é essencial perceber se tem Testamento Vital.” (G176); “...trabalhando num serviço de urgência, uma formação deste tipo deveria ser obrigatória.” (G186); “...sendo a minha prática numa UCI em que recebemos doentes graves, muito jovens e com prognósticos complicados, penso que deveria existir formação e esclarecimento para toda a população.” (G256); “...exerço em cuidados intensivos e com frequência reflectimos sobre este assunto.” (G289); “...durante o meu exercício profissional de quase 16 anos em cuidados intensivos pude vivenciar esta necessidade”. (G299)

No desenrolar da análise foram surgindo respostas (n=16) que revelam que se deve ter em conta a pertinência que o Testamento Vital gera no contextual atual da sociedade, uma vez que os doentes têm características de instabilidade ou cronicidade e que são ainda capazes de manifestar e fazer valer a sua vontade, sendo que é necessário conhecer a vontade de quem se está a cuidar, isto é, respeitar a individualidade e autonomia de cada pessoa (1.3.1). “...toda a pessoa deve manifestar antecipadamente

*de forma livre e informada, a sua vontade no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber no futuro, caso não consiga manifestar a sua vontade.” (G10); “...é importante conhecermos a vontade da pessoa que estamos a cuidar.” (G17); “...respeito pela individualidade, autonomia e acima de tudo pela vontade da pessoa. “ (G58); “ a vontade dos nossos clientes é peremptória, qualquer que seja o timing da sua expressão.” (G92); “O Testamento Vital é uma forma de expressão dos direitos e da liberdade da pessoa, sendo um garante do direito à autodeterminação que a cada um de nós assiste.” (G106)*

Emergiram vários tipos de respostas, no seu sentido mais simples, como a defesa da capacidade de tomada de decisão tanto por parte do doente, como por parte do profissional de saúde, a visão do Testamento Vital como um processo de simplificação de cumprimento de princípios éticos (1.1.1.3.), ou como um direito e necessidade de todos e até mesmo uma evolução da lei (1.1.1.4) e proteção da pessoa (1.1.1.5): “*Conhecimento cívico, consentimento informado, tomada de decisão*” (G121); “*é algo que no fim protege e apoia a nossa tomada de decisão*” (G131); “*tomada de decisão consciente*” (G144); “*liberdade para decidir e evitar um sofrimento prolongado*” (G161); “*Existe muito pouca informação e suporte legal a que nós possamos agarrar para tomar decisões neste âmbito.*” (G250); “*Informação, ensino, cidadania, adequado e essencial para adequar a decisão futura.*” (G117); “*Simplificaria o cumprimento de princípios éticos, sonogados algumas vezes.*” (G145); “*A sua existência seria facilitador na decisão dos cuidados*”. (G162)

Há ainda quem expusesse que, apesar de tudo o que acima está descrito, a verdade é que o Testamento Vital ainda não está bem divulgado ou conhecido na população (1.4.1). E também, que muitos profissionais desconhecem esta temática em profundidade (1.4.2) “*o testamento é praticamente desconhecido da população!*” (G45); “*a maior parte das pessoas desconhece a existência do Testamento Vital.*” (G88); “*A necessidade de ser melhor divulgado e principalmente explicado, não só à população em geral mas também aos profissionais de saúde porque depara-se com uma grande falta de informação sobre o Testamento Vital.*” (G197)

### 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após apresentação dos resultados do estudo é necessária uma análise crítica aos mesmos. Para tal, divide-se esta análise em três partes: uma breve discussão dos resultados das variáveis que caracterizam a amostra, uma segunda parte relativa às questões que dizem respeito ao nível de conhecimentos acerca da temática em estudo e atribuição da pertinência relativamente ao TV e a sua aplicabilidade à prática clínica e por último, a parte relativa às atitudes dos enfermeiros face ao Testamento Vital.

A caracterização amostral, revelou que relativamente ao género, a maioria dos respondentes é do género feminino (n=283), sendo que apenas n=21 correspondem ao sexo masculino. No que diz respeito à variável estado civil, a maioria é casado ou vive em união de facto (72.4%), seguido pelo estado civil de solteiro (19.4%) e divorciado (n=7.6%) e por fim viúvo (0.7%). Os enfermeiros em estudo apresentam idades que variam entre os 21 anos e os 64 anos, ( $\bar{x}=39,2$ ;  $dp=+-24,8$ ), e em maioria apresentam 35 anos. No que respeita à formação académica, verifica-se que 47.4% referiram a licenciatura, 25.3% o mestrado e 24% uma especialidade em enfermagem; 1% da amostra apresenta doutoramento, 0.2% uma pós graduação, 0.1% o bacharelato. As respostas relativas ao tempo de exercício profissional, variaram entre 5 anos e 35 anos de exercício profissional, sendo que a correspondência modal (28%) se situa no intervalo entre 11-15 anos de exercício. Pode constatar-se que a amostra exerce funções em unidades variadas: desde os Cuidados Continuados, Oncologia, Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Intensivos, de vários pontos do país (Portugal Continental e Ilhas) e com algumas referências a Angola, Reino Unido e Suíça. As respostas dadas pelos enfermeiros destes países revelam uma realidade diferente da portuguesa, em que o Testamento Vital é prática comum e assente nas instituições ou unidades de saúde. Tal facto consta da várias literaturas existentes sobre a temática, sobretudo o que diz respeito à legislação de outros países como a Lei nº 2005-370 de 22 abril de 2005, na França ou a o *Mental Capacity Act 106 no Reino Unido*. As unidades de trabalho dos inquiridos variaram desde o Lar, passando por serviços domiciliários, Unidades de Cuidados Continuados Integrados, Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Cuidados Paliativos (tanto domiciliários como internamento), serviços de urgência, medicina intensiva entre outros.

Todas as perguntas que foram feitas sobre o nível de conhecimentos dos inquiridos, relativamente ao Testamento Vital, revelaram que os mesmos, como já

pronunciado anteriormente, referem conhecer levemente o tema, tal será produto da falta de formação específica na área como defendido por Neves (2013) que refere que devido à falta de informação legal e formação em Portugal, os profissionais de saúde não terem conhecimentos suficientes acerca do tema.

Neste estudo verificou-se que a maioria dos enfermeiros participantes, nunca viveram uma situação em que lhes fosse possibilitado o acesso ao TV (88,8%) este facto pode eventualmente ser resultado de uma pouca informação sobre o tema, na população em geral e no seu entendimento perante tal. É constatável que existem poucas submissões do Testamento Vital no nosso país (12019 em Maio de 2017) (SNS, 2017). É de notar que o ministério da Saúde aposta na divulgação deste documento para a população em geral.

Os enfermeiros reconhecem a existência das diretivas antecipadas de vontade (86,3%) e que não é necessário pagar-se para tal (61,5%), no entanto, relativamente ao pagamento ainda há desconhecimento sobre este aspeto demonstrado numa resposta neutra, não opinativa, ainda em número considerável (34,9%). Os mesmos enfermeiros desconhecem que é necessário ter um Procurador de Cuidados para poder ter Testamento Vital (43,6%) e que o TV tem poder para autorizar ou recusar a participação em estudos clínicos (47,2%). No que diz respeito à autorização ou recusa para participação de estudos clínicos ainda há incongruências no nível de conhecimentos destes profissionais.

Os respondentes revelaram saber que o TV não tem validade vitalícia (39,3%) no entanto, também neste ponto é revelada uma indecisão ou falta de opinião formada acerca do tema (28,4%); que numa situação considerada urgente a equipa é obrigada a cumprir o TV (se a pessoa o tiver) (59,1%); que os elementos de uma equipa têm direito de ser objetores de consciência quando é solicitado o cumprimento do TV (47,5%) e que o conceito de Testamento Vital não significa o mesmo que o conceito eutanásia (84,8%). Algumas das perguntas supracitadas, suscitam ainda alguma indecisão ou dúvida por parte dos respondentes. Isso poderá revelar a insuficiência de conhecimento para manifestar uma opinião mais clara acerca do assunto.

Os resultados anteriormente apresentados corroboram o referido por Velasco Sanz e Rayon-Valpuesta (2016), em que 90,3% dos inquiridos no seu estudo, não conheciam todas as medidas necessárias para a elaboração de um Testamento Vital. Este mesmo estudo (Velasco Sanz e Rayon-Valpuesta,2016), revelou que 82.8% dos inquiridos consideravam que o Testamento Vital seria muito importante para o processo de tomada

de decisão. Também Iglesias e Vellajo (2013) revelam que as enfermeiras, no seu país, não têm conhecimento suficiente sobre os procedimentos legais que o Testamento Vital requer. Pode dizer-se assim, que a maioria dos enfermeiros, não têm conhecimentos suficientes para poder abordar esta temática, no entanto é de sua obrigação dar cumprimento à lei para que seja realizada a vontade do utente expressa no documento.

Às perguntas sobre a existência sobre a formação relativamente ao Testamento Vital e sobre o conhecimento da existência do Testamento Vital ou diretivas antecipadas de vontade, a maioria dos inquiridos respondeu não ter formação na área no entanto considerou como essencial à sua prática, mas conhece a existência do documento que enquadra o tema. Estes resultados estão de acordo com o estudo feito por Downe-Wamboldt, Butter e Coughlan (1998) que referem que, a maioria dos enfermeiros indagados no seu estudo, desconheciam o documento que regia as diretivas antecipadas de vontade. Courson *et al.* (2019) revelaram que, dos profissionais de saúde que questionaram acerca do Testamento Vital, apenas 10% sabiam a finalidade do mesmo e o seu enquadramento ético e legal. Pode dizer-se que, existe conhecimento de âmbito geral sobre o Testamento Vital, no entanto ainda não existe conhecimento aprofundado acerca do tema. É de referir que esta situação se verifica, segundo os estudos, não só em Portugal, como também noutros países e que efetivamente existem poucos estudos sobre o Testamento Vital associado aos cuidados de Enfermagem ou em contexto da saúde, e que a sua maioria, são relativos aos contextos jurídicos que o englobam.

No que diz respeito às respostas relativas à pertinência da aplicabilidade dos enfermeiros perante o Testamento Vital, tais revelam os enfermeiros não concordam nem discordam, ou seja, não têm opinião formada (33.2%) à sua aplicabilidade em contexto clínico. No entanto 15.1% dos inquiridos revela que discorda totalmente que o seu conhecimento seja adequado para aplicação à prática. Estes resultados traduzem a generalidade das respostas dadas juntamente com as respostas emergentes da pergunta aberta feita no questionário, que revelam que os enfermeiros não possuem informação suficiente sobre a matéria. Tal é discutido por Iglesias e Vellajo (2013), Velasco Sanz e Rayon-Valpuesta (2016) e Courson *et al.* (2019) que referem que os profissionais de saúde não têm instrução adequada sobre o Testamento Vital e a sua componente legal.

No que diz respeito a que o Testamento Vital seja um instrumento útil para a tomada de decisão, 40.1% da população inquirida revela que *concorda totalmente*, a par de um *concordo* com 34.9%. Este facto demonstra que os enfermeiros entendem que a existência do mesmo pode ser útil, na simplicidade de utilização, à sua prática clínica. Estes dados estão a par com o estudo realizado por Saioron *et al* (2017), que revela que os enfermeiros percebem as diretivas de vontade como uma ferramenta útil para toda a equipa no sentido de beneficiar o seu trabalho através da segurança e tranquilidade que proporcionará ao profissional, pela existência de um documento que prove a vontade e decisão real do doente. Também Velasco Sanz e Rayon-Valpuesta (2017) defende que o Testamento Vital ou a manifestação escrita de diretivas antecipadas de vontade são uma ferramenta essencial à tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde.

O conhecimento suficiente para poder informar a família e doente é resultado que revela, novamente, a falta de informação por parte dos inquiridos. Aquando a elaboração da pergunta, 36.5% referiram *discordar totalmente* de ter conhecimentos adequados ou suficientes para poder explicar ao doente ou família todo o processo de elaboração do Testamento Vital. Também, 31.9% referiram *discordar*. Estas duas opções de resposta juntas manifestam um número significativo de referência à falta de informação. Já 31.1% dos inquiridos revelaram uma resposta neutra (*não concordar; nem discordar*) do seu nível de conhecimento. Nesta sequência e após a afirmação relativa à capacidade de abordagem do tema, de forma espontânea, ao doente e família, 29.9% declararam *discordar totalmente* e 28.9% *discordar*, o que revela a sua incapacidade para iniciar uma conversa sobre o tema.

Os enfermeiros indagados revelaram ainda que concordam, na sua maioria que a equipa deve ter em conta, que o doente fez escolhas de forma consciente e que expressam a sua vontade (*concordo totalmente* 53.6% e *concordo* 29.5%) e que estas mesmas intenções podem incluir a não submissão a medidas de suporte artificiais das funções vitais (*concordo totalmente* 54.6%). Concordam também que as diretivas antecipadas de vontade evitam procedimentos que podem prolongar a vida do doente até ao limite (*concordo totalmente* 53.6%). García (2018) revela que a obstinação terapêutica é uma das questões éticas com que mais os enfermeiros se defrontam e como tal as DAV podem ser uma ajuda fundamental.

Numa questão considerada mais delicada, que refere que o cumprimento das diretivas antecipadas de vontade diga apenas respeito à classe médica, a maioria dos inquiridos refere discordar totalmente (66.1%). Relativamente a esta questão, é de referir que pelo seu resultado, os enfermeiros que participaram neste estudo, referem discordar de que seja apenas uma atitude de uma classe só, no entanto existem estudos que revelam que os enfermeiros requerem uma informação explícita por parte do médico responsável, que seja precisa e clara, para que não existam possíveis aberturas ou interpretações de cariz pessoal que possam pôr em causa a real vontade expressa pelo doente (Velasco Sanz e Rayon-Valpuesta ,2017).

No aspeto legal, os enfermeiros manifestam uma opinião neutra (*não concordam, nem discordam* 44.4%) relativamente ao que consta da legislação portuguesa e ao que esta refere sobre as diretivas antecipadas de vontade relativamente à sua aplicabilidade na prática. Também a discordância (*discordo e discordo totalmente*) têm um maior número de respostas (41.8%). Também a maioria (36.8%) revela uma resposta de concordância no que diz respeito à sua disposição para fazer o seu próprio Testamento Vital seguida de uma resposta neutra (28.9%) para elaboração do mesmo.

A pergunta aberta efetuada e anteriormente mencionada, revelou que os enfermeiros referem que existe curiosidade pela temática que tem sido pouco divulgada em termos de formação/informação pelos profissionais de saúde. Sendo que esta formação, e segundo alguns discursos emergentes, deveria ser de cariz obrigatório. Foi manifestada a necessidade de conhecimento acerca do tema sobretudo pelo dever informativo que o profissional de saúde têm para com o doente e família, para a melhoria na toma de decisão e conseqüentemente na qualidade de cuidados prestados e sobretudo pela satisfação das necessidades e vontades expressadas pelo doente. Estas manifestações antecipadas vistas como uma melhoria e dignidade dos cuidados numa perspetiva de cuidados a receber futuramente e implicações no processo de morte. A questão da formação, é defendida por Carvalho & Lunardi (2009) que referem que é de suma importância a reflexão sobre os significados das práticas vivenciadas e que o processo de formação dos profissionais de enfermagem deve incluir a discussão de várias questões de ordem ética, tal como a obstinação terapêutica, de modo a que o profissional possa aliar a sua competência técnica à humanização dos cuidados.

Os enfermeiros referiram ainda que a população geral não tem conhecimento suficiente ou informação disponível sobre o tema em estudo e consideram que de acordo com o contexto atual de longevidade e de aumento de doenças crónicas, as pessoas deveriam ser informadas sobre as suas opções de escolha para tratamentos futuros. Efetivamente esta circunstância é real, tal como constata Campos *et al.* (2012) no seu estudo que refere que a maioria dos doentes refere não ter conhecimento sobre o Testamento Vital.

Neste estudo verifica-se que a aceitação do Testamento Vital é tido em conta pelos enfermeiros que a ele responderam. Esta manifestação é verificada através das suas respostas que revelam a necessidade de formação e as demonstrações de interesse na temática. A sua disposição para elaboração do seu próprio Testamento Vital reforça a sua atitude de interesse e aceitação deste documento, não só como utente, mas também enquanto profissional.

A necessidade de maior sensibilização para o tema, também é manifestada pelos respondentes do inquérito, referindo que é uma temática pouco abordada nas instituições e unidades onde exercem funções e que é um instrumento de levada utilidade para uma prestação de cuidados de excelência e conseqüente melhoria de cuidados ao doente.

#### 4. CONCLUSÃO

A estrutura e pertinência deste trabalho, partiram da necessidade reconhecida em perscrutar o nível de conhecimento do TV por parte dos enfermeiros e a essencial mais-valia da colocação em discussão da necessidade desse conhecimento. No construto teórico deste trabalho, expôs-se o conceito de Diretiva Antecipada de Vontade e Testamento Vital (este como documento de manifestação das DAV) e toda a legislação que lhe é inerente. Verificou-se que existe pouca informação sobre este tema, comparativamente com os Estados Unidos, Bélgica, França e Suíça.

No construto metodológico, mencionou-se toda a implementação da metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho, de maneira a poder dar resposta aos objetivos preconizados. A metodologia utilizada proporcionou uma abordagem descritiva do problema em estudo.

Na apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos referiram-se as perceções, saberes e atitudes, dos enfermeiros respondentes relativamente aos conceitos expostos respeitantes ao objeto de estudo através de encontrar as respostas para estes objetivos:

1. **Reconhecer os conhecimentos dos enfermeiros relativamente ao TV:** da análise emergente dos resultados estatísticos, verificou-se que, dando cumprimento ao objetivo, verificou-se que a maioria da amostra (86,3%), apesar de insuficientes, tem conhecimentos acerca do TV.
2. No que diz respeito ao objetivo **conhecer os tipos de atitudes dos enfermeiros relativamente ao TV**, os resultados revelam que a amostra respondente, demonstra 3 componentes atitudinais: uma boa aceitação relativamente ao tema, outra que refere curiosidade acerca do mesmo, e outra, curiosamente desocultadora, assumindo a falta de formação e informação como o maior obstáculo à utilização e sensibilização para o tema.
3. No objetivo **reconhecer atribuição da pertinência da temática em estudo: o TV**, a pertinência na prática é atribuída por 75% dos respondentes pese embora, haja 7,6% que consideram não ter aplicabilidade e 6,6% que além de não terem formação, não considera ter relevância na prática.
4. No último objetivo **sensibilizar os enfermeiros para a vontade manifestada por cada doente**, na sua prática profissional, através da apresentação dos

resultados do estudo em contexto laboral, a maioria dos respondentes refere ter pouca formação acerca da temática. Formação esta que, segundo os respondentes deveria ser dada tanto em contexto escolar (no curso) como em contexto laboral, pelos seus serviços. Nesse sentido, seria de grande pertinência que este estudo fosse divulgado entre serviços de maneira a poder dar mais ênfase ao Testamento Vital enquanto prática diária.

Este estudo permitiu um pequeno contributo sobre os conhecimentos e a informação que os enfermeiros têm acerca do Testamento Vital, pelo que poderá assumir um contributo para uma melhor compreensão acerca do tema e também uma perspetiva sobre as necessidades formativas e informativas acerca das temáticas, no âmbito profissional. Verificou-se que ainda existem algumas dúvidas no que diz respeito aos conhecimentos manifestados pelos enfermeiros que responderam ao questionário; dúvidas que dizem respeito à aplicabilidade ou relevância dada ao TV, nos contextos de prática diária (como os serviços de Pediatria ou serviços de quimioterapia ou radioterapia). A perceção que os enfermeiros têm sobre a pertinência do TV em contexto de fim de vida é outra das conclusões deste estudo; pela cronicidade das doenças, pelo seu desenvolvimento e pelas morbilidades que hoje em dia fazem com que a pessoa se encontre em situação mais frágil por um maior período de tempo, levam os enfermeiros a entender que o TV é muito mais útil.

Na atribuição da pertinência do tema em estudo, e apesar de todas as dúvidas expostas, os enfermeiros identificam o TV como uma ferramenta de trabalho útil, na tomada de decisão e no respeito aos valores de autonomia e liberdade de cada pessoa enquanto doente, que muitas vezes são sonogados. Assumem, que o TV permite prestar cuidados de qualidade, pois têm-se em conta a vontade expressada pelo doente.

Este estudo permitiu ser uma descrição detalhada sobre os conhecimentos e as incongruências dos enfermeiros face à temática do Testamento Vital e a todo o seu enquadramento, mas também ser um incentivo à sensibilização profissional e individual sobre o mesmo.

Integrar esta temática no contexto de abordagem ao doente crítico, nem sempre é fácil, pois apesar de ser um tema bastante transversal a toda as áreas da saúde, aquando uma situação de urgência/emergência nem sempre é possível consultar ou perguntar quais

as manifestações de vontade do doente, pelo contexto da situação. No entanto, e tendo em conta as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, deve sempre atender-se ao contexto e complexidade dos processos médicos ou cirúrgicos vivenciados pela pessoa, em situação de doença aguda ou crónica, e respetiva família/cuidadores, respondendo de forma eficaz ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, para uma melhor planificação de cuidados e conseqüente melhoria dos mesmos.

É competência do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, envolver a pessoa e família ou cuidador em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar, avaliando o impacto que a situação decorrente do processo de doença tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa que está aos seus cuidados, envolvendo na planificação dos cuidados de enfermagem prestados (OE, 2018). É neste sentido, e dentro destas competências, que o Testamento Vital, surge como um tema de grande pertinência, sendo facilitador da tomada de decisão e do cumprimento das vontades manifestadas pelo doente.

É de referir ainda que durante todo o estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica nunca, em nenhum dos três serviços (Serviço de Medicina Intensiva, Bloco operatório e Serviço de Urgência) em que foi feito o estágio, foi dada qualquer tipo de referência ao tema Testamento Vital. Como tal, e como constatado neste estudo, é de grande importância dinamizar o tema pelos vários serviços e unidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L., Freire, T. (1997) *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT.
- Arêas, A. (2016) *Visão Crítica da Biotecnologia*. Núcleo de Tecnologias Educacionais. Universidade Federal do ABC. Santo André. p. 95.
- Ascensão, J. (2014) As disposições antecipadas de vontade – o chamado “Testamento Vital”. *Revista Faculdade de Direito UFMG*. Belo Horizonte, n. 64, pp. 493 – 517.
- Bisquerra Alzina (Coord.) (2004). *Metodologia de la Investigación Educativa*. Madrid. La Muralla.
- Campos, M.; Bonamigo, E. ; Steffani, J.; Piccini, C. ; Caron, R. (2012) *Testamento Vital: percepção de pacientes oncológicos e acompanhantes*. *Revista Bióethikos*. 6 (3). P.253-259.
- Carvalho, K; Lunardi, V. (2009). *Obstinação terapêutica como questão ética: enfermeiras de unidades de terapia intensiva*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (3), 308-313. doi.org/10.1590/S0104-11692009000300005
- Coutinho, C. (2011) *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra. Almedina.
- Courson,T; Sfeir, C.; Guillebon, G.; Sanson, H.; Yannoutsos, A.; Priollet, P. (2019) *Advanced directives in hospital practice: a matter of concern for every healthcare professional and consumer*. *Rev. Med. Interne*. 40 (3). P. 145-50
- Contreras, M.; Bolívar, F. ; Rodríguez, J. ; Calero, A.; Hernández, F. (2014) *Grado de conocimiento e actitudes de los professionals entre distintos professionals y provincias de una misma autonomia*. *Semergen*. 41 (3). P. 139-148.
- Conselho Nacional de Ética e Ciências para a Vida (2017). Parecer 95/CNECV/2017. Relatório e Parecer sobre a transmissão de informação relativa às diretivas antecipadas de vontade.

- Direção Geral da Saúde. (2013) Norma nº 015/2013 de 03/10/2013, atualizada em 04/11/2015.
- Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16, Lei, nº 25/2012.
- Dé, A. (2017) *A relevância jurídico penal do Testamento Vital nos tratamentos e intervenções médicas*. Relatório de Mestrado para obtenção do grau Mestre em Ciências Jurídico Criminais. Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa.
- Downw-Wamboldt, B.; Butler, L.; Coughtlan, S. (1998) *Nurses knowledge, experiences and attitudes concerning living wills*. Can. J. Nurse Res. 30 (2) p. 161-75
- Dworkin, R. (1993) *Life's dominion: an argument about abortion and euthanasia*, London. Harpen Collins Publishers. p.226
- Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse :textual analysis for social research*. New York. Routledge.
- García, M. (2018) A perceção dos profissionais de enfermagem da dimensão ética dos cuidados de enfermagem. Dissertação para obtenção do grau Mestre em Enfermagem Médico- Cirúrgica. Escola superior de Saúde do Porto.
- Iglesias, M.; Vallejo, R. (2013) *Living wills in the nursing profession, knowledge anda barriers*. Acta Bióethica. 9 (1). P. 113-123.
- Illich, I. (1975) *NEMESIS MEDICALE A Expropriação da Saúde*. 3ª Ed. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira.
- Kelley, K. (1995) *The Patient Self-Determination Act. A matter of life and death*. Physician Assist. Mar; 19(3): 49, p.53-6, 59-60.
- Kutner, L. (1969) *Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal*. Indiana Law Journal: Vol. 44 : Iss. 4 , Article 2.
- Oliveira, M.; Rodrigues, L. (2014) *Diretivas Antecipadas de Vontade: conhecimento, atitude e prática de médicos, enfermeiros e idosos*. Brasília.
- Pocinho, M (2012) *Metodologia de investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lisboa. Lidel- edições técnicas.

- Martínéz, k. (2007). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* ; 30 (Supl. 3): 87-102.
- Neto, J.; Ferreira, R.; Silva, N.; Delgado, A.; Tabet, C.; Almeida, G.; Vieira, I. (2015) *Testamento Vital : o que pensam os profissionais de saúde. Revista Bioética*. 23 (3). P. 572- 82
- Neukamp F. (1937). *Zum Problem der Euthanasie*. Der Gerichtssaal, p.109:403.
- Neves, M. (2013) *Percepção dos enfermeiros sobre Diretivas Antecipadas de Vontade*. Relatório final do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica. Instituto Politécnico de Viseu.
- Ordem dos Enfermeiros (2018) Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/mcee-m%C3%A9dico-cir%C3%BArgica-legisla%C3%A7%C3%A3o-sobre-a-especialidade/> consultado em Junho de 2019.
- “Legalizar a Eutanásia? Uma perspetiva dinamarquesa”, de Soren Holm. Disponível em <http://www.revistabioetica.cfm.org.br>
- Consent to Medical Treatment and Palliative Care Act (1995).Disponível em [http://www.legislation.sa.gov.au/LZ/C/A/NATURAL/%20DEATH%20ACT%201983/1995.11.29\\_1984.09.30/1983.121.PDF](http://www.legislation.sa.gov.au/LZ/C/A/NATURAL/%20DEATH%20ACT%201983/1995.11.29_1984.09.30/1983.121.PDF) consultado em Dezembro de 2018.
- Statutory Advance Directive For Puerto Rico Resident Disponível em em [http://www.lifecaredirectives.com/assets/statutory\\_ads/PUERTO%20RICO%20S%2AD%20-%2014%20p%20Dwnld.pdf](http://www.lifecaredirectives.com/assets/statutory_ads/PUERTO%20RICO%20S%2AD%20-%2014%20p%20Dwnld.pdf) consultado em Dezembro de 2018.

- Ley 21 de 2000, de 29 de dezembro. Derechos de información concernientes a la salud y autonomía del paciente y la documentación clínica. Espanha. Disponível em <http://legislacion.derecho.com/ley-21-2000-sobre-los-derechos-de-informacion-concernientes-a-la-salud-y-la-autonomia-del-paciente-y-la-documentacion-clinica>, consultado em Dezembro de 2018.
- Santos, L. (2011) *Testamento Vital- O que é? Como elaborá-lo?* Porto. 1ª Ed. Sextante Editora.
- Sairon, I.; Ramos, F.; Schneider, D.; Silveira, R.; Silveira, L. (2017) *Diretivas antecipadas de vontade: percepção dos enfermeiros sobre os benefícios e novas demandas*. Escola Anna Nery. 21 (4)
- Siqueira-Batista, R.; Schramm, F. (2004) Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1):31-41.
- Schutt, R. (1999). *Investigating the Social World: The process and Practice of Research*. (2ª Ed)Thousand Oaks. Pine forge Press.
- Velasco-Sanz, T.; Rayón- Valpuesta, E. (2016) *Advanced directives in intensive care: health professional competences*. *Rev. Med. Intensiva*. 40 (3). P. 154-62.

## ANEXOS

## ANEXO I

# Relatório de Estágio

Cristiana Isabel Alves Rodrigues

Relatório Final De Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este relatório final de estágio profissional não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.

Março de 2018

**Resumo:**

O presente relatório de Estágio reporta-se à descrição dos estágios realizados no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança. O estágio foi dividido em três partes que caracterizo como Estágio I, Estágio II e Estágio III relativos ao estágio no Serviço de Medicina Intensiva, estágio opcional, Bloco Operatório e estágio no Serviço de Urgência.

Cada um destes estágios teve como objetivo desenvolver as competências do profissional de Enfermagem enquanto enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, no cuidado ao doente crítico.

Pretendeu-se adquirir e consolidar competências que me permitiram essencialmente desenvolver competências técnico-científicas e relacionais como enfermeira especialista no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem ao doente e família a vivenciar uma situação de doença crítica e/ou fim de vida, no contexto de Urgência/Emergência; incrementar metodologias de trabalho eficazes na assistência ao doente e família, que me permitam reagir e intervir em situações inesperadas e complexas e desenvolver

conhecimentos aprofundados sobre técnicas, principalmente de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;

**Abreviaturas e /ou Siglas:**

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás os montes e Alto Douro

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

AESOP – Associação dos enfermeiro de Sala de Operações Portugueses

EORNA- European Operating Room Nurses Association

SUMC – Serviço de Urgência Médico cirúrgica

SU- Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência básica

SUP- Serviço de Urgência Polivalente

VV – Via Verde

OE – Ordem dos Enfermeiros

## **Índice:**

1. Introdução.....	5
2. Caraterização dos Serviços e atividades realizadas.....	5
a) Serviço de Medicina Intensiva- Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro.....	5
b) Bloco Operatório – Unidade Hospitalar de Bragança.....	9
c) Serviço de Urgência – Unidade Hospitalar de Bragança.....	11
3. Competências adquiridas enquanto enfermeiro especialista – Análise Crítica.....	13
4. Conclusão.....	15
5. Referências Bibliográficas.....	16



## **1. Introdução**

O presente relatório de Estágio reporta-se à descrição dos estágios realizados no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança. O estágio foi dividido em três partes que caracterizo como Estágio I, Estágio II e Estágio III. O primeiro estágio, considerado em local de passagem obrigatória, foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, este estágio, a par dos demais teve a duração de 168h e foi realizado no período de 18 de Setembro de 2017 a 3 de Novembro de 2017. O segundo campo de estágio, que é considerado o estágio opcional foi realizado no Bloco Operatório, da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Unidade Hospitalar de Bragança. Este estágio foi realizado no período compreendido entre 6 de Novembro de 2017 e 5 de Janeiro de 2018. O terceiro e último estágio, foi realizado no Serviço de Urgência da ULSNE – Unidade Hospitalar de Bragança, tendo a mesma duração, no período de 8 de Janeiro de 27 de Fevereiro de 2018 e sendo também um estágio de cariz obrigatório.

Cada um destes estágios teve como objetivo desenvolver as competências do profissional de Enfermagem enquanto enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, no cuidado ao doente crítico.

## **2. Caracterização dos Serviços e atividades realizadas**

### **a) Estágio I - Serviço de Medicina Intensiva, Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro**

Este serviço é um serviço único e diferenciado dos demais serviços do Centro Hospitalar, na medida em que engloba, além da prestação de cuidados especializados a doentes críticos, toda uma panóplia de tecnologia e técnicas que permitem uma melhor capacitação nos cuidados ao doente que deles necessite.

Para este estágio formalizei os seguintes objetivos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica ou falência orgânica, que se encontrem submetido a ventilação mecânica;
- Contribuir para a manutenção da segurança do doente no que diz respeito à prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

O doente crítico é, segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), aquele que “apresenta falência de um ou mais órgãos/sistemas necessitando de meios avançados de monitorização e terapêutica para a sua sobrevivência”( p.9). Assim sendo uma unidade de cuidados intensivos é um serviço dotado de uma organização estrutural e funcional de qualidade excelente.

A Unidade de Cuidados Intensivos de CHTMAD é constituída por duas partes: uma Unidade de Cuidados Intensivos Monovalente que tem oito camas e uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, que tem também oito camas. Esta Unidade, na sua totalidade suporta o peso de receber mais ou menos 330.000 pessoas oriundas de dois distritos, Vila Real e Bragança. A nível de recursos humanos, tem uma equipa de enfermagem com mais ou menos 38 enfermeiros, que garantem a qualidade de cuidados aos doentes, bem como os demais profissionais (médicos e assistente operacionais) que lá trabalham.

Os diagnósticos mais comuns neste serviço vão desde o Edema agudo do Pulmão, Insuficiência Cardíaca, Traumatismos Craneo Encefálicos, status pós Paragem Cardio Respiratória até ao mais comum, Sepsis e Choque Séptico. Este é um serviço com uma dinâmica diferente dos restantes, como tal a equipa que trabalha neste serviço detém um conjunto de competências específicas para o cuidar destes doentes. Essas competências são as denominadas como competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente do cuidado ao doente crítico. Neste serviço, todos os dias são efetuados procedimentos que permitem ao doente uma melhoria em função do seu diagnóstico como a colocação de cateteres venosos centrais, linhas arteriais e entubações orotraqueais. Todos estes procedimentos possuem protocolos exaustivamente detalhados e elaborados de modo a que sejam respeitadas as normas da comissão de controlo de infeção. É da competência do enfermeiro que trabalha nesta unidade a colocação de técnicas dialíticas de substituição como, a que foi mais verificada no período em que se realizou este estágio, a Hemofiltração Venovenosa Contínua, que será melhor explorada mais à frente.

Ao longo da minha atividade profissional, não tive oportunidade de prestar cuidados ao doente em situação crítica, por isso, neste estágio senti necessidade que me direcionar para uma prática concentrada no saber fazer, com necessidade de aprofundar conhecimentos sobre procedimentos e técnicas que vão desde a preparação da terapêutica mais utilizada (aminas, curarizantes), bem como equipamento técnico desde ventiladores, monitores até equipamentos de substituição da função renal.

No que diz respeito à preparação e administração de terapêutica, como já referi anteriormente, tive necessidade que aprofundar conhecimentos. Não tinha qualquer tipo de experiência na utilização de aminas e suas dosagens, bem como conhecimento suficientes sobre a sua farmacocinética e farmacodinâmica. O mesmo aconteceu com os curarizantes e sua ação. Também a nível da nutrição entérica e parentérica, tive necessidade de relembrar conhecimentos e técnicas. Este tipo de nutrição tem um protocolo bem definido que está em constante atualização, de acordo com as últimas atualizações científicas e com os recursos existentes no serviço. O recurso à nutrição entérica e parentérica é de suma importância neste serviço, uma vez que os doentes internados, devido à sua condição patológica não têm um aporte de nutrientes adequados às suas necessidades metabólicas. Segundo Oliveira (1983) citado por Matos (2004) a nutrição parentérica *“pode definir-se como a perfusão intravenosa dos nutrientes necessários à manutenção ou restauração do equilíbrio metabólico e nutricional do indivíduo pelo que inclui na sua composição aportes proteicos, energéticos e calóricos”*(p. 63)

Neste serviço, tive oportunidade de conhecer de forma objetiva uma técnica considerada bastante eficaz, e com mérito reconhecido em estudos científicos, a Prone Position. Esta técnica é segundo Paiva e Beppu (2005) uma manobra que é utilizada para combater a hipoxemia em doentes com síndrome de desconforto respiratório agudo, de maneira a melhorar a oxigenação. É de referir, que a maioria dos doentes com baixa capacidade ventilatória e que não tenham contra-indicações para tal, são colocados em prone position, com melhorias rápidas da sua capacidade respiratória.

Devido à instabilidade hemodinâmica, muitos dos doentes internados nesta unidade necessitam de fazer substituição da função renal. Neste serviço, a equipa de enfermagem está devidamente orientada e preparada para executar este tipo de técnicas. Tive oportunidade de participar no procedimento de uma técnica de substituição da

função renal, denominada Hemofiltração Venovenosa Contínua. Esta é uma técnica em que um circuito extracorporal começa numa veia e termina numa veia, e o sangue é impulsionado através de um filtro impulsionado através de uma bomba. Este filtro é composto por uma membrana de alta permeabilidade em que o produto ultrafiltrado é repostado na sua totalidade com soluções de reposição adequadas, mediante o balanço hídrico que se pretende. Este tipo de hemofiltração é benéfico relativamente a outras técnicas dialíticas porque pode ajustar-se o volume do ultrafiltrado. (Yu, Galvão e Burdmann, 1996) Esta é a técnica mais utilizada não só pela sua eficácia, mas também pela facilidade de controlo de balanços hídricos do doente.

Um dos temas de maior importância em todos os serviços e campos de estágio é a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.

Uma Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é, segundo a Direção Geral de Saúde (2010), “uma condição sistémica ou localizada resultante de uma reacção adversa à presença de um agente infeccioso ou das suas toxinas; é adquirida no contexto da prestação de cuidados de saúde e decorrente destes cuidados” (p. 7).

É de extrema importância, a prevenção das IACS, pelos serviços que constituem um a unidade hospitalar, através de práticas corretas que vão desde a lavagem e desinfecção das mãos à separação e manuseamento correto dos resíduos. É da competência do enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica, a promoção de práticas corretas na prevenção do controlo de infeção. Neste estágio, em todos os momentos, a principal preocupação passava pela correta higienização das mãos; senti necessidade de reflectir intensamente sobre este tema, uma vez, que muitas vezes, na nossa prática diária não se dá conta que esta pequena técnica pode ser o meio de prevenção para complicações maiores, quer para nós, quer para os nossos doentes; e não se está assim tão sensibilizado para tal.

Também é da função desta equipa, a emergência intra hospitalar. A equipa de emergência intrahospitalar tem como responsabilidade, dar respostas a todas as situações de emergência (tais como paragens cardiorrespiratórias) dentro dos serviços que constituem o Centro Hospitalar. Durante o período de realização do estágio, tive a possibilidade de observar a equipa, que nesse dia estava adstrita à emergência intra hospitalar, numa paragem cardiorrespiratória no serviço de Hemodinâmica, aquando a realização de uma angioplastia.

Durante este estágio, creio ter atingido os objetivos que inicialmente me propus,

sendo que foi um estágio de grande aprendizado, quer a nível profissional, pela aquisição de competências, bem como a nível pessoal.

#### **b) Estágio II - Bloco Operatório, Unidade Hospitalar de Bragança**

O bloco operatório é segundo a AESOP (2006) uma unidade orgânica e funcional, que reúne todos os meios técnicos, humanos e materiais vocacionados para a prestação de cuidados anestésicos e cirúrgicos especializados, a doentes totalmente ou parcialmente dependentes com o intuito de salvar, tratar e melhorar sua qualidade de vida.

Este serviço dá apoio a uma comunidade de mais ou menos 15000 habitantes, pertencentes ao distrito de Bragança. Apesar do ratio de população existente, a estrutura física é considerada talvez pequena para dar resposta às necessidades de tamanha população. Existem duas salas de cirurgia e uma sala de cuidados pós anestésicos ou também conhecida com sala de recobro.

A equipa de enfermagem é constituída por 18 elementos vocacionados para as áreas da anestesia, instrumentação e circulação e cuidados pós anestésicos. Segundo a EORNA (2012) o enfermeiro perioperatório é o profissional detentor de conhecimentos ao nível dos cuidados de enfermagem perioperatórios e que presta cuidados de enfermagem durante as fases pré, intra e pós operatória. Cada enfermeiro, dentro da sua área (anestesia, circulação e instrumentação) tem competências e funções associadas. É da competência do enfermeiro anestesista conhecer e compreender as várias técnicas anestésicas, os agentes farmacológicos e a interação farmacológica dos mesmos, conhecer o funcionamento dos equipamentos necessários ao procedimento anestésico, manter uma vigilância intensiva, despistar sinais e sintomas de possíveis complicações e ter aptidão para agir em situações de urgência e emergência. O enfermeiro circulante tem como competência a atribuição específica de responsabilidade relativa à segurança do doente e equipa cirúrgica, segurança do ambiente, controlo de infeção e gestão de risco, desenvolver procedimentos de acordo com o seu pensamento crítico e reflexivo constante, ser o líder da equipa coordenando as atividades de enfermagem e garantindo a qualidade de cuidados durante o período perioperatório. E por último, fazem parte da competência do enfermeiro instrumentista compreender e valorizar a sua área de

trabalho (instrumentação) tanto como prática específica e isolada como em complementaridade com a circulação e com a anestesia, e prever, organizar e controlar a instrumentação pra que o procedimento cirúrgico decorra nas melhores condições de segurança.

Neste estágio, escolhi a área da anestesia por ser uma área que me chamava mais a atenção, sempre tendo em conta as funções e responsabilidades dos restantes membros da equipa de enfermagem.

As funções do enfermeiro de anestesia, dentro das suas competências, são verificar o plano operatório (confirmando a identidade do doente, tipo de cirurgia, tipo de técnica anestésica), preparar o material necessário ao ato anestésico (verificando e testando o equipamento utilizado como monitor, ventilador, aspirador e material terapêutico a utilizar na cirurgia), validar aquando a receção do doente, juntamente com o enfermeiro do internamento a preparação pré operatória (confirmando a *check list* utilizada por ambos os serviços e verificando a assinatura do consentimento informado). É também função do enfermeiro de anestesia, a instalação do doente na sala, apresentando o doente à restante equipa e proporcionando uma ambiente confortável e calmo de maneira a acalmar o mesmo, bem como solicitar a sua colaboração para um correto posicionamento. Colaborar com o anestesista na indução anestésica, de maneira eficaz e eficiente, assegurar os parâmetros e conexão do doente ao ventilador, manter a observação e vigilância intensiva do doente através da monitorização de sinais vitais, permeabilidade de cateteres venosos periféricos, fluidoterapia, reações cutâneas e posição do doente, atuar em conformidade com situações de emergência com a avaliação contínua do estado do doente, interpretando os sinais que possam vir a constituir uma situação de emergência, administrando a terapêutica e respeitando a manipulação dos fármacos e comunicando a eficácia dos mesmos. O enfermeiro de anestesia também colabora no despertar no doente e na sua transferência para a sala de cuidados pós anestésicos, transmitindo assim ao colega que se encontra na sala todas as informações pertinentes para a continuidade de cuidados.

Neste estágio, tive oportunidade de participar ativamente em todas as tarefas que competem ao enfermeiro anestesista. Participei ainda numa situação de emergência que terminou em óbito do doente. De acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pude atuar, no seio da equipa

através da administração de terapêutica, com o intuito de salvar a vida do doente.

Também neste estágio, senti a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre farmacologia e sobre a sua farmacocinética e farmacodinâmica, bem como colocar em prática conhecimentos sobre suporte básico de vida e suporte avançado.

### **c) Estágio III - Serviço de Urgência, Unidade Hospitalar de Bragança**

A equipa deste serviço é constituída por 33 enfermeiros, com várias competências no âmbito da abordagem ao doente crítico. Este serviço dá resposta à população do distrito de Bragança.

O Serviço de Urgência destina-se à prestação de cuidados de saúde a todos os indivíduos que se encontram em situações de urgência/emergência, sendo considerada uma porta principal de entrada no Sistema Nacional de Saúde.

O SU da Unidade Hospitalar De Bragança é considerado uma Urgência do tipo Médico-Cirúrgica (SUMC), que consiste no segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência. (Despacho n.º 10319/2014)

Os objetivos que defini para este estágio foram os seguintes:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Contribuir para a prevenção do risco promovendo assim a segurança nos cuidados ao doente crítico internado no SU;

O trabalho desempenhado neste serviço é caracterizado pela imprevisibilidade das situações e ações, sendo a afluência dos utentes uma constante. Após uma observação criteriosa de todos os setores da urgência, prática de cuidados diretos e consulta das normas e protocolos de atuação, registei num pequeno diário todas as minhas dúvidas e identifiquei diversas situações considerados problemas que, como enfermeira especialista, mereceram atenção.

Numa primeira perspetiva, pude prestar cuidados a utentes com processo de internamento, na sala de observações. Nesta parte do serviço, estão internados doentes que necessitam de monitorização e vigilância mais detalhada. São sobretudo doentes com problemas respiratórios (Pneumonias adquiridas na comunidade, infeções respiratórias, etc), não só devido à caracterização da população (maioritariamente idosa e com comorbilidades associadas que se exacerbam nesta altura do ano).

Inicialmente e num ponto de partida, todas as pessoas chegadas ao serviço são triadas através de um método denominado Triagem de Manchester. A triagem de Manchester tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos, mas sim prioridades. (Norma nº 002/2018 ;DGS)

De seguida, há uma primeira equipa de profissionais de clinica geral que fazem uma observação (sendo esta uma segunda triagem) e identificam o problema em questão permitindo que se possam distribuir os doentes pelas várias especialidades, tornando desta forma, o serviço mais eficaz e eficiente.

Durante a minha estadia neste serviço, tive oportunidade de verificar qual o funcionamento da triagem e a sua correta organização, bem como na pediatria de urgência, sala de observações e “linha da frente”. Tive oportunidade, por duas vezes, de assistir a procedimentos de emergência e poder colaborar na sala, juntamente com os colegas. Observei as práticas dos mesmos, sempre com a atenção e reflexão crítica de acordo com as situações.

Em todo o estágio realizado neste serviço, identifiquei e aprendi métodos de avaliação utilizados pelos profissionais para despiste de sinais precoces de alerta e aprendi a identificar por prioridades o circuito do doente na triagem de Manchester.

No serviço de urgência existem também as Vias Verdes, que permitem que o doente tenha uma orientação mais selectiva relativamente ao seu diagnóstico de entrada. As vias existentes são a Via Verde AVC, Via Verde, Coronária, Via Verde Trauma e Via Verde Trauma. Estas vias ou prioridades são dadas aquando a execução da triagem de Manchester, de acordo com os itens de gravidade de cada situação. A implementação das Vias Verdes (VV) deve ser continuada e intensificada.

Segundo o despacho n.º 10319/2014, da Direção Geral de Saúde, nas VV, cada nível de SU desempenha um papel específico na cadeia de resposta, reforçando a colaboração entre os vários níveis e o processo de encaminhamento através de VV deve ser iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas. Aquando uns acontecimentos destes, os serviços devem estar munidos de capacidade na execução de técnicas e de tecnologia que permita uma atuação adequada a tal.

Neste estágio, deparei-me várias vezes com situações consideradas VV e colaborei com a equipa na atuação perante tal, tendo sempre em conta a prática baseada na evidência. Pude ainda assistir a vários procedimentos tais como colocação de cateteres venosos centrais, entubações endotraqueais e procedimentos de controlo não farmacológico do ritmo cardíaco, mais precisamente a cardioversão sincronizada.

Novamente neste estágio, e apesar de ser o último tive necessidade de aprofundar conhecimentos e interiorizar competências relacionais e de comunicação, quer com a equipa, mas sobretudo com o doente e a família dos doentes, com o intuito de minimizar a labilidade emocional que muitos se encontram, pela sua condição clínica. Foi um estágio de grande aprendizagem sobretudo pessoal. Julgo ter atingidos os objetivos pessoais bem como ter adquirido as competências propostas enquanto enfermeiro especialista.

### **3. Competências adquiridas enquanto enfermeiro especialista – Análise crítica**

Segundo o Modelo de Desenvolvimento Profissional emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2009), o enfermeiro especialista possui “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”.

O enfermeiro especialista deve ser detentor de um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta repostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão o que se traduz num conjunto de competências clínicas

especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2007).

Durante este período de estágios, tive oportunidade de cuidar da pessoa em situação de vivência de processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, maximizando as intervenções na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, dada a complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, através de uma prática profissional adequada. Promovi práticas de cuidados tendo sempre em atenção os direitos humanos e as responsabilidades profissionais e tentando desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das atividades realizadas, sempre centrado ambiente terapêutico e seguro;

Procurei gerir os cuidados de acordo com a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, adequando a gestão dos recursos face às situações e ao contexto visando a melhoria da qualidade dos cuidados; Tentei sempre aproveitar sempre todas as oportunidades para desenvolver o auto conhecimento e a assertividade e fundamentar a minha prática em sólidos padrões de conhecimentos.

Apesar de todas as dificuldades sentidas, visto na minha prática profissional não ter qualquer tipo de experiência nesta área, julgo ter adquirido competências de uma enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, no contexto do doente crítico, e sobretudo ter adquirido sensibilidade e auto realização pessoal.

#### **4. Conclusão:**

Analisando os locais de estágio que escolhi, creio que são serviços que me permitiram desenvolver as competências do enfermeiro especialista, na medida em que possuem qualidade na prestação de cuidados e recursos humanos dispostos a investir, ensinar e proporcionar as mais diversas oportunidades de aprendizagem. É de meu dever, ressaltar a importância de ter tido como orientadores de estágios enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, com uma capacidade de ensinar fora de série.

Toda esta dinâmica constituiu uma mais-valia para o meu desenvolvimento pessoal na medida em que os momentos de reflexão crítica das práticas eram efetivos, e a preocupação deste momento de aprendizagem residia essencialmente no saber fazer e saber ser, mas sobretudo na prática da enfermagem em geral.

Penso que, apesar de estar no papel de aluna e achar que os estágios são longos e efetivamente requerem muita dedicação em termos de disponibilidade (uma vez que se é estudante trabalhador), afinal é pouco o tempo que se tem para a aprendizagem que deve ser feita.

Pretendi adquirir e consolidar competências que me permitiram essencialmente:

- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais como enfermeira especialista no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem ao doente e família a vivenciar uma situação de doença crítica e/ou fim de vida, no contexto de Urgência/Emergência;
- Incrementar metodologias de trabalho eficazes na assistência ao doente e família, que me permitam reagir e intervir em situações inesperadas e complexas;
- Desenvolver conhecimentos aprofundados sobre técnicas, principalmente de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;

## 5. Referências bibliográficas

Associação dos enfermeiros de Sala de Operações Portugueses consultado em [www.aesop.pt](http://www.aesop.pt)

European Operating Room Nurses Association consultado em [www.eorna.pt](http://www.eorna.pt)

Direção Geral da Saúde (DGS). (2010). *Vigilância e Controlo da Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea: Protocolo*. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

Direção Geral de Saúde, Norma nº 002/2018, consultado em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11, Despacho nº 10319/2014

Matos, M. (2004) *Cuidados de Enfermagem ao Doente com Necessidade de Nutrição Parental*. Revista Referência. Nº 1. Março.

Ordem dos Enfermeiros, consultado em 1/03/2018 em [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt)

Paiva, K., Beppu, O. (2005) *Posição Prona*. Jornal Brasileiro de Pneumologia. Ed. 31, vol. 4. P.332-340.

## **ANEXO II**

### **Questionário *on line***

#### **Testamento Vital – Competências e Atitudes dos enfermeiros**

No âmbito do Trabalho de Projeto do Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto politécnico de Bragança, está a ser desenvolvida uma investigação acerca da temática Testamento Vital, com o objetivo de conhecer as atitudes e competências dos enfermeiros acerca do Testamento Vital.

O Testamento Vital surgiu da necessidade de haver instruções específicas sobre os cuidados e tratamentos que as pessoas, enquanto doentes, gostariam de receber ou recusar, caso não se encontrem com faculdades mentais para poder decidir sobre os mesmos, ao tempo a que eles pudessem vir a ser submetidos.

O preenchimento deste questionário é de forma anónima. Sob esta perspetiva poderá dar o seu consentimento para participar neste estudo. O questionário demorará 10 minutos a preencher. Obrigado pela sua participação neste estudo.

### **Parte I**

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Género**

Masculino

Feminino

**Estado civil**

Solteiro (a)

Casado/união de facto

Divorciado (a)

Viúvo (a)

### **Formação académica e profissional**

Licenciatura / Especialidade / Mestrado / Doutoramento / Outro : \_\_\_\_\_

#### **Tem acerca deste tema algum tipo de formação?**

Não, nem considero essencial para a minha prática laboral;

Não, mas seria essencial para a minha prática laboral

Sim, e considero-a essencial para a minha prática laboral

Sim, mas verifico que não tem aplicabilidade na minha prática laboral.

**Considerando a resposta que selecionou anteriormente, gostaria de expressar algum argumento ou opinião?(pelo menos quatro palavras)**

\_\_\_\_\_

#### **Tempo de exercício profissional**

< a 5 anos/ 5-10 anos/ 11-15 anos/ 16-20 anos/ 21-25 anos/ 26- 30 anos/ 31-35 anos

>35 anos

**Em que serviço/unidade exerce funções?** \_\_\_\_\_

## **Parte II**

Leia cuidadosamente cada uma das seguintes perguntas e por favor, assinale a que mais se adequa à sua opinião e/ou conhecimento.

Na sua prática profissional já vivenciou alguma situação em que foi dado ao doente a possibilidade de aceder ao seu Testamento Vital?

Sim

Não

Outra opção

Tem conhecimento da existência do Testamento Vital ou diretivas antecipadas de vontade?

Sim/ Não/ Outra opção

Atualmente é necessário pagar-se para ter Testamento Vital?

Sim / Não / Não sei

É necessário ter um Procurador de Cuidados para se poder ter Testamento Vital?

Sim

Não

Não sei

O Testamento Vital tem validade para poder autorizar ou recusar a participação em estudos clínicos?

Sim

Não

Não sei

O Testamento Vital, uma vez elaborado e devidamente assinado, tem validade vitalícia?

Sim

Não

Não sei

Em situação de urgência, a equipa que atende a pessoa, é obrigada a cumprir sempre o Testamento Vital (se a pessoa o tiver)

Sim

Não

Não sei

Os elementos da equipa que presta cuidados têm reservado o direito de objeção da consciência quando lhes é solicitado o cumprimento do Testamento Vital?

Sim

Não

Não sei

O conceito “Diretiva Antecipada de Vontade” e o conceito “eutanasia” são a mesma coisa?

Sim

Não

Não sei

### Parte III

Leia cuidadosamente cada uma das seguintes afirmações e por favor, assinale a mais adequada à sua opinião.

O meu conhecimento sobre Testamento Vital e Diretivas Antecipadas de Vontade é adequado minha prática profissional.

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

O Testamento Vital é um instrumento útil para os profissionais de saúde na hora de tomada de decisão.

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

Tenho conhecimentos suficientes para explicar ao doente todo o processo de elaboração do Testamento Vital.

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

A equipa de saúde que atende o doente deve ter em conta que o doente, enquanto pessoa competente, pode ter feito escolhas que se manifestam através do TV.

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

Sou capaz de abordar o tema do Testamento Vital com qualquer doente, ou mesmo familiar, sem que este o solicite.

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

No Testamento Vital pode constar, como vontade do doente, a não submissão a medidas de suporte artificiais das funções vitais.

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

O cumprimento da vontade do doente, que fica registado no TV, diz respeito apenas ao médico.

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

As diretivas Antecipadas de Vontade podem evitar procedimentos que visam prolongar a vida do doente até ao limite.

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

A legislação existente em Portugal, relativamente ao Testamento Vital, responde às necessidades dos profissionais de saúde.

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

Estou disposto a fazer o meu Testamento Vital.

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	Concordo totalmente

## ANEXO III

### Lei n.º 25/2012

**Publicação:** Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16

- **Emissor:** Assembleia da República
  - **Tipo de Diploma:** Lei
  - **Número:** 25/2012
  - **Páginas:** 3728 - 3730
  - **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/25/2012/07/16/p/dre/pt/html>
- Versão pdf:** [Descarregar](#)

- **SUMÁRIO**

Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de Testamento Vital, e a nomeação de Procurador de Cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)

- **TEXTO**

**Lei n.º 25/2012 de 16 de julho**

Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de Testamento Vital, e a nomeação de Procurador de Cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

#### CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei estabelece o regime das diretivas antecipadas de vontade (DAV) em matéria de cuidados de saúde, designadamente sob a forma de Testamento Vital (TV), regula a nomeação de Procurador de Cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

## CAPÍTULO II

### Diretivas antecipadas de vontade

#### Artigo 2.º

##### Definição e conteúdo do documento

1 - As diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de Testamento Vital, são o 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 antecipadamente 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.

2 - Podem constar do documento de diretivas antecipadas de vontade as disposições que expressem a vontade clara e inequívoca do outorgante, nomeadamente:

- a) Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais;
- b) Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado 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;
- c) 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;
- d) Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;
- e) Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.

#### Artigo 3.º

##### Forma do documento

1 - As diretivas antecipadas de vontade são formalizadas através de documento escrito, assinado presencialmente perante funcionário devidamente habilitado do Registo Nacional do Testamento Vital ou notário, do qual conste:

- a) A identificação completa do outorgante;
- b) O lugar, a data e a hora da sua assinatura;
- c) As situações clínicas em que as diretivas antecipadas de vontade produzem efeitos;
- d) As opções e instruções relativas a cuidados de saúde que o outorgante deseja ou não receber, no caso de se encontrar em alguma das situações referidas na alínea anterior;
- e) As declarações de renovação, alteração ou revogação das diretivas antecipadas de vontade, caso existam.

2 - No caso de o outorgante recorrer à colaboração de um médico para a elaboração das diretivas antecipadas de vontade, a identificação e a assinatura do médico podem constar no documento, se for essa a opção do outorgante e do médico.

3 - 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.

#### Artigo 4.º

##### Requisitos de capacidade

Podem outorgar um documento de diretivas antecipadas de vontade as pessoas que, cumulativamente:

- a) Sejam maiores de idade;
- b) Não se encontrem interditas ou inabilitadas por anomalia psíquica;
- c) Se encontrem capazes de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido.

#### Artigo 5.º

##### Limites das diretivas antecipadas de vontade

São juridicamente inexistentes, não produzindo qualquer efeito, as diretivas antecipadas de vontade:

- a) Que sejam contrárias à lei, à ordem pública ou determinem uma atuação contrária às boas práticas;
- b) Cujo cumprimento possa provocar deliberadamente a morte não natural e evitável, tal como prevista nos artigos 134.º e 135.º do Código Penal;
- c) Em que o outorgante não tenha expressado, clara e inequivocamente, a sua vontade.

#### Artigo 6.º

##### Eficácia do documento

1 - Se constar do RENTEV um documento de diretivas antecipadas de vontade, ou se este for entregue à equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde pelo outorgante ou pelo Procurador de Cuidados de saúde, esta deve respeitar o seu conteúdo, sem prejuízo do disposto na presente lei.

2 - As diretivas antecipadas de vontade não devem ser respeitadas quando:

- a) Se comprove que o outorgante não desejaria mantê-las;
- b) Se verifique evidente desatualização da vontade do outorgante face ao progresso dos meios terapêuticos, entretanto verificado;
- c) Não correspondam às circunstâncias de facto que o outorgante previu no momento da sua assinatura.

3 - O responsável pelos cuidados de saúde regista no processo clínico qualquer dos factos previstos nos números anteriores, dando conhecimento dos mesmos ao Procurador de Cuidados de saúde, quando exista, bem como ao RENTEV.

4 - 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, no caso de o acesso às mesmas poder implicar uma demora que agrave, previsivelmente, os riscos para a vida ou a saúde do outorgante.

5 - A decisão fundada no documento de diretivas antecipadas de vontade de iniciar, não iniciar ou de interromper a prestação de um cuidado de saúde, deve ser inscrita no processo clínico do outorgante.

## 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 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.

## Artigo 8.º

### Modificação ou revogação do documento

1 - O documento de diretivas antecipadas de vontade é revogável ou modificável, no todo ou em parte, em qualquer momento, pelo seu autor.

2 - Sem prejuízo do disposto no n.º 4, a modificação do documento de diretivas antecipadas de vontade está sujeita à forma prevista no artigo 3.º

3 - O prazo de eficácia do documento de diretivas antecipadas de vontade é renovado sempre que nele seja introduzida uma modificação.

4 - O outorgante pode, a qualquer momento e através de simples declaração oral ao responsável pela prestação de cuidados de saúde, modificar ou revogar o seu documento de diretivas antecipadas de vontade, devendo esse facto ser inscrito no processo clínico, no RENTEV, quando aí esteja registado, e comunicado ao Procurador de Cuidados de saúde, quando exista.

## Artigo 9.º

## Direito à objeção de consciência

1 - É assegurado aos profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde ao outorgante o direito à objeção de consciência quando solicitados para o cumprimento do disposto no documento de diretivas antecipadas de vontade.

2 - O profissional de saúde que recorrer ao direito de objeção de consciência deve indicar a que disposição ou disposições das diretivas antecipadas de vontade se refere.

3 - Os estabelecimentos de saúde em que a existência de objetores de consciência impossibilite o cumprimento do disposto no documento de diretivas antecipadas de vontade devem providenciar pela garantia do cumprimento do mesmo, adotando as formas adequadas de cooperação com outros estabelecimentos de saúde ou com profissionais de saúde legalmente habilitados.

## Artigo 10.º

### Não discriminação

Ninguém pode ser discriminado no acesso a cuidados de saúde ou na subscrição de um contrato de seguro, em virtude de ter ou não outorgado um documento de diretivas antecipadas de vontade.

## CAPÍTULO III

### Procurador e procuração de cuidados de saúde

## Artigo 11.º

### Procurador de Cuidados de saúde

1 - Qualquer pessoa pode nomear um Procurador de Cuidados de saúde, atribuindo-lhe poderes representativos para decidir sobre os cuidados de saúde a receber, ou a não receber, pelo outorgante, quando este se encontra incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

2 - Só podem nomear e ser nomeadas Procurador de Cuidados de saúde as pessoas que preenchem os requisitos do artigo 4.º, com exceção dos casos previstos no número seguinte.

3 - Não podem ser nomeados Procurador de Cuidados de saúde:

a) Os funcionários do Registo previsto no artigo 1.º e os do cartório notarial que intervenham nos atos regulados pela presente lei;

b) Os proprietários e os gestores de entidades que administram ou prestam cuidados de saúde.

4 - Excetuam-se da alínea b) do número anterior as pessoas que tenham uma relação familiar com o outorgante.

5 - O outorgante pode nomear um segundo Procurador de Cuidados de saúde, para o caso de impedimento do indicado.

## Artigo 12.º

### Procuração de cuidados de saúde

1 - A procuração de cuidados de saúde é o documento pelo qual se atribui a uma pessoa, voluntariamente e de forma gratuita, poderes representativos em matéria de cuidados de saúde, para que aquela os exerça no caso de o outorgante se encontrar incapaz de expressar de forma pessoal e autónoma a sua vontade.

2 - É aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto nos artigos 262.º, 264.º e nos n.os 1 e 2 do artigo 265.º do Código Civil.

## Artigo 13.º

### Efeitos da representação

1 - As decisões tomadas pelo Procurador de Cuidados de saúde, dentro dos limites dos poderes representativos que lhe competem, devem ser respeitadas pelos profissionais que prestam cuidados de saúde ao outorgante, nos termos da presente lei.

2 - Em caso de conflito entre as disposições formuladas no documento de diretivas antecipadas de vontade e a vontade do Procurador de Cuidados de saúde, prevalece a vontade do outorgante expressa naquele documento.

## Artigo 14.º

### Extinção da procuração

1 - A procuração de cuidados de saúde é livremente revogável pelo seu outorgante.

2 - A procuração de cuidados de saúde extingue-se por renúncia do procurador, que deve informar, por escrito, o outorgante.

## CAPÍTULO IV

### Registo Nacional de Testamento Vital (RENTEV)

#### Artigo 15.º

##### Criação do Registo Nacional de Testamento Vital

1 - É criado no ministério com a tutela da área da saúde o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), com a finalidade de rececionar, registar, organizar e manter atualizada, quanto aos cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, a informação e documentação relativas ao documento de diretivas antecipadas de vontade e à procuração de cuidados de saúde.

2 - O tratamento dos dados pessoais contidos no RENTEV processa-se de acordo com o disposto na legislação que regula a proteção de dados pessoais.

3 - A organização e funcionamento do RENTEV são regulamentados pelo Governo.

4 - Compete ao Governo atribuir ao RENTEV os recursos humanos, técnicos e financeiros necessários ao seu funcionamento.

#### Artigo 16.º

##### Registo de Testamento Vital/procuração no RENTEV

1 - O registo no RENTEV tem valor meramente declarativo, sendo as diretivas antecipadas de vontade ou procuração de cuidados de saúde nele não inscritas igualmente eficazes, desde que tenham sido formalizadas de acordo com o disposto na presente lei, designadamente no que concerne à expressão clara e inequívoca da vontade do outorgante.

2 - Para proceder ao registo das diretivas antecipadas de vontade e ou procuração dos cuidados de saúde, o outorgante pode apresentar presencialmente o respetivo documento no RENTEV, ou enviá-lo por correio registado, devendo, neste caso, a assinatura do outorgante ser reconhecida.

3 - O RENTEV informa por escrito o outorgante e, caso exista, o seu procurador, da conclusão do processo de registo do documento de diretivas antecipadas de vontade e ou procuração, enviando a cópia respetiva.

## Artigo 17.º

### Consulta do RENTEV

1 - O médico responsável pela prestação de cuidados de saúde a pessoa incapaz de expressar de forma livre e autónoma a sua vontade, assegura da existência de documento de diretivas antecipadas de vontade e ou procuração de cuidados de saúde registados no RENTEV.

2 - Caso se verifique a sua existência, o documento de diretivas antecipadas de vontade, e ou procuração de cuidados de saúde, são anexados ao processo clínico do outorgante.

3 - O outorgante do documento de diretivas antecipadas de vontade e ou procuração de cuidados de saúde, ou o seu procurador, podem solicitar ao RENTEV, a qualquer momento, a consulta ou a entrega de cópia da DAV do outorgante.

## Artigo 18.º

### Confidencialidade

1 - Todos aqueles que no exercício das suas funções tomem conhecimento de dados pessoais constantes do documento de diretivas antecipadas de vontade e ou procuração de cuidados de saúde ficam obrigados a observar sigilo profissional, mesmo após o termo das respetivas funções.

2 - A violação do dever a que se refere o número anterior constitui ilícito disciplinar, civil e penal, nos termos da lei.

## CAPÍTULO V

### Disposições finais

## Artigo 19.º

### Regulamentação

O Governo regulamenta a presente lei no prazo de 180 dias a partir da entrada em vigor.

## Artigo 20.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor 30 dias após a sua publicação.

Aprovada em 1 de junho de 2012.

A Presidente da Assembleia da República, Maria da Assunção A. Esteves.

Promulgada em 5 de **julho** de 2012.  
Publique-se.

O Presidente da República, Aníbal Cavaco Silva.

Referendada em 6 de **julho** de 2012.  
O Primeiro-Ministro, Pedro Passos Coelho.