

**HOSPITAL BRUNO BORN**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE EM**  
**ATENDIMENTO AO PACIENTE ONCOLÓGICO**

**OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DIANTE DAS DIRETIVAS**  
**ANTECIPADAS DE VONTADE DO PACIENTE NO CONTEXTO**  
**HOSPITALAR**

Heloisa Toledo da Silva

LAJEADO, RS, BRASIL

2024

**OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DIANTE DAS DIRETIVAS  
ANTECIPADAS DE VONTADE DO PACIENTE NO CONTEXTO  
HOSPITALAR**

**Heloisa Toledo da Silva**

Trabalho de Conclusão de Residência para  
obtenção do grau de especialista em  
Atendimento ao Paciente Oncológico do  
Hospital Bruno Born. -

Orientadora: Me. Giseli Vieceli Farinhas

Co-orientadora: Esp. Cristiane Pivatto

LAJEADO, RS, BRASIL

2024

# OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DIANTE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR

*Heloisa Toledo da Silva  
Giseli Vieceli Farinhas  
Cristiane Pivatto*

## RESUMO

O objetivo deste estudo é verificar a compreensão dos profissionais da saúde acerca da aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) a partir de suas experiências nos atendimentos com pacientes oncológicos em cuidados paliativos exclusivos em um contexto hospitalar. A coleta de dados foi feita através de entrevistas semiestruturadas. O foco desta investigação foram os profissionais da saúde da equipe multiprofissional de duas unidades de internação de um Hospital no interior do Rio Grande do Sul. A análise de dados dos resultados obtidos foi desenvolvida através da análise de conteúdo, com a formação de duas categorias: Conhecimento das DAVs pelos profissionais da saúde; Sentimentos e dificuldades dos profissionais da saúde diante de pacientes oncológicos paliativos em terminalidade. Conclui-se que os profissionais da saúde demonstram pouco conhecimento acerca das DAVs e, portanto, que o assunto deve ser mais discutido na sociedade, principalmente nas áreas de ensino e assistência à saúde.

**Palavras-chave:** Profissionais da Saúde. Diretivas Antecipadas de Vontade. Cuidados Paliativos.

## ABSTRACT

The aim of this study is to verify the understanding of health professionals about the applicability of Advance Directives based on their experiences in caring for cancer patients in exclusive palliative care in a hospital context. Data collection was done through semi-structured interviews. The focus of this investigation was health professionals from the multidisciplinary team of two hospitalization units of a hospital in the interior of Rio Grande do Sul. Data analysis of the results obtained was developed through content analysis, with the formation of two categories: Knowledge of ADVs by health professionals; Feelings and difficulties of health professionals facing terminally ill palliative cancer patients. It is concluded that health professionals demonstrate little knowledge about ADVs and, therefore, that the subject should be discussed more in society, especially in the areas of teaching and health care.

**Keywords:** Health Professionals. Advance Directives. Palliative care.

A morte é um assunto ainda considerado um tabu, mesmo sendo um acontecimento do processo natural da vida e um fenômeno inevitável (Negrini, 2014). Na sociedade, na área da saúde e, principalmente, na medicina, o cuidar da vida humana no seu final tornou-se relevante devido a tendência curativa dos tratamentos, do envelhecimento das populações, inclinação de mercado, das pressões culturais, da medicalização da vida, do aprimoramento humano e do progresso científico e tecnológico (Chaves & Massarollo, 2006). Apesar disso, a morte continua sendo um fenômeno fatal (Boff, 2013). Porém, mesmo que todos saibam que o ciclo da vida se fecha com a morte, poucas pessoas estão preparadas para lidar com ela,

pois, para muitos, ela ainda é um encontro não planejado e uma notícia não esperada (Kovács, 2005).

O prolongamento do processo de morrer mais traz sofrimento e prorroga a hora da morte do que amplia a vida (Hossne & Pessini, 2014). Todavia, a medicina tem como objetivo lutar contra a morte a todo custo. Logo, o bem-estar do paciente pode ficar em segundo plano frente aos tratamentos prestados para eliminar a doença. Com o desenvolvimento da medicina e da tecnologia, as vidas têm sido cada vez mais prolongadas, o que traz à tona a desumanização medicalizada no final da vida (Drane, 2014). Nesse contexto de cuidados, essas situações são conflitivas para os profissionais da saúde, que devem buscar o avanço médico-científico equacionado ao aspecto humano. E ao paciente pertence o direito à autonomia de escolher entre submeter-se ou não a um tratamento (Xavier, Miziara & Miziara, 2014). Nesses casos, a morte envolverá a tomada de decisão conjunta entre paciente, sua família e o médico (Drane, 2014).

O respeito à autonomia do paciente é um dos pilares da bioética principialista (Beauchamp & Childress, 2002). O surgimento dela gerou uma discussão sobre o direito de morrer como contraponto ao avanço tecnológico da medicina, capaz de postergar a morte indefinidamente. Nesse sentido, a relação médico-paciente foi gradualmente se tornando mais horizontal (Dadalto, 2015). Então, com base no princípio da autonomia do paciente, as diretivas antecipadas de vontade (DAV), que tratam sobre os direitos dos pacientes manifestarem suas vontades, enquanto capazes, possibilitam a uma pessoa, devidamente esclarecida, recusar um tratamento que considere inaceitável, reforçando o exercício da sua liberdade de autodeterminação (Moreira, 2013).

O Conselho Federal de Medicina (CFM, 2012) promulgou a Resolução n. 1995/2012, que aborda as “diretivas antecipadas de vontade”, definidas como “o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade” (CFM, 2012, p. 269). Sobretudo, cada situação clínica requer tomada de decisão. Responsabilidade que frente ao processo de morte de uma pessoa é, notadamente, um momento difícil para o profissional, podendo gerar estresse adicional (Kovács, 2014).

Portanto, as DAVs trata-se de uma manifestação prévia do paciente que auxiliará nas

orientações dos profissionais, familiares e responsáveis pelos pacientes na tomada de decisão, em caso de sua incapacidade. No entanto, a sua aplicabilidade tem demonstrado dificuldades, mas também facilidades (Dadalto, 2013). Um dos obstáculos apontados em uma pesquisa realizada no Brasil mostra que os médicos possuem dificuldades em respeitar a vontade do paciente, ainda que escrita, quando a família é contrária a essa vontade (Dadalto, Tupinambás & Greco, 2013).

Embora a aplicabilidade das DAVs esteja permeada de desafios, elas estão sendo cada vez mais utilizadas. Desse modo, é necessário que esses documentos integrem um processo que propicie um diálogo aberto entre familiares, profissionais da saúde e pacientes, de modo a refletir as reais necessidades, crenças, valores, metas de cuidado e preferências do paciente (Nunes & Anjos, 2014). O objetivo deste estudo é verificar a compreensão dos profissionais da saúde acerca da aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade a partir de suas experiências nos atendimentos com pacientes oncológicos em cuidados paliativos exclusivos em um contexto hospitalar.

## **MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativa, de natureza descritiva e exploratória (Minayo, 2008; Gil, 2002), visto que permite o entendimento e a interpretação dos sentidos e das significações referentes a um fenômeno. Participaram do estudo 10 profissionais da saúde da equipe multiprofissional de duas unidades de internação oncológicas de um Hospital no interior do Rio Grande do Sul. Foram incluídos todos os trabalhadores da área da saúde envolvidos no processo de cuidado de pacientes oncológicos que trabalham na unidade há pelo menos um ano, aqueles que estavam alocados nas unidades do estudo, que tinham idade igual ou superior a 18 anos e concordaram em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes que não realizavam o acompanhamento sistemático ao paciente, com tempo de atuação hospitalar inferior a 6 meses, bem como aqueles que estavam em licença de saúde ou em férias no período da coleta de dados foram excluídos do presente estudo.

A coleta dos dados foi realizada de abril a julho de 2023, por meio de entrevista semiestruturada, gravada digitalmente, com duração média de trinta minutos, enfocando questões ligadas às diretivas antecipadas de vontade, sentimentos frente ao paciente em terminalidade, fragilidades e potencialidades acerca da terminalidade. O local das entrevistas

foi em uma sala da instituição, a qual foi disponibilizada para a realização da pesquisa. As entrevistas foram transcritas para um documento digital e, após, foram produzidas categorias referentes ao tema da pesquisa referentes ao tema da pesquisa para a análise de dados. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, que, para Minayo (2001, p. 74), é “compreendida muito mais como um conjunto de técnicas”. Ou seja, segundo a autora, a análise de conteúdo constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação variada, e possui duas funções: a verificação de hipóteses e/ou questões e a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Essa técnica permite realizar um estudo detalhista do conteúdo do material obtido, das palavras e frases que o compõem, atribuindo-lhes sentido (Laville & Dionne, 1999).

O presente estudo seguiu as recomendações éticas da Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016), que prescreve a ética nas pesquisas com seres humanos. Por se tratar de uma pesquisa no âmbito da psicologia, torna-se necessário levar em consideração os aspectos éticos exigidos do profissional psicólogo pelo Conselho Federal de Psicologia. Para isso, a pesquisa está em conformidade com a Resolução 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000), pois esta define diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da análise dos dados, emergiram duas categorias: conhecimento das DAVs pelos profissionais da saúde e sentimentos e dificuldades dos profissionais da saúde diante de pacientes oncológicos paliativos em terminalidade. Na primeira categoria, os profissionais discorrem sobre seus conhecimentos acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade. Além disso, falam sobre suas percepções, com base em vivências e experiências de profissionais, em relação à aplicabilidade desse instrumento. Esta categoria ainda reflete sobre as dificuldades e as potencialidades que essa ferramenta apresenta durante a rotina de trabalho no âmbito hospitalar. Na segunda categoria, os profissionais nomeiam seus sentimentos diante dos cuidados aos pacientes oncológicos paliativos em terminalidade. Nos relatos sobre suas percepções nessas situações, os participantes verbalizam sentimentos ambivalentes, pois consideram essas vivências por vezes angustiantes, mas, em outras, aliviantes. Nesta categoria reflete-se, também, sobre as estratégias utilizadas para lidar com esses sentimentos nesse contexto.

## Conhecimento das DAVs pelos profissionais da saúde

A falta de conhecimento das DAVs no Brasil ainda prevalece, apesar de a Resolução CFM 1.995/2012 existir há praticamente uma década (Piccini et al., 2011). Um estudo realizado com médicos, acompanhantes de idosos em situação de doença crônica e alunos de graduação mostra que apenas 23% dos médicos conheciam as DAVs e 10% deles conheciam a regulamentação, e, no mesmo estudo, apenas 3% dos cuidadores conheciam as diretivas e apenas 2% sabiam da norma que as regulamenta no Brasil (Gomes et al., 2018).

Neste estudo, a maioria dos profissionais entrevistados desconhecem o que se refere às DAVs. Dos participantes entrevistados, 30% demonstraram conhecimento tanto em relação ao termo das DAVs, quanto ao seu conceito. Percebeu-se, portanto, que os demais profissionais da equipe multiprofissional não conheciam e também tiveram pouco contato sobre essa temática durante a formação acadêmica. Após informar aos participantes sobre o que seriam as diretivas, quase todos os respondentes indicaram vivências durante suas rotinas de trabalho, mesmo não sabendo o conceito do instrumento. Como pode ser observado nos relatos a seguir:

*“Não sei se o conceito tá errado, mas... Diretivas Antecipadas de Vontade me dá a entender mais ou menos o que determinada pessoa gostaria que fosse feito caso algo acontecesse, ou como se fosse um... é... Como é que chama aquilo?! Um... Um documento que as pessoas fazem antes de morrer. Testamento! Alguma coisa nesse sentido (A)”, “(...) O que eu entendo é, o paciente que é lúcido e que tem consciência, é da gente conversar com ele e saber a opinião dele sobre o que ele quer fazer quando chegar o momento final da vida. Não só no momento final, mas durante a terminalidade dele (B)”.*

Acredita-se que a atribuição da responsabilidade ao médico em saber sobre as DAVs possa ser motivada por falta de conhecimento, pelo desejo de receber cuidado em situação de sofrimento e vulnerabilidade e, talvez, por resquício do paternalismo médico (Arruda et al., 2020). No entanto, ressalta-se que é importante o envolvimento de toda a equipe multidisciplinar para a assistência integral qualificada e inserção das DAVs (Gomes et al., 2018). É de suma importância ter conhecimento sobre as DAVs, principalmente profissionais

da saúde, visto que são estes que informam aos pacientes adoecidos e vulneráveis a possibilidade de registrar suas vontades em prontuário. Ou seja, quando os pacientes não são informados sobre a existência das DAVs, poucos deles terão a oportunidade de estabelecê-las. Ainda, mesmo com o apoio de advogados ou outros agentes da sociedade, correm o risco de ter o documento invalidado pelos profissionais que participam da assistência (Guirro et al., 2022).

Em relação às dificuldades expressas pelos profissionais entrevistados quanto à aplicabilidade das DAVs, a maioria mencionou que a família é um fator que, muitas vezes, dificulta a elaboração das diretivas. Conforme o relato do profissional:

*“Família. Principalmente, as famílias. A vontade do paciente nem sempre é a vontade da família. (...) A gente tem que dar um passo atrás pra tu voltar e olhar o caso mais amplo. Porque tratar só o tumor... E às vezes o paciente não quer tratar. E a gente ter que lidar com isso. Saber que às vezes tu tem o que fazer. Não mais pra curar. Mas pra poder pelo menos controlar. E o paciente não quer. E a gente tem que respeitar, que talvez ele fique (...) (B)”*

Já um dos profissionais entrevistados menciona a formação profissional como potencial dificultador na aplicabilidade desse instrumento:

*“Acho que a principal dificuldade é a formação profissional, né. A maioria dos profissionais de saúde. A gente tá, ã... A gente tá muito habituado a se formar pra apagar incêndio, pra controlar sintomas, pra tratar doenças. Mas a gente não tá... Eu tô me incluindo nisso, né. Acho que a gente não tem um olhar sobre o tratar pessoas, né, sobre o antecipar. Fatos sobre a gente, ã... realmente antecipar, ã... E fazer um tratamento personalizado, baseado no que faça sentido pro paciente. Porque isso inclui o que a gente consiga instrumentalizar o paciente com muita informação, né, pra que ele possa decidir, né. A gente só pode decidir sobre o que que é melhor ou não pra gente, quando a gente também tem a informação sobre as coisa, né. Eu acho que falta, ã... Faltam profissionais... né, por vários motivos. Carência às vezes até mesmo do sistema, enfim*

*né, que não permite que a gente consiga por vezes cuidar do paciente com o tempo necessário que tu tem que destinar, né. Aquele cuidado, né. E, querendo ou não... Apesar disso ser uma coisa tão essencial, né. Às vezes esse tempo pra gente ter essa conversa, ele... Ele é escasso, né. Mas principalmente os profissionais. Eu acho que eles não a formação pra... pra ter esse tipo de abordagem, né (C)".*

Esta situação pode ser difícil de lidar, principalmente quando é um profissional médico, tendo em vista que quando os membros de uma família não tem um consenso sobre como conduzir o processo de tomada de decisões, o conflito de opiniões pode se estabelecer. Por isso, quando existe um conflito entre a vontade documentada do paciente, atualmente incapaz de tomar decisões, e de seus familiares, prevalece a decisão antecipada pela própria pessoa. A difusão de suas vontades, especialmente de suas não-vontades, garante ao paciente que outras pessoas, além do médico, conheçam as suas preferências. Esta difusão pode ser um fator de convencimento para os familiares, em caso de discordância. Portanto, a difusão prévia das vontades e não-vontades do paciente pode ser um importante elemento de argumentação (Alves et al., 2012).

Em relação às facilidades, um dos entrevistados abordou sobre ampla divulgação da temática dos Cuidados Paliativos e o quanto isto tem colaborado para o avanço nas discussões sobre esse assunto, conforme o relato a seguir:

*Eu vejo que a discussão tem aumentado com relação a esse tema, né. E é fundamental que aumente ainda mais, né. A população tá envelhecendo. Então a gente vai ter um acometimento de diversas doenças que são passíveis de que a gente tenha uma abordagem, ã... Bem precoce no que se refere a Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente. Porque a gente tem um número crescente de diagnósticos de doenças demenciais, doenças oncológicas, né. A própria senilidade, a fragilidade de uma pessoa idosa, né. Então a gente precisa de*

*mais formação. Eu acho que a discussão tem aumentado nos últimos anos nesse tema. Eu acho que o cenário, ele é positivo aí pra próxima década, né (C)”.*

Os participantes descreveram em seus relatos que as potencialidades das DAVs são, de maneira geral, proporcionar ao paciente um cuidado efetivo no final da sua vida. Como pode ser observado na seguinte fala:

*“(…) Muito provavelmente a gente evitaria uma série de custos, procedimentos desnecessários, gastos com antibióticos, desenvolvimento de resistência e sofrimento, principalmente (A)”, “Quando a gente não apresenta essas Diretivas Antecipadas ao paciente, ã... A coisa vai até o fim num ciclo que se retroalimenta de ansiedade, de esperança muitas vezes por tratamentos que não existem. Ou muitas vezes por tratamentos que não tá dando certo, né. E a gente retroalimenta essa, esse ciclo vicioso que causa muito dano pro paciente e pra família, justamente por a gente não querer conversar sobre o assunto. Isso é um preconceito. Porque, geralmente, quando a gente fala, a pessoa tá louca pra falar com aquilo sobre com alguém. Ela tem a oportunidade de decidir coisas sobre a vida dela, sobre o futuro, sobre o tratamento, né. Que acabam tornando tudo muito mais tranquilo. A família fica mais tranquila, o paciente também. Acerca daquele processo que tá acontecendo, quando a gente conversa com isso. Então eu acho que o principal é a gente falar mais sobre o assunto e falar com quem tem que falar. Falar com a família também. Mas principalmente com o paciente. Colocar o paciente no centro. E colocar ele, a menos que ele faça entender que ele não quer tomar essas decisões. E é muito fácil a gente perguntar isso pro paciente também, né. Eles falam. Mas na maioria das vezes as pessoas querem. E o processo é muito mais tranquilo quando a gente apresenta Diretivas Antecipadas e a pessoa se sente parte fundamental ali e ativa do cuidado da própria saúde (C)”.*

A oportunidade da elaboração das diretivas aumenta a autoestima do paciente e sua confiança na equipe assistencial, bem como, melhora a relação médico-paciente-família e a segurança da equipe assistencial, possibilita resolução mais favorável e reduz conflitos com familiares sobre tratamentos e condutas terapêuticas (Eggenberger et al., 2020, Nunes &

Anjos, 2014). Ainda, as DAVs também contribuem para reduzir a ocorrência de obstinação terapêutica (Nunes & Anjos, 2014; Arruda et al., 2020, Lewis et al., 2016, Scottini et al., 2018). Estudos apontam que quando os profissionais de saúde são treinados para lidar com questões relacionadas à terminalidade da vida, é possível perceber que se sentem mais confiantes na prática assistencial, bem como manifestam menos angústia moral diante do contexto (Coffey et al., 2016, Wolf et al., 2019).

### **Sentimentos e dificuldades dos profissionais da saúde diante de pacientes oncológicos paliativos em terminalidade**

A morte é algo importante de ser pensada, uma vez que em torno dela se revelam tensões, rupturas e evoluções (Monteiro, 2017). De acordo com Mazorra (2009), todo ser humano caminha para a morte, assim como a testemunhamos a todo momento. A luta contra ela pode induzir a ideia de controle ou força, no entanto, quando ocorrem perdas, sem a possibilidade da elaboração do luto, não é permitido ao indivíduo o consentimento para expressar a tristeza e a dor, aumentando a tendência para um adoecimento (Kovács, 2005).

A redução da morte é percebida na atualidade quando se evita falar da mesma, bem como ver o corpo do moribundo, pois isto nos traz à consciência a ideia de nossa própria finitude (Carvalho, 1996). Segundo Souza (2002), este fenômeno ocorre não só em razão da morte deixar de ser vivenciada, mas também pelo fato da cultura ocidental passar a priorizar a preservação da felicidade. Todavia, alguns dos participantes entrevistados relataram que costumam conversar com seus colegas de trabalho como estratégia de enfrentamento para lidar com os sentimentos despertados ao atendimento aos pacientes oncológicos paliativos em terminalidade, conforme a fala a seguir:

*“Ah, a gente geralmente recorre com algum colega. Porque geralmente... Geralmente tem que ser algum colega, porque não adianta eu chamar algum amigo meu que não é da área, não vai entender o que se fala nesse tipo de assunto, não vai entender o contexto. Eu vou chegar com termo médico, termo da saúde e não vai entender nada. Geralmente a gente recorre a colega ou a chefe (A)”*.

A morte passa a ser entendida como falha da medicina, vista como um erro ou um insucesso de um tratamento, e não como parte integrante da vida, o que gera ansiedade e cobrança por parte da população e dos próprios médicos (Pazin-Filho, 2005). Uma das consequências da morte ser interpretada como um fracasso é a formação acadêmica na área da saúde, a qual possui uma lacuna no ensino para a preparação dos profissionais para lidar com a morte e o processo de morrer. Com isso, surge a falsa premissa de que a morte de um paciente deve ser sempre combatida no meio médico, o que pode ser identificado em falas de profissionais que afirmam ter “perdido o paciente”, o que pode ser entendido como a morte sendo um adversário que deve ser combatido sempre que possível (Figueiredo & Stano, 2013). Dentre os participantes da pesquisa, somente um obteve, durante a sua formação, contato com a temática da terminalidade.

Os profissionais se sentem despreparados para cuidar do sofrimento do paciente e de sua família, quando este se aproxima da morte (Borges & Mendes, 2012) e, além disso, o estudante é preparado para curar e salvar vidas, dificultando a proximidade humana com a finitude (Monteiro, 2017). Nos cursos de graduação existem limitações que não contemplam que os profissionais da saúde são seres humanos constituídos de dimensões físicas e psicológicas (Santos et al., 2013), ou seja, desconsideram no universo acadêmico os aspectos emocionais, mesmo que as representações e demonstrações de sentimentos em relação a morte que os profissionais da saúde vivenciam sejam evidentes. Isso implica na dificuldade de comunicação da equipe multiprofissional, na vulnerabilidade emocional do profissional e na falta de preparo do mesmo quando se defronta com situações que envolvem a morte, o que torna prejudicial para o futuro profissional, além da assistência ao paciente não ser feita de forma efetiva (Sadala & Silva, 2008; Marta et al., 2009). Alguns dos profissionais entrevistados evidenciaram em suas falas sobre como percebem seus sentimentos ao lidarem com situações que envolvem a terminalidade. Como pode ser observado a seguir:

*“Eu sentia angústia. Mas tem alguns pacientes, (...), quando eu deixei morfina fixa pra ele, eu senti alívio. Porque ele tava meio que pedindo socorro pra nós. Então eu senti alívio de poder deixar ele descansar. E é o que eu tento pensar, porque eu também fico triste. Eu sinto tristeza, às vezes. Eu sinto tristeza. (...) A gente teve tanta dificuldade com a família, e tu acaba se apegando. Então, eu fiquei triste. E quando eu recebi a mensagem, eu chorei. Tipo, bah, depois de tudo que deixou tipo assim, nervoso, agradeceu. Então falei: “Bah, então valeu a pena, né”. E ele morreu dentro das melhores condições dele.*

*Então ele não tava com dor. (...). Mas ele parecia confortável. Isso me tranquiliza” (B).*

Um estudo com diferentes profissionais da saúde sobre representações desses frente à morte e ao processo de morrer, os entrevistados relataram que uma situação de morte, em geral, é relacionada como um teste à competência do profissional e um fato causador de sofrimento (Borges & Mendes, 2012). Além disso, os autores mencionaram que o modelo biomédico ensina a tratar da doença e não a cuidar das pessoas, o que não possibilita que o aluno compreenda que o ser humano está geneticamente programado para morrer. Por outro lado, em determinadas circunstâncias a morte apresenta-se como a única chance de proporcionar alívio ao sofrimento do paciente (Monteiro, 2017). Desse modo, observa-se que, mesmo a morte fazendo parte do cotidiano do profissional, esses apresentam dificuldades em prestar os cuidados ao paciente e interagir com seus familiares, interferindo na qualidade de atenção prestada a eles (Mota et al., 2011; Borges & Mendes, 2012; Monteiro, 2017). A fala da participante a seguir mostra a percepção dela a partir do seu enfrentamento no cuidado dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos exclusivos.

*“Tem vários que a gente acaba se apegando, né. Mas sabe que eu já me senti pior em relação a isso, sabe? Claro, não é uma coisa ruim a gente sentir, né? Faz parte. A gente realmente se apega com o paciente. Mas a gente tenta proporcionar pra ele o maior conforto pra ele se sentir bem. Tipo, eu fiz o que eu poderia ter feito. Eu tentei o máximo que eu podia naquele momento. Hoje eu já me sinto melhor em relação a isso, a gente vai aprendendo a lidar” (D).*

No ambiente hospitalar, o silêncio em relação à morte é uma das representações que demonstram a dificuldade quando ela está presente no cenário. Quando os profissionais da saúde criam vínculos com alguns pacientes, e estes morrem, precisam lidar com a sensação de fracasso e impotência e, com isso, iniciam um processo de luto que não é reconhecido ou autorizado (Kovács, 2010). Nessas situações difíceis, a equipe pode desenvolver diferentes mecanismos de defesas que ajudam a fugir da ansiedade, culpa, dúvida e incerteza (Pitta, 2003), os quais podem ser identificados quando o profissional evita ficar muito tempo com o paciente ou se distancia para evitar a angústia. Além disso, Kovács (2011), ressalta que

muitos profissionais da saúde utilizam a somatização, ocultação da dor e banalização do sofrimento como mecanismos de defesa. Ou seja, eles costumam excluir as emoções e priorizam a racionalização para o bom desempenho do trabalho, como pode ser observado na fala a seguir:

*“É, a gente mais ou menos aprende a se blindar. Não no sentido de se tornar impessoal, ou deixar de ser humano. Quando a gente começa a sofrer menos. No começo eu chorava junto com os pacientes. Eventualmente, quando era uma coisa muito... Criança. Criança eventualmente machuca, independente do caso. Mas a gente aprende a se blindar e se envolver um pouco menos. A gente começa a pegar tantos e tantos casos ruins, que daqui a pouco tu te deprime porque começa a empilhar casos”  
(A).*

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo, com o objetivo de verificar a compreensão dos profissionais da saúde acerca da aplicabilidade das DAVs a partir de suas experiências nos atendimentos com pacientes oncológicos em cuidados paliativos exclusivos em um contexto hospitalar, por meio de entrevistas com profissionais da saúde de uma equipe multiprofissional, mostrou que a maioria deles desconhecem o termo das DAVs. No entanto, foi possível perceber que apresentam a compreensão acerca do conceito geral das DAVs, no que se refere aos desejos e vontades dos pacientes em fim de vida, por meio de vivências profissionais no ambiente hospitalar.

A diretiva antecipada de vontade é um importante instrumento para preservar a autonomia do paciente e garantir ao paciente o direito de decidir sobre seus cuidados de saúde, especialmente os relacionados ao fim da vida. A inserção das DAVs no contexto da assistência ao paciente, considerando os inúmeros conflitos e dilemas relacionados às questões em final de vida, colaborou para uma nova maneira de encarar a morte, de forma que contribuiu para a destituição de práticas obstinadas de cura, quando essa já não é mais possível; e se mostra como alternativa para propiciar o cumprimento do respeito às vontades manifestadas pelo indivíduo enquanto capaz. Os relatos evidenciam as dificuldades atribuídas à prática das DAVs no contexto hospitalar, o que mostra a necessidade de falar mais sobre esse assunto com o objetivo de transmitir informações corretas sobre o instrumento, assim como seja possível uma diretiva ser realizada de maneira voluntária, isenta de interferências

externas ao paciente, refletindo o desejo de ter sua autonomia respeitada em situações de incapacidade e em final de vida.

Conclui-se que a implementação das DAVs é recente no contexto do cuidado brasileiro. Por isso, a sua aplicação envolve a transformação cultural, a despolarização dos poderes decisórios (família e médico) e implica também em discussões de forma dialógica tanto no ensino como na assistência, entre os profissionais de saúde, pacientes, familiares e a sociedade em geral. Esta pesquisa possui limitações, tendo em vista que foi realizada em uma única instituição de saúde, considerando-se importante novas pesquisas em outros cenários.

## REFERÊNCIAS

- Alves, C. A., Fernandes, M. S., & Goldim, J. R. (2012). Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. *Clinical and Biomedical Research*, 32(3), 358-362.
- Arruda, L. M. , Abreu, K. P., Santana, L. B., & Sales, M. V. (2019). Variáveis que influenciam na decisão médica frente a uma diretiva antecipada de vontade e seu impacto nos cuidados de fim de vida. *Einstein (São Paulo)*, 18, eRW4852. [Internet]. DOI: 10.31744/einstein\_journal/2020RW4852. Acesso em 07 nov 2023. Acesso em 07 nov 2023.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2002). *Princípios de ética biomédica*. 3ª ed. São Paulo: Loyola.
- Boff, L. (2017). *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. (6ª edição). Petrópolis: Vozes.
- Borges, M. D. S., & Mendes, N. (2012). Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 324-331.
- Carvalho, V. A. (1996). A vida que há na morte. In.: Bromberg, M. H. P., Kovács, M. J., Carvalho, M. M. J., Carvalho, V. A. (1996). *Vida e morte: laços de existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 35-75.
- Chaves, A. A. B., & Massarollo, M. C. K. B.. (2009). Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva.

- Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 30–36. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100004>>. Acesso em 01 nov 2022.
- Coffey, A., McCarthy, G., Weathers, E., Friedman, M. I., Gallo, K., Ehrenfeld, M., ... & Itzhaki, M. (2016). Nurses' knowledge of advance directives and perceived confidence in end-of-life care: A cross-sectional study in five countries. *International Journal of Nursing Practice*, 22(3), 247-257. DOI: <10.1111/ijn.12417>. Acesso em 01 nov 2022.
- Conselho Federal de Medicina (2012). *Resolução CFM n. 1995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes*. Diário Oficial da União, Brasília, 31 de agosto de 2012, Seção 1, 269-270.
- Dadalto, L. (2013). Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). *Revista de bioética y derecho*, (28), 61-71. DOI: <<https://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872013000200006>>. Acesso em 01 nov 2022.
- Dadalto, L., Tupinambás, U., & Greco, D. B. (2013). Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Revista bioética*, 21(3), 463-476. [Internet]. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/SzZm7jf3WDTczJXfVfP7GL/?lang=pt>>. Acesso em 26 out 2022.
- Dadalto, L. (2015). *Testamento Vital*. 3ed São Paulo, Ed Atlas.
- Drane, J. (2014). O suicídio: algumas reflexões bioéticas. In: Pessini, L., Bertachini, L., & Barchifonte, C. P. (Org.). *Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 1, 93-107.
- Eggenberger, T., Howard, H., Prescott, D., & Luck, G. (2020). Exploring quality of life in end-of-life discussions. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 37(6), 465-473. DOI: <10.1177/1049909119890606>. Acesso em 07 nov 2023.
- Figueiredo, M. G. M. C. de A., & Stano, R. C. M. T. (2013). O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2), 298–306.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projeto de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas.

- Gomes, B. M. M., Salomão, L. A., Simões, A. C., Rebouças, B. O., Dadalto, L., & Barbosa, M. T. (2018). Directivas antecipadas de voluntad en geriatria. *Revista Bioética*, 26, 429-439. DOI: <10.1590/1983-80422018263263>. Acesso em 07 nov 2023.
- Guiro, Ú. B. D. P., Ferreira, F. D. S., Vinne, L. V. D., & Miranda, G. F. D. F. (2022). Conhecimento sobre diretivas antecipadas de vontade em hospital-escola. *Revista Bioética*, 30, 116-125. DOI: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422022301512PT>>. Acesso em 07 nov 2023.
- Hossne, W. S., & Pessini, L. (2014). O tratamento médico fútil e/ou inútil: da angústia à serenidade do equacionamento bioético. In: Pessini, L., Bertachini, L., & Barchifontaine, C. P. (Org.) (2014). *Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 1, 109-135.
- Kovács, M. J. (2005). Educação para a morte. *Psicologia: ciência e profissão*, 25(3), 484-497.
- Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O mundo da saúde*, 34(4), 420-429.
- Kovács, M. J. (2011). Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. *Psicologia: ciência e profissão*, 31(3), 482-503.
- Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, 22(1), 94-104.
- Lewis, E., Cardona-Morrel, M., Ong, K. Y., Trankle, S. A., & Hillman, K. (2016). Evidence still insufficient that advance care documentation leads to engagement of healthcare professionals in end-of-life discussions: a systematic review. *Palliative Medicine*, 30(9), 807-824. DOI: 10.1177/0269216316637239. Acesso em 07 nov 2023.
- Marta, G. N., Marta, S. N., Andrea Filho, A. D., & Job, J. R. P. P. (2009). O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 405-416.
- Massignani, L. R. M. (2007). *Más Notícias: O processo de comunicação do médico a crianças e adolescentes hospitalizados*. 190 p. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

- Mazorra, L. (2009). *A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto*. 265 p. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec.
- Monteiro, D. T. (2017). *Morte e vida em cena: descortinando o interdito sobre (vi)ver o cuidado na morte e no morrer de pacientes*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Moreira, M. S. (2013). Diretivas antecipadas de vontade: um estudo sobre a declaração prévia para o fim da vida. In: Dadalto L. (2013). *Diretivas antecipadas de vontade: ensaios sobre o direito à autodeterminação*. Belo Horizonte: Letramento. 281p.
- Mota, M. S., Gomes, G. C., Coelho, M. F., Lunardi Filho, W. D., & Sousa, L. D. D. (2011). Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1), 129-135.
- Negrini, M. (2014). A significação da morte: um olhar sobre a finitude humana. *Revista Sociais e Humanas*, 27(1), 29-36. [Internet] Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/6592>>. Acesso em 24 set 2022.
- Nunes, M. I., & Anjos, M. F. (2014). Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. *Revista Bioética*, 22(2), 241-51. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/06.pdf>>. Acesso em 08 nov 2022.
- Pazin-Filho, A. (2005). Morte: considerações para a prática médica. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 38(1), 20-25.
- Piccini, C. F., Steffani, J. A., Bonamigo, É. L., Bortoluzzi, M. C., & Schlemper Jr, B. R. (2011). Testamento vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. *Bioethikos*, 5(4), 384-91.
- Pitta, A. (2003). *Hospital: dor e morte como ofício*. 5 ed. São Paulo: Hucitec.
- Sadala, M. L. A., & Silva, M. P. D. (2008). Cuidar de pacientes em fase terminal: a experiência de alunos de medicina. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 12, 7-21.

- Santos, M. A. D., Aoki, F. C. D. O. S., & Oliveira-Cardoso, É. A. D. (2013). Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2625-2634.
- Scottini, M. A., Siqueira, J. E., & Moritz, R. D. (2018). Direito dos pacientes às diretivas antecipadas de vontade. *Revista bioética*, 26, 440-450. DOI: <10.1590/1983-80422018263264>. Acesso em 07 nov 2023.
- Souza, M. B. (2022). *A morte esperada*. [Internet]. Disponível em: <[www.Jornalismo.ufsc.br/redealcar/cd3/jornal/mirellabravodesouza](http://www.Jornalismo.ufsc.br/redealcar/cd3/jornal/mirellabravodesouza)>. Acesso em 07 nov 2023.
- Wolf, A. T., White, K. R., Epstein, E. G., & Enfield, K. B. (2019). Palliative care and moral distress: an institutional survey of critical care nurses. *Critical care nurse*, 39(5), 38-49. DOI: <10.4037/ccn2019645>. Acesso em 07 nov 2023.
- Xavier, M. S., Miziara, C. S. M. G., & Miziara, I. D. (2014). Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia. *Saúde Ética & Justiça*, 19(1), 26-34. [Internet]. Disponível em: <file:///C:/Users/wi7pc/Downloads/97135-167664-1-SM.pdf>. Acesso em 09 nov. 2022.