REUFPI
Revista de Enfermagem da UFPI
ISSN 2238-7234

Original

Enfermagem de terapia intensiva adulto frente às Diretivas Antecipadas de Vontade: pesquisa qualitativa

Adult intensive care nursing in the face of Advance Directives: qualitative research

Enfermería de cuidados intensivos de adultos cuando enfrentan las Directivas Anticipadas de Voluntad: investigación cualitativa

Cleton Salbego[1]
ORCID: 0000-0003-3734-9970
Katiane Lima Toledo[2]
ORCID: 0000-0003-2312-0964
Silvana Bastos Cogo[3]
ORCID: 0000-0002-1686-8459
Elisabeta Albertina Nietsche[3]
ORCID: 0000-0002-8006-2038
Aline Ost dos Santos[4]
ORCID: 0000-0002-1849-9933
Mariana Kathleen da Costa Ferreira[2]
ORCID: 0009-0001-2121-6172
Vinícius de Oliveira Muniz[5]
ORCID: 0000-0001-5605-9720

[1]Centro Universitário Autônomo do Brasil. Curitiba, Paraná, Brasil.
[2]Centro Universitário da Serra Gaúcha. Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.
[3]Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.
[4]Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.
[5]Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

Autor correspondente:
Cléton Salbego
E-mail: cletonsalbego@hotmail.com

Resumo

Objetivo: compreender os saberes e práticas da equipe de enfermagem de Terapia Intensiva Adulto acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade. **Métodos**: pesquisa qualitativa, realizada com 14 profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto, da região Nordeste do estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada, entre maio e junho de 2022 e submetidos à Análise de Conteúdo. **Resultados**: emergiram três categorias temáticas: Saberes da equipe de enfermagem sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (diretivas relacionadas à assistência; técnicos de enfermagem desconhecem o conceito das diretivas); Prática da equipe de enfermagem relacionada aos desejos e vontades do paciente (há uma sensibilidade da enfermagem para o atendimento Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente, pela comunicação e discussão em round multidisciplinar) e Decisões dos profissionais médicos ou dos familiares: (des)respeito à autonomia do paciente (médicos e familiares não respeitam a decisão prévia do paciente e a invisibilidade da equipe de enfermagem pelos médicos acerca do cumprimento das diretivas, foi evidenciada). **Conclusão**: observou-se o reduzido conhecimento sobre Diretivas Antecipadas de Vontade pelos técnicos de enfermagem na Terapia Intensiva Adulto. As vontades do paciente são atendidas pelo cuidado afetivo. Na presente instituição, recomenda-se que as diretivas não sejam guiadas pelo médico, pois na atual conjuntura tendem a tornar a assistência unidirecional e hierárquica.

Descritores: Enfermagem; Diretivas Antecipadas; Assistência Hospitalar; Unidades de Terapia Intensiva; Equipe de Enfermagem.

O que se sabe?
As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV's) são consideradas estratégias para o indivíduo expressar seus desejos e vontades diante de uma situação de incapacidade

O que o estudo adiciona?
A falta de preparo da equipe profissional em respeitar as DAV's e o quanto elas são negligenciadas, enfocando a necessidade de promover discussões sobre o tema.

Como citar este artigo: Salbego C, Toledo KL, Cogo SB, Nietsche EA, Santos AO, Ferreira MKC, Muniz VO. Enfermagem de terapia intensiva adulto frente às Diretivas Antecipadas de Vontade: pesquisa qualitativa. Rev. enferm. UFPI. [internet] 2025 [citado em: dia mês abreviado ano];14:e5370. DOI: 10.26694/reufpi.v14i1.5370

Abstract

Objective: *To understand the knowledge and practices of the Adult Intensive Care nursing team about the Advance Directives.* ***Methods:*** *Qualitative research carried out with 14 nursing professionals from an Adult Intensive Care Unit in the Northeast region of the state of Rio Grande do Sul. Data were collected through semi-structured interviews, between May and June 2022 and submitted to Content Analysis.* ***Results:*** *Three thematic categories emerged: Knowledge of the nursing team about the Advance Directives (directives related to care; nursing technicians are unaware of the concept of directives); Practice of the nursing team related to the wishes and desires of the patient (there is a sensitivity of nursing to the care of the Advance Directives of the patient, by communication and discussion in a multidisciplinary round) and Decisions of medical professionals or family members: (dis)respect for the autonomy of the patient (physicians and family members do not respect the prior decision of the patient and the invisibility of the nursing team by physicians, regarding compliance with the directives, was evidenced).* ***Conclusion:*** *There was little knowledge about Advance Directives by nursing technicians in Adult Intensive Care. The patient's wishes are met by affective care. In the present institution, it is recommended that the directives are not guided by the physician, as in the current situation they tend to make care unidirectional and hierarchical.*

Descriptors: *Nursing; Advance Directives; Hospital Care; Intensive Care Units; Nursing Team.*

Resumén

Objetivo: *Comprender los conocimientos y prácticas del equipo de enfermería de Cuidados Intensivos del Adulto al tratar con las Directivas Anticipadas de Voluntad.* ***Métodos:*** *Investigación cualitativa, realizada con 14 profesionales de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva para Adultos, en la región Nordeste del estado de Rio Grande do Sul. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas, entre mayo y junio de 2022 y sometidos a Análisis de Contenido.* ***Resultados:*** *Emergieron tres categorías temáticas: Conocimiento del equipo de enfermería sobre las Directivas Anticipadas de Voluntad (directivas relacionadas al cuidado; los técnicos de enfermería desconocen el concepto de directivas); Práctica del equipo de enfermería relacionada con los anhelos y voluntades del paciente (existe una sensibilidad de enfermería al cuidado de las Directivas Anticipadas de Voluntad del paciente, a través de la comunicación y discusión en ronda multidisciplinaria) y Decisiones de profesionales médicos o familiares: (des)respeto para la autonomía del paciente (los médicos y familiares no respetan la decisión previa del paciente y se evidenció la invisibilidad del equipo de enfermería por parte de los médicos con respecto al cumplimiento de las directivas).* ***Conclusión:*** *Hubo poco conocimiento sobre las Directivas Anticipadas de Voluntad por parte de los técnicos de enfermería en Cuidados Intensivos de Adultos. Los deseos del paciente se satisfacen a través de la atención emocional. En esta institución se recomienda que las directivas no sean guiadas por el médico, ya que en la situación actual tienden a tornar la atención unidireccional y jerárquica.*

Descriptores*: Enfermería; Directivas Anticipadas; Atención Hospitalaria. Unidades de Cuidados Intensivos; Grupo de Enfermeira.*

INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem são os atores que mais se aproximam e dialogam com os pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI's), pois prestam assistência 24 horas por dia, determinam Diagnósticos de Enfermagem (DE), planejam resultados esperados e intervenções. Logo, necessitam ser capacitados e especializados em pacientes que estão passando pela fase de terminalidade, um perfil muito comum nesse setor, como também necessitam alinhar a equipe multiprofissional com base em protocolo institucional sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV's).[1]

Apesar de ser um assunto ainda pouco conhecido no Brasil, as DAV's já são abordadas em diversos estudos brasileiros e internacionais, mas essa desinformação das diretivas na prática assistencial pode implicar na dificuldade dos enfermeiros(as) em organizarem um plano de cuidados específicos, uma vez que se deixa de considerar e documentar a recusa por tratamentos que prolonguem sua vida por parte do paciente.[2-3]

As UTI's são caracterizadas como serviços hospitalares destinados a pacientes em condição críticas de vida, necessitando de cuidados complexos que, com o decorrer do tempo, houve aprimoramento do suporte tecnológico nesse setor, contribuindo para que os pacientes tenham maior sobrevida.[4] O Planejamento Antecipado de Cuidado (PAC) e as DAV's, portanto, são recursos que possibilitam a harmonização dos valores e das preferências pessoais ao tratamento de saúde que será recebido no processo de final de vida.[3]

Sendo este processo também denominado de processo de morte, que gera situações e imprevistos que as pessoas precisam enfrentar. Este enfrentamento ocorre durante a complexidade de um prognóstico negativo e conservador de uma doença terminal. Cabe ao profissional de enfermagem a adoção de escuta qualificada, ter conhecimento sobre o PAC e DAV's para melhor orientar o paciente e seu familiar, informando-o sobre a possibilidade de elaborar este documento para expressar suas decisões, respeitando seus medos e ansiedades, tornando-se autônomo de suas decisões em vida".[4-5]

Por meio da comunicação efetiva entre profissionais, pacientes e família, é possível implementar as DAV's, permitindo um olhar singular diante das necessidades de cuidado dos pacientes para o

enfrentamento da terminalidade de vida, o que facilita a compreensão e a aceitação da família, trazendo conforto nas decisões a serem tomadas no plano de cuidados.[2-5]

Nesse cenário, os Cuidados Paliativos (CP) são inseridos com o objetivo de prevenir e aliviar o sofrimento e a dor de familiares e pacientes com doenças potencialmente fatais, considerando as suas dimensões físicas, psicossociais e espirituais, visando melhorar a qualidade de vida e oferecer autonomia ao indivíduo que está vivenciando seu processo de terminalidade. Sendo assim, pode-se dizer que os CP atuam em conjunto com as DAVs, pois se complementam em objetivos e ações, e necessitam estarem alicerçados no planejamento assistencial da enfermagem.[2-3,5]

Entretanto, existem algumas dificuldades para a implantação das DAV's, tais como a inexistência de protocolos institucionais, as falhas de comunicação entre os profissionais, familiares e pacientes e a falta de entendimento sobre finitude humana como processo natural da vida pelo fato de ainda não ser uma legislação e o domínio do poder médico diante equipe multidisciplinar.[5]

No contexto turbulento da bioética, enfrentam-se dilemas culturais e legais que objetivam a proteção à vida, desenvolvimento de normatizações e legislações que considerem as condições de saúde e adoecimento dos indivíduos, mesmo com o Código de Ética do Profissional de Enfermagem (CEPE) defendendo as DAV´s. O fato de não haver uma legislação específica sobre essas diretivas acaba gerando insegurança nos profissionais, temendo punições éticas por não atenderem aos desejos dos pacientes.[3] A falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os CP dificulta a implementação das DAV's nas instituições, tendo em vista a negação cultural da morte e o desejo de prolongar a vida.

Um exemplo é a distanásia, conduta comum no Brasil, que emprega um excesso de técnicas justificadas como prolongadoras da vida biológica, mas sem qualidade vida, através da implementação de um conjunto de métodos artificiais invasivos no paciente sem prognóstico de cura, causadores de restrição física, dependência, deterioração e risco de infecção, uma prática que precisa de destaque na comunidade científica sobre a sua real necessidade, inclusive, nas UTI's, pois na maioria das vezes segue polarizada às DAV's, prolongando o sofrimento e não a vida.[6]

Um outro desafio a ser enfrentado nesse contexto é a comunicação efetiva entre os profissionais da saúde, evitando protelar o discurso sobre o final da vida, em que a equipe de enfermagem deve reconhecer o paciente como protagonista de seu tratamento e valorizar as suas preferências de cuidado,[3] sempre priorizando aspectos inerentes à ortotanásia, técnica que oferta conforto e bem-estar, focada no alívio da dor e do sofrimento no paciente em CP, uma opção favorável para manter a dignidade humana diante do processo de morte-morrer, que transcreve o cuidado físico, porém pouco difundida e priorizada no processo assistencial.[6]

Portanto, mediante problemática apresentada, emerge uma pergunta: quais são os saberes e práticas da equipe de enfermagem de Terapia Intensiva Adulta acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade?". Para respondê-la, o estudo objetivou compreender os saberes e práticas da equipe de enfermagem de terapia intensiva adulto acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, conduzida segundo os critérios de rigorosidade metodológica do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ).[7] Participaram da pesquisa enfermeiros e técnicos de enfermagem, o cenário foi duas Unidades de Terapia Intensiva Adulto, sendo uma geral e a outra coronariana, de um hospital da região Nordeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

A seleção dos participantes ocorreu de modo intencional e não probabilística, na qual se adotou os seguintes critérios de inclusão: ser profissional de enfermagem e possuir experiência profissional mínima de um ano na terapia intensiva. Como critérios de exclusão: estar de licença, férias ou afastamento do trabalho no momento da coleta de dados.

Os dados foram coletados nos meses de maio a junho de 2022, por meio de entrevista semiestruturada, realizada em espaço reservado na própria instituição hospitalar, em dias e horários previamente agendados. Elaborou-se um roteiro de entrevista com questões fechadas para caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes e com perguntas semiestruturadas, a saber: como você atua em frente ao paciente em Cuidados Paliativos? O que você entende sobre autonomia do paciente? O que você entende sobre Diretivas Antecipadas de Vontade? Como você atua frente aos desejos e vontades do paciente?

As entrevistas foram gravadas em áudio e depois transcritas com auxílio do Software Transcriptor e, posteriormente, o material foi revisado mantendo-se a fidelidade das informações. O tempo de duração das entrevistas variou entre 30 e 50 minutos.

Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo(8), considerando as etapas de pré-análise (leitura flutuantes dos registros), exploração do material (leitura em profundidade para seleção das unidades de registro e contexto) e tratamento e interpretação dos dados (subsidiados pela literatura pertinente).[8]

O estudo está vinculado ao projeto de pesquisa "Saberes e práticas da equipe de enfermagem em Terapia Intensiva acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade", com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 56829422.0.0000.5668 e Parecer 5.454.133. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram informados sobre os riscos e benefícios da pesquisa e o anonimato garantido pela utilização do sistema alfanumérico para identificá-los: a letra E (enfermeiro) e T (técnico), seguido por número conforme ordem das entrevistas: E01, E02, T01, T02, por conseguinte.

No que tange à observância dos critérios de rigor metodológico para redação da pesquisa, utilizou-se o COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ), instrumento da Enhancing the QUAlity and Transparency Of health Research (Equator).

RESULTADOS

Participaram da pesquisa seis enfermeiros e oito técnicos em enfermagem, sendo 13 mulheres e um homem. Encontravam-se na faixa etária entre 20 e 50 anos de idade. Quanto à formação dos enfermeiros, todos relataram possuir especialização, variando entre urgência e emergência, terapia intensiva, cuidados paliativos e auditoria. Entre os técnicos de enfermagem, nenhum relatou possuir formação complementar.

A análise dos dados permitiu a organização de três categorias temáticas, que representam as vivências da equipe de enfermagem acerca das DAV's, as quais foram descritas a seguir.

Categoria Temática 1 – Saberes da equipe de enfermagem sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade

Identificou-se que existe uma distinção de saberes entre os enfermeiros e os técnicos em enfermagem. Um dos aspectos abordados pelos enfermeiros é que as DAV's se baseiam em um conjunto de vontades e desejos relacionados ao tratamento, manifestados pelo paciente ao médico e familiares antes de ficar incapacitado de se expressar:

> [...] O paciente deixar dito para a família, para a equipe, para o seu médico assistente, o que ele quer que seja feito. (E02)

> [...] É quando o paciente deixa registrado antes de ter alguma condição que deteriore sua saúde. Enquanto ele seja capaz psicologicamente, emocionalmente, neurologicamente de decidir as coisas por ele mesmo. (E04)

> [...] Decidir o que ele quer, no caso, se ele não puder mais responder por ele. Então, a doação de órgãos ou intubação também. A gente já viu inclusive pacientes paliativos que entram em terminalidade de vida, onde eles já tinham decidido previamente que não queriam ser intubados por motivo algum, então eu acho que é isso. (E03)

Um dos depoimentos relacionou as DAV's com a autonomia do paciente e se ele tem a capacidade de dizer quais são suas vontades perante o tratamento que deseja ou não receber:

> [...] Na verdade, ela vai envolver o desejo do paciente em relação a sua autonomia. É a minha autonomia em relação a qualquer medida que vai acontecer com ela diante do adoecimento. Então isso é uma diretiva antecipada de vontade. (E01)

Os técnicos de enfermagem relataram não ter conhecimento e nunca terem ouvido em seu trabalho o termo "Diretivas Antecipadas de Vontade", mas quando questionados sobre como atendem aos desejos

e vontade do paciente, relacionaram com a sua prática em terapia intensiva e exemplificaram com atitudes simples:

> [...] Teve um paciente que a gente sabia que não ia sair [da UTI] para o quarto. Aí estava com vontade de tomar tônica a gente foi lá e comprou a tônica. A gente procura também ver se aqui na copa tem algumas coisas assim. (T05)

> [...] Eles pedem muita coisa, mas têm desejos assim que a gente fica, nossa é tão simples pedem arroz e feijão, eles pedem água, eles pedem para ver o Sol. (T07)

Categoria Temática 2 – Prática da equipe de enfermagem relacionado aos desejos e vontades do paciente

Com relação à percepção das participantes sobre a prática das DAV's, relacionou-se a cuidados simples à beira leito, como vontade de comer algo, beber ou até mesmo a visita de um familiar:

> [...] Às vezes a gente tem pacientes com qualquer tipo de desejo de comida, música, de alguma outra coisa. Tento alimentar o desejo do paciente dentro do nosso alcance, às vezes trazer a família para dentro da UTI, fazer algum tipo de liberação. (E01)
> [...] Teve um paciente que realizamos um sonho dele, que era tomar café, porque ele sabia que estava partindo [morrendo], ele tomou e logo depois foi a óbito. (T04)
> [...] Muitas vezes na COVID-19, pacientes que queriam ver a família, a gente não tinha mais a psicóloga que fazia as ligações de vídeo, eu mesma fazia com meu celular, se eles pediam, eu fazia para todos, independente do que estivesse acontecendo, eu parava cinco minutinhos para fazer. (E04)

A comunicação é abordada como meio eficaz para descobrir os desejos e vontades do paciente, mas quando o paciente não consegue se comunicar por consequência de seu regime de tratamento, como intubação, traqueostomia ou sedação, sua família tem participação primordial na investigação das preferências:

> [...] Temos o horário da visita, embora a gente não passe muito tempo com o paciente antes de ser intubado, a gente sempre questiona a família como que ele era em casa, se era uma pessoa agradável, o que ele gosta de fazer, sempre tentamos achar um caminho mais suave para chegar à nossa resposta. (T01)

> [...] Eu acho que o paciente quando ele está lúcido, ele tem uma noção da sua doença, ele já sabe mais ou menos como que as coisas vão fluindo, através de conversa. (E05)

Relatou-se que, mesmo identificando desejos e vontades, estes só podem ser aplicados mediante autorização médica ou após discussão em round multidisciplinar, para não prejudicar o regime de tratamento do paciente:

> [...] A gente tenta fazer da melhor maneira possível, o que o paciente quer, o que a família deseja e tentamos encaixar nos nossos cuidados. Claro, com o respaldo do médico, não vou fazer nada que vá prejudicar ainda mais o diagnóstico do paciente, por exemplo, não posso dar um copo de café para um paciente que fez uma gastrectomia ontem. (E02)

> [...] A gente tenta abordar a vontade do paciente em round multidisciplinar para discutir, mas não é sempre que conseguimos atender pelo regime de tratamento. (E06)

A presença do médico paliativista na UTI foi abordada positivamente:

> [...] Como temos a doutora, que é dos cuidados paliativos aqui na UTI, pelo menos na minha parte, eu acho que os desejos e vontades do paciente são atendidos. (E05)

> [...] A médica paliativista está sempre ali, sempre acompanhando a família, conversando com a esposa, tentando fazer com que ela entenda até que ponto esse sofrimento é válido. Então eu acho que melhorou aqui no hospital. (T02)

Observou-se a sensibilidade dos entrevistados diante dos desejos e vontades expressos pelo paciente, tornando-se um ponto positivo para equipe de enfermagem diante da aplicabilidade das DAV's. Todos relataram atender ao pedido do paciente quando estão ao seu alcance:

> [...] Tem momentos que eles são intubados, e o último desejo é falar eu te amo para a mãe, para o filho, então quando a gente tem capacidade de passar a informação, relatamos o que o paciente disse. Então a gente nunca deixa por nada o que eles falam para nós, porque às vezes pode ser a última palavra. (T01)

> [...] Eu já pedi para a família deixar recadinho que a gente cola na parede e, às vezes, quando as pessoas estão de aniversário a gente canta os parabéns para eles. (T03)

> [...] Tinha uma mãe com COVID-19, com dois filhos pequenos, ela estava há dias conosco. Foi preciso intubá-la, eu fiquei assustada, porque era lúcida. Primeiro expliquei para ela sobre a intubação, mas o pedido dela naquele momento era ver os filhos, então fizemos vídeo chamada. Lembro do rostinho da criança fazendo tchau, tchau mamãe, mas deu tudo errado e ela acabou indo a óbito. (E04)

O fato de existir uma equipe de cuidados paliativos atuante na instituição foi relatado como uma facilidade para prestar um atendimento humanizado de autonomia ao paciente:

> [...] A gente tem um protocolo que permite ter bastante autonomia. A gente identifica o desejo do paciente, alguma fragilidade. Eu converso com o paciente, identifico alguma coisa e já passo para o médico, mas conseguimos liberar diante da autorização dele [médico]." (E01)

> [...] Aqui percebemos que está sendo trabalhado muito os cuidados paliativos. Esse lado humanizado eu nunca vou esquecer. Uma vez ouvi que toda a pessoa merece ter uma boa morte. (T02)

Categoria Temática 3 – Decisões dos profissionais e/ou dos familiares: (des)respeito à autonomia do paciente

Diferentes participantes viram como fator limitante para implementação das DAV's na UTI a conduta de alguns médicos que, por vezes, decidem pelo paciente qual é o melhor tratamento, sem respeitar sua opinião. Além disso, também não levam em consideração o posicionamento da equipe de enfermagem, que atua por mais tempo com o paciente, conhecendo seus desejos e vontades:

> [...] Eu acho que o maior desafio não é assistencial, porque quanto a isso, eu busco conversar com os pacientes e famílias, mas vai muito da equipe médica que está de plantão ou que acaba recebendo esse paciente, de não concordar com os desejos e vontades do paciente ou da família e tomar as condutas que ele decide serem mais adequadas [...]. Então acho que eu não consigo implementar [DAV's] por conta dessas limitações relacionadas ao corpo médico. (E01)

> [...] A gente acaba não tendo muita voz ativa sobre a opinião médica, apesar de eles dizerem que a gente deve opinar, fazer mudanças, que estamos o tempo todo com o paciente, porém, traga uma opinião diferente para eles? Não aceitam nenhum pouco. Nós, técnicos, ficamos invisíveis para algumas opiniões, então passamos para o enfermeiro tentar. (T01)

> [...] O paciente não queria ser intubado, foi dito pela família, mas acabou sendo por decisão médica e ele veio a falecer, a família ficou muito zangada. (T08)

A família nem sempre respeita as vontades expressas pelo paciente em terminalidade de vida e isso foi citado por alguns entrevistados, por motivos que variam entre a falta de conhecimento sobre o tratamento ou por não aceitar a situação clínica do familiar:

> [...] Um paciente que está na lista de transplante renal, vem para a UTI com insuficiência ventilatória, fica aquela dúvida: intuba ou não? O paciente não quer ser intubado, mas às vezes a família entende que é uma medida necessária. O paciente acaba perdendo sua autonomia. (E01)

> [...] Já aconteceu de a família não querer a intubação, impedindo que o paciente recebesse um pouco mais de conforto e tempo de vida. A família entende que se o paciente entrar na ventilação mecânica ele não vai mais sair, principalmente idosos. (E02)

Também se relacionou às DAV's com a perda de autonomia do paciente, pois quando internado em uma UTI, se perde quase toda a independência em realizar atividades cotidianas sem auxílio, como tomar banho:

> [...] A primeira coisa que a gente perde quando entra no hospital, é a autonomia. Vão te dar medicações, banho, não pode ir ao banheiro. (E04)

Abordou-se a falta de um documento legal no qual o paciente pode deixar escrito seus desejos de tratamento, o que dificulta a aplicabilidade das DAV's:

> [...] O paciente acaba não assinando nenhum documento legal, então depende do médico que está aqui, do familiar que vem, mas é como se fosse um consenso. Dependendo do caso, não é a autonomia do paciente, é um consenso. (E05).

DISCUSSÃO

Quanto aos conhecimentos da equipe de enfermagem sobre as DAV's, percebeu-se que os enfermeiros possuem uma compreensão geral sobre o tema, associando-o à autonomia do paciente. Essa autonomia se refere ao direito de aceitar ou recusar tratamentos que prolonguem a vida biológica, sem necessariamente assegurar qualidade de vida.[9-10] Nessa perspectiva, pode-se afirmar que eles têm certo conhecimento para aplicabilidade das DAV's dentro da UTI. Já os técnicos de enfermagem abordam as práticas relacionadas com as DAV's, mas não possuem conhecimento sobre o termo.

Os dados encontrados, em duas categorias temáticas, demonstram que existe uma cultura da subordinação da enfermagem perante a equipe médica, em setores mais complexos com as UTI's, visto que a tomada de decisão é unidirecional e provocativa ao desejo do paciente pelo profissional médico, além de relatos sobre o silenciamento e o apagamento dos técnicos de enfermagem diante uma conduta sobre implementar ou não uma DAV, comprovando a necessidade da enfermagem se posicionar enquanto ciência baseando o seu cuidado na Prática Baseada em Evidência (PBE).

Portanto, as falas analisadas dos entrevistados(as) comprovam a necessidade de enfermeiros(as) criarem protocolos sobre os diferentes processos de mortes como as sociais, psicológicas e espirituais, entre outras, propagar uma cultura antidistanásia, fomentar especializações do tipo residência em CP vinculadas ao serviço, treinar a equipe assistencial e sensibilizar gestores acerca da importância do cumprimento da

bioética, em que viver com qualidade e sem artifícios excessivos possa ser uma tendência nas práticas dos cuidados intensivos nos setores públicos, privados e filantrópicos.

Decidir quais procedimentos realizar ou não no tratamento de pacientes em estágio terminal continua sendo um desafio, especialmente porque, no Brasil, as DAV's ainda são pouco difundidas na área da saúde.[10] Um dos obstáculos para a sua implementação é a falta de protocolos institucionais, permitindo que os profissionais adotem condutas próprias, fato que impossibilita a equipe de compreender os desejos e vontades dos pacientes antecipadamente.[5]

O respeito aos desejos e vontades do paciente está respaldado pelo Código de Ética do Profissional de Enfermagem (CEPE), que determina que os profissionais precisam trabalhar para o atendimento das DAV´s solicitadas, uma vez que os dados mostram que os enfermeiros conseguiram expressar definições que se enquadram no conceito teórico de tais diretivas, porém, os(as) técnicos(as) desconhecem o termo, apesar de terem manifestado que executam cuidados simples e empáticos solicitados pelos pacientes em CP, relacionando tais atitudes com o conceito de DAV's, o que carece de investimento no setor de treinamento e desenvolvimento, para a difusão do conhecimento, inclusive por se tratar de um setor que lida com essa problemática diariamente.

Os participantes descreveram a prática relacionada às DAV's com empatia e sensibilidade, frequentemente demonstrando emoção durante as entrevistas. Eles associaram ações simples, orientadas pelos desejos e vontades dos pacientes em terminalidade, ao cuidado de enfermagem, enfatizando a importância essencial dessa abordagem. Os pacientes em final de vida necessitam de suporte ativo e integral, pois são portadores de doenças que vivenciam o adoecimento crônico, progressivo e irreversível, não respondendo a tratamentos curativos. Sendo assim, é essencial oferecer conforto, controle da dor e demais cuidados, com vistas a amenizar o sofrimento perante as condições inerentes ao adoecimento físico, emocional e espiritual.[11]

A equipe que atua dentro da UTI enfrenta situações que exigem reflexão dos princípios éticos que fundamentam suas ações, a compreensão da terminalidade e finitude da vida como algo importante na orientação das suas ações,[12] pois o fato da equipe de enfermagem possibilitar o conforto por meio do cuidado em fim de vida, afirma-se como uma facilidade na aplicação das DAV´s.

Enfermeiros(as) atuantes em UTI se deparam com pacientes submetidos à CP diariamente, uma demanda que precisa da elaboração de problemas, conhecidos como Diagnósticos de Enfermagem (DE), de resultados esperados e de cuidados sistemáticos e especializados, que podem ser explorados nos principais domínios taxonômicos voltados a esse tipo de cuidado, para que, dessa forma, os planos de cuidados sejam exequíveis, de caráter individual, independente e dinâmico.

A constituição multiprofissional de CP ativa na instituição onde ocorreu a pesquisa, em que foi mencionada a atuação de uma médica paliativista na UTI, se torna um facilitador para descobrir os desejos e vontades do paciente e familiares, pois se realiza uma investigação por meio da comunicação. Os profissionais de CP possuem mais conhecimento para gerenciar informações e pesquisar as preferências dos pacientes em relação ao tratamento.[12-13] Escutar e atender às necessidades de um paciente se caracteriza como um modo para demonstrar respeito, carinho e atenção, bem como incentivo ao paciente a ser protagonista do seu próprio cuidado.

As DAV's podem ser consideradas ferramentas apropriadas para proteger a autonomia e dignidade ética do paciente.[9] Quando as suas diretrizes são abordadas no tratamento terapêutico de paciente em CP, permite-se a expressão de desejos, com vistas a serem atendidos, facilitando a tomada de decisão em situações difíceis. Com isso, pode-se incluir o PAC como estratégia para auxiliar na condução de uma assistência segura e qualificada a pacientes e familiares,[5] uma vez que profissionais especializados atuando em UTI's, em destaque para os enfermeiros, parece ser um facilitador para desenvolvimento das DAV's, pois promovem uma escuta qualificada com pacientes e familiares.

A comunicação com o paciente foi citada como a forma utilizada para a investigação dos desejos e vontades, uma vez que o fato de o paciente compreender sua situação clínica e o grau de evolução da doença é essencial para que ele possa participar da tomada de decisões sobre os cuidados no final de vida e manifestar suas preferências.[11-12] A comunicação é essencial dentro da UTI para utilizar práticas padronizadas, identificar as pessoas da equipe multidisciplinar e familiares, organizar horários para encontros diários, levantar as principais necessidades clínicas de cuidado, priorizar os desejos e as vontades do paciente de forma concisa e consistente, ações que irão proporcionar uma melhora do cuidado aos pacientes.[14]

Por muitas vezes, o paciente internado na UTI fica impossibilitado de conversar, sendo assim, aplicar uma comunicação efetiva não verbal enquanto é possível se torna prioridade e a família tem participação ativa nesse diálogo, já que em alguns momentos ela pode ser a voz desse paciente.[14]

A atuação dos profissionais diante de um paciente em finitude de vida é um desafio, pois decidir qual o cuidado mais adequado ao paciente não deveria ser apenas uma questão técnica ou exclusiva aos profissionais médicos. No contexto dos CP, os princípios bioéticos devem ser garantidos ao paciente, dando-lhe o direito de informação e esclarecimento sobre tratamentos, prognósticos, riscos, malefícios e benefícios de cada conduta. Desse modo, cabe ao enfermeiro, profissional de referência da equipe multiprofissional, empoderar-se de aporte teórico-prático-científico para auxiliar o paciente a desenvolver um posicionamento autônomo, pois não basta que a pessoa esteja livre de constrangimentos morais contrários a suas opiniões, mas também que se promova autonomia por meio da informação qualificada, transparente e compreensível.[13-15]

Quando os profissionais de saúde compreendem a natureza vinculativa das DAV's, a tomada de decisão sobre o tratamento se torna mais simples. Isso é particularmente importante, pois os pacientes frequentemente enfrentam dificuldades para compreender sua condição clínica e as opções terapêuticas. Fornecer informações claras e acessíveis contribui para alinhar as expectativas do paciente, fortalecendo o cuidado prestado.[10-11] Para um paciente internado em uma UTI, é primordial que se respeite a sua autonomia nos princípios da bioética, pois, mesmo sendo parcialmente ou totalmente dependente de alguém, merece ter seus últimos desejos atendidos.

A família por muitas vezes se torna o representante legal do paciente em CP e, em algumas situações, não respeita a vontade de seu ente por não aceitar seu diagnóstico, sujeitando-o a tratamentos desnecessários que geram dor e desgaste emocional.[15-16] Em geral, em UTI's, o foco em viver está pela combinação de elementos que compõem o ser humano o determinando apenas pelo fator biológico, pois é possível manter uma pessoa viva usando artifícios em excesso permanente, mantendo o componente bioquímico da pessoa em primeiro lugar por um sistema artificial de suporte à vida, no entanto, os componentes psicológicos, espirituais e sociais da pessoa não estão mais presentes e não podem ser restabelecidos, tendo em vista o quadro clínico, questões que precisam ser revistas sob uma ótica bioética.[17]

A terminalidade da vida diz respeito a uma condição de enfermidade grave e sem cura, adotando uma abordagem que coloca o paciente e sua família no centro do cuidado. Essa perspectiva desafia o modelo biológico focado exclusivamente na doença, buscando valorizar a condição humana e promover uma assistência integral em saúde.[18-19] A aceitação da família diante de um paciente em fim de vida sempre será um desafio para aplicação das DAV's, porque nunca será fácil convencer alguém que a melhor opção para seu ente querido é a morte acompanhada com conforto, situação em que a comunicação se torna uma grande auxiliadora para que o profissional de saúde consiga explicar os malefícios e as reais chances do tratamento.

Diante dos aspectos éticos, analisou-se o respaldo da legislação sobre as DAV's, no qual os desejos e vontade de um paciente em terminalidade de vida devem ser respeitados. Segundo o Conselho Federal de Medicina, as DAV's compreendem um conjunto de vontades e desejos prévios expressos pelo paciente sobre os cuidados e tratamentos que deseja ou não receber, caso esteja incapacitado. Já o código de ética dos Profissionais de Enfermagem faz uma menção sobre as DAV's e estabelece que sejam respeitadas.[20-21] Esses fatos ainda não trazem segurança para os profissionais entrevistados, por falta de seu conhecimento ou por uma legislação que proteja o profissional da saúde diante de uma situação na qual ele for contra o representante legal de um paciente impossibilitado- de decidir por ele mesmo.

As limitações do estudo estão na ausência de participação de fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e médicos. Outro fato está na pouca clareza sobre o termo "Diretivas Antecipadas de Vontade" e essa limitação serve como sugestão para novos estudos sobre o tema. A legislação aplicada ao exercício da enfermagem também é limitada em relação às DAV's, as quais precisam ser reformuladas e avançar nesse conhecimento.

Essa pesquisa contribuirá para uma visão ampliada sobre o conhecimento da equipe de enfermagem da UTI acerca das DAV's, apontando pontos que facilitam e dificultam sua aplicabilidade, e a partir disso, poderão surgir novas pesquisas para construção de ferramentas que facilitem o cuidado de enfermagem, com foco no desejo e vontade do paciente em terminalidade de vida.

Estratégias como protocolos institucionais, implementação de comunicação assertiva entre profissionais, familiares e pacientes, ancoragem dos cuidados de enfermagem na prática baseada em evidência, instrução em serviço sobre finitude humana e seus aspectos éticos e legais, além de despertarem

da necessidade da educação popular sobre a quebra de estigma e do preconceito que existe na sociedade sobre os cuidados paliativos, se tornam potenciais medidas a serem implementadas pela enfermagem de terapia intensiva adulto.

CONCLUSÃO

No presente estudo, os saberes e práticas sobre DAV's estavam relacionados à autonomia do paciente, bioética do cuidado, seus desejos e vontades e sempre respeitando os aspectos ético-legais sobre a terminalidade de vida, observando grande sensibilidade por parte da equipe de enfermagem e de uma médica especialista em cuidados paliativos em relação ao fim de vida.

No entanto, alguns obstáculos encontrados precisam ser superados para a implementação das DAV's em UTI's, como o desconhecimento da equipe técnica; a falta de um documento legal, no qual o paciente em terminalidade de vida pode deixar registrado seus desejos e vontades; o desrespeito dos profissionais médicos diante da autonomia do paciente e o cuidado de enfermagem guiado por conduta médica, pois torna a assistência unidirecional e hierárquica, uma vez que a enfermagem é uma profissão autônoma e independente.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção ou desenho do estudo: Salbego C, Toledo KL. Coleta dos dados: Salbego C, Toledo KL. Análise e interpretação dos dados: Salbego C, Toledo KL. Redação do artigo ou revisão crítica: Salbego C, Toledo KL, Cogo SB, Nietsche EA, Santos AO, Ferreira MKC, Muniz VO. Aprovação final da versão a ser publicada: Salbego C, Cogo SB, Nietsche EA, Muniz VO.

REFERÊNCIAS

1. Trarieux-Signol S, Bordessoule D, Ceccaldi J, Malak S, Polomeni A, Fargeas JB. Advance directives from haematology departments: the patient's freedom of choice and communication with families: a qualitative analysis of 35 written documents. the patient's freedom of choice and communication with families: a qualitative analysis of 35 written documents [Internet]. Disponível em: https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-017-0265-1.

2. Saioron I, Ramos FRS, Scheneider DG, Silveira RS, Silveira LR. Diretivas antecipadas de vontade: percepções de enfermeiros sobre os benefícios e novas demandas. Revista Escola Anna Nery [Internet]. 2017 [acesso em 11 jan 2023]; 21(4). Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/c4t4GsLg38y59mdvcRrLYDs/?format=html

3. Ramos FR, Saioron I, Amadigi FR, Diaz PS. Diretivas antecipadas de vontade: desafios legais e educacionais na visão de enfermeiros. Rev. Eletr. Enferm [Internet]. 2017 [acesso em 14 mar 2023]; 19-44. DOI: https://doi.org/10.5216/ree.v19.43587

4. Leite CDS, Fernandes CA. Desfechos do Planejamento Antecipado de Cuidado e Diretivas Antecipadas em Unidade de Terapia Intensiva: Revisão Integrativa. Rev. SBPH [Internet]. 2021 [acesso em 17 mar 2023]; 24(1):28-38. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582021000100004

5. Nogario ACD, Barlema EL, Barlem JGT, Silveira RS, Cogo SB, Carvalho DP. Implementação de diretivas antecipadas de vontade: facilidades e dificuldades vivenciadas por equipes de cuidados paliativos. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2020 [acesso em 20 mar 2023]; 41. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190399

6. Cano CW A, *et al*. Finitude da vida: compreensão conceitual da eutanásia, distanásia e ortotanásia. Revista Bioética [Internet]. 2020 [citado 2023 dez 4]; DOI https://doi.org/10.1590/1983-80422020282399

7. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021 [acesso em 23 mar 2023]; 34. DOI: http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631

8. Bardin L. Análise de conteúdo. 2016; 70.

9. Ojedoyin OE, Jegede AS. A quantitative study of nurses perception to advance directive in selected private and public secondary healthcare facilities in Ibadan, Nigeria. BMC Med Ethics [Internet]. 2022 [acesso em mar 26 2023]; 23(1):87. DOI: https://doi.org/10.1186/s12910-022-00825-5

10. Hassegawa LCU, Rubira MC, Vieira SM, Rubira APA, Katsuragawa TH, Gallo JH, et. al. Approaches and reflexions on advance healthcare directives in Brazil. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [acesso em 29 mar 2023]; 72(1):256-64. DOI:http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0347

11. Eggenberger T, Howard H, Prescott D, Luck G. Exploring quality of life in end-of-life discussions. Am J Hosp Palliat Care [Internet]. 2020 [acesso em 01 de abr 2023]; 37(6):465-73. DOI: 10.1177/1049909119890606

12. Macchi MJ, Pérez MV, Alonso JP. Planificación de los cuidados en el final de la vida: perspectivas de profesionales de oncología y cuidados paliativos. Sex Salud Soc [Internet]. 2020 [acesso em 04 abr 2023]; 35: 218-36. DOI: http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.11.a

13. Medeiros MO, Meire MV, Frafa FMR, Sobrinho CLN, Rosa DO, Silva RS. Conflitos bioéticos nos cuidados de fim de vida. Revista Bioética [Internet]. 2020 [acesso 07 abr 2023]; 28(1): 128-34. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-80422020281375

14. Sousa GM, Lustosa MA, Carvalho VS. Dilemas de profissionais de unidade de terapia intensiva diante da terminalidade. Revista bioética [Internet]. 2019 [acesso 10 abr 2023];27(3):516-27. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-80422019273336.

15. Cappell K, Sundaram V, Park A, Shiraz P, Gupta R, Jenkis P, *et al*. Advance directive utilization is associated with less aggressive end-of-life care in patients undergoing allogenic hematopoietic cell transplantation. Biol Blood Marrow Transplant [Internet]. 2018 [acesso em 13 abr 2023]; 24(5):1035-40. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6364975/pdf/nihms-938817.pdf

16. Kuczmarski TM, Odejide OO. Goal of a "Good Death" in End-of-Life Care for Patients with Hematologic Malignancies-Are We Close? Curr Hematol Malig Rep [Internet]. 2021 [acesso em 16 abr 2023]; 16(2):117-125. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8409152/pdf/nihms-1727658.pdf

17. Shu W, Miao Q, Feng J, Liang G, Zhang J, Zhang J. Exploring the needs and barriers for death education in China: Getting answers from heart transplant recipients' inner experience of death. Front Public Health. [Internet] 2023 [acesso em 19 abr 2023]; 13:11. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9968799/pdf/fpubh-11-1082979.pdf

18. Cardin VS, Nery LMG. Até quando prolongar a sua vida? Revista Brasileira de Sociologia do Direito [Internet]. 2021 [acesso em 22 abr 2023]; 8(1): 18-3. DOI: https://doi.org/10.21910/rbsd.v8i1.386

19. Cogo SB, Nietsche EA, Badck MR, Sehnem GD, Salbego C, Ramos TK, Antunes AP, Ilha AG, Malheiros LCS. Diretivas antecipadas de vontade na assistência hospitalar: perspectiva de enfermeiros. Rev. Bioética [Internet]. 2021 [acesso em 25 abr 2023]; 29(1):139-47. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-80422021291454

20. Oriakhi M, Sealy C, Adenote A, Alabi O, Ahluwalia M. Improving residents' skills and confidence on advance directive discussion: a quality improvement project. J Community Hosp Intern Med Perspect [Internet].2019 [acesso em 29 abr 2023]; ;9(5):419-21. DOI: https://doi.org/10.1080/20009666.2019.1643218

21. Moore N, Detering KM, Low T, Nolte L, Fraser S, Sellars M. Doctors' perspectives on adhering to advance care directives when making medical decisions for patients: an Australian interview study. BMJ

Open [Internet]. 2019 [acesso em 02 jan de 2023];9(10):1-11. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6830700/pdf/bmjopen-2019-032638.pdf

Conflitos de interesse: Não
Submissão: 2024/01/22
Revisão: 2024/11/10
Aceite: 2024/12/06
Publicação: 2025/03/19

Editor Chefe ou Científico: Jose Wicto Pereira Borges
Editor Associado: Francisca Tereza de Galiza

Autores mantém os direitos autorais e concedem à Revista de Enfermagem da UFPI o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attibution BY 4.0 que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.