



Yvanna Carla de Souza Salgado
(Organizadora)

Cuidados Paliativos: Procedimentos para Melhores Práticas

Atena
Editora
Ano 2019

Yvanna Carla de Souza Salgado
(Organizadora)

Cuidados Paliativos: Procedimentos para Melhores Práticas

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Geraldo Alves
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

| Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG) | |
|---|--|
| C966 | Cuidados paliativos [recurso eletrônico] : procedimentos para melhores práticas / Organizadora Yvanna Carla de Souza Salgado. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-546-4 DOI 10.22533/at.ed.464192008 1. Pacientes. 2. Tratamento paliativo. 3. Saúde. I. Salgado, Yavanna Carla de. CDD 616.029 |
| Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422 | |

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “**CUIDADOS PALIATIVOS: PROCEDIMENTOS PARA MELHORES PRÁTICAS**” aborda artigos relacionados aos cuidados paliativos, que são oferecidos aos pacientes que possuem uma doença não passível de cura; visando melhor qualidade de vida através da prevenção e alívio do sofrimento para que possam viver o mais confortavelmente possível.

Para que os resultados sejam satisfatórios, busca-se uma abordagem multiprofissional focada não somente nas necessidades dos pacientes, como também na de seus familiares. A Organização Mundial da Saúde define Cuidados Paliativos como a *“abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”*.

A obra possui o intuito de ampliar o conhecimento da temática, contribuindo assim para a formulação de políticas públicas, elaboração de protocolos e ferramentas de levantamento de dados, levantamento das questões éticas relacionadas à assistência e aprofundamento da compreensão da importância destes cuidados.

A obra é fruto do esforço e dedicação das pesquisas dos autores e colaboradores de cada capítulo e da Atena Editora em elaborar este projeto de disseminação de conhecimento e da pesquisa brasileira. Espero que este livro possa permitir uma visão geral e inspirar os leitores a contribuírem com pesquisas para a promoção da saúde e bem estar social.

Yvanna Carla de Souza Salgado

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 1 | 1 |
| ACOLHIMENTO COMO TECNOLOGIA LEVE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA | |
| <i>Vitória Eduarda Silva Rodrigues</i> | |
| <i>Francisco Gerlai Lima Oliveira</i> | |
| <i>Denival Nascimento Vieira Júnior</i> | |
| <i>Sara Joana Serra Ribeiro</i> | |
| <i>Brenda Moreira Loiola</i> | |
| <i>Camila Carvalho dos Santos</i> | |
| <i>Waléria Geovana dos Santos Sousa</i> | |
| <i>Manoel Renan de Sousa Carvalho</i> | |
| <i>Gabriela Maria da Conceição</i> | |
| <i>Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.4641920081 | |
| CAPÍTULO 2 | 13 |
| CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | |
| <i>Luís Paulo Souza e Souza</i> | |
| <i>Gabriel Silvestre Minucci</i> | |
| <i>Patrícia Silva Rodríguez</i> | |
| <i>Tamara Figueiredo</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.4641920082 | |
| CAPÍTULO 3 | 20 |
| ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM CUIDADOS PALIATIVOS | |
| <i>Maria Lúcia de Mendonça Sandes</i> | |
| <i>Thiago de Sá Samuel</i> | |
| <i>Karla Fernanda Batista</i> | |
| <i>Maiara dos Santos Pereira</i> | |
| <i>Anna Beatriz Fernandes Bezerra Santos</i> | |
| <i>Monica Santos Teles</i> | |
| <i>Mayara de Jesus Silva</i> | |
| <i>Heryca Natacha Cruz Santos</i> | |
| <i>Priscila dos Santos Nascimento Gonçalves</i> | |
| <i>Michelly Karolaynny dos Santos</i> | |
| <i>Marília de Oliveira Santos</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.4641920083 | |
| CAPÍTULO 4 | 31 |
| AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DO TEXAS <i>REVISED INVENTORY OF GRIEF</i> (TRIG) EM PAÍS BRASILEIROS QUE PERDERAM O FILHO COM CÂNCER | |
| <i>Erica Boldrini</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.4641920084 | |
| CAPÍTULO 5 | 42 |
| MEDIDA DO BEM-ESTAR DOS CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS | |
| <i>Ligiamara de Castro Toledo</i> | |
| <i>Thiago Buosi da Silva</i> | |
| <i>Erica Boldrini</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.4641920085 | |

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 6 | 50 |
| AVALIAÇÃO DE BURNOUT EM COLABORADORES DO HOSPITAL DE CÂNCER INFANTOJUVENIL | |
| <i>Claudia Lucia Rabatini</i> | |
| <i>Erica Boldrini</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.4641920086 | |
| CAPÍTULO 7 | 59 |
| PLANILHA DE VISITAS DOMICILIARES: UMA EXPERIÊNCIA BEM-SUCEDIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | |
| <i>Mauricio Vaillant Amarante</i> | |
| <i>Ozinelia Pedroni Batista</i> | |
| <i>Camila Lampier Lutzke</i> | |
| <i>Shirley Kempin Quiqui</i> | |
| <i>Marcelo Luiz Koehler</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.4641920087 | |
| CAPÍTULO 8 | 65 |
| AVALIAÇÃO DO GRAU DE CONHECIMENTO ACERCA DE CUIDADOS PALIATIVOS DOS MEDICOS E ENFERMEIROS | |
| <i>Carlos Augusto Moura Santos Filho</i> | |
| <i>Rayanna Souza Santos</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.4641920088 | |
| CAPÍTULO 9 | 73 |
| MOMENTO ACOLHER: RELATO DE UMA VIVENCIA JUNTO A FAMÍLIA DO PACIENTE EM CUIDADO PALIATIVO | |
| <i>Flávia Roberta de Araújo Alves</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.4641920089 | |
| CAPÍTULO 10 | 76 |
| CUIDADOS PALIATIVOS: O USO DE PALESTRAS COMO UMA DAS FERRAMENTAS/INFORMATIVO, ESCLARECEDORA-REVISÃO DE PALESTRAS NO CANAL YOUTUBE NO BRASIL | |
| <i>Marilza Alves de Souza</i> | |
| <i>Marília Aguiar</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.46419200819 | |
| CAPÍTULO 11 | 88 |
| ASPECTOS BIOÉTICOS RELACIONADOS ÀS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM FIM DE VIDA | |
| <i>Paula Christina Pires Muller Maingué</i> | |
| <i>Carla Corradi Perini</i> | |
| <i>Andréa Pires Muller</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.46419200811 | |

CAPÍTULO 12 97

O PACIENTE EM SUA FASE FINAL: O FISIOTERAPEUTA PODE AJUDÁ-LO NESSE PROCESSO?

Bárbara Carvalho dos Santos
Francelly Carvalho dos Santos
Brena Costa de Oliveira
Suellen Aparecida Patricio Pereira
Roniel Alef de Oliveira Costa
Kledson Amaro de Moura Fé
Edilene Rocha de Sousa
Joana Maria da Silva Guimarães
Laércio Bruno Ferreira Martins
Daccione Ramos da Conceição
Maylla Salete Rocha Santos Chaves
Fabriza Maria da Conceição Lopes
David Reis Moura

DOI 10.22533/at.ed.46419200812

CAPÍTULO 13 107

VIVÊNCIAS E NECESSIDADES DOS CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

Danilo Ferreira Santos
José Lucas Fagundes de Souza
Aparecida Samanta Lima Gonçalves
Valdira Vieira de Oliveira
Júlia de Oliveira e Silva
Gabriel Silvestre Minucci
Luís Paulo Souza e Souza
Rosana Franciele Botelho Ruas

DOI 10.22533/at.ed.46419200813

CAPÍTULO 14 121

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DA ORTOTANÁSIA

Ana Dagnaria Rocha
Claudiane Aparecida Guimarães

DOI 10.22533/at.ed.46419200814

CAPÍTULO 15 133

ESTUDO SOBRE OS FATORES ASSOCIADOS AO LOCAL DE ÓBITO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS, ENTRE 2007-2016, NA CIDADE DE BELO HORIZONTE

Izabela Fuentes
Marcelle Ferreira Saldanha
Thais Therezinha Duarte Marques
Eliene Antonieta Diniz e Asevedo
Jéssica da Silva Andrade Medeiros
Samuel Ribeiro Dias
Tassiano Vieira de Souza

DOI 10.22533/at.ed.46419200815

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 16 | 138 |
| CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE MÉDICOS DO IMIP SOBRE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: “CORTE TRANSVERSAL” | |
| <i>Nicolle Galiza Simões</i> | |
| <i>Ana Karla Almeida de Macedo</i> | |
| <i>Bruna Priscila Dornelas da Silva</i> | |
| <i>Flávia Augusta de Orange</i> | |
| <i>Mirella Rebello Bezerra</i> | |
| <i>Jurema Telles de Oliveira Lima</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.46419200816 | |
| CAPÍTULO 17 | 153 |
| RELATO DE CASO: IMPLANTAÇÃO DO ENSINO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO | |
| <i>Andrea Augusta Castro</i> | |
| <i>Natan Iorio Marques</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.46419200817 | |
| CAPÍTULO 18 | 170 |
| PALLIATIVE CARE IN CONGENITAL SYNDROME OF THE ZIKA VIRUS ASSOCIATED WITH HOSPITALIZATION AND EMERGENCY CONSULTATION | |
| <i>Aline Maria de Oliveira Rocha</i> | |
| <i>Maria Julia Gonçalves de Mello</i> | |
| <i>Juliane Roberta Dias Torres</i> | |
| <i>Natalia de Oliveira Valença</i> | |
| <i>Alessandra Costa de Azevedo Maia</i> | |
| <i>Nara Vasconcelos Cavalcanti</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.46419200818 | |
| CAPÍTULO 19 | 182 |
| SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL (<i>BURNOUT</i>) EM UM HOSPITAL DE CUIDADOS PALIATIVOS: O CUIDADO COMO FATOR DE RISCO | |
| <i>Manuela Samir Maciel Salman</i> | |
| <i>Diana Mohamed Salman</i> | |
| <i>Thiago Vinicius Monteleone Lira</i> | |
| DOI 10.22533/at.ed.46419200819 | |
| SOBRE A ORGANIZADORA | 194 |
| ÍNDICE REMISSIVO | 195 |

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE MÉDICOS DO IMIP SOBRE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: “CORTE TRANSVERSAL”

Nicolle Galiza Simões

Estudante do décimo primeiro período do curso de Medicina da FPS
Recife - Pernambuco

Ana Karla Almeida de Macedo

Estudante do décimo primeiro período do curso de Medicina da FPS
Recife - Pernambuco

Bruna Priscila Dornelas da Silva

Estudante do décimo primeiro período do curso de Medicina da FPS
Recife - Pernambuco

Flávia Augusta de Orange

Médica anestesista do IMIP e do Hospital das Clínicas da UFPE
Recife - Pernambuco

Mirella Rebello Bezerra

Médica geriatra do IMIP
Recife - Pernambuco

Jurema Telles de Oliveira Lima

Médica oncologista do IMIP e Coordenadora do Serviço de Oncologia do IMIP
Recife - Pernambuco

RESUMO: Objetivos: Avaliar os conhecimentos dos médicos do IMIP sobre diretivas antecipadas de vontade (DAV) em sua prática clínica, analisando suas atitudes pessoais e profissionais na utilização desses documentos. Métodos: Tratou-se de um estudo de corte transversal, em que 52 médicos clínicos do

IMIP (Oncologistas, Geriatras, Paliativistas e Clínicos Gerais) foram analisados sobre seus conhecimentos prévios, suas adesões e utilizações dessa ferramenta na vivência como clínicos. As variáveis do estudo foram: características demográficas; respostas tipo Likert sobre a perspectiva dos entrevistados sobre o planejamento de vida dos seus pacientes; casos criados para elucidar a postura profissional e pessoal em sua prática clínica. A análise estatística foi realizada pela orientadora e estatístico, e, calculou-se as medidas descritivas como percentagem e proporções para as variáveis categóricas, e as variáveis numéricas foram expressas como dados percentuais, apresentados em forma de tabelas. Resultados: A maioria (71,2%) dos entrevistados não realizou curso formal em DAV, sendo que 32 (61,6%) concordaram que as pessoas devem planejar sua saúde antecipadamente e a frequência de 60,7% a 83,9%, optaram por uma abordagem menos intervencionista em casos de terminalidade da vida. Conclusão: Os médicos analisados do IMIP não possuem, em sua maioria, uma formação a respeito de DAV, apesar de entenderem a importância dela no planejamento dos cuidados na terminalidade. **PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Paliativos, Diretivas Antecipadas, Terminalidade da vida.

IMIP MEDICAL KNOWLEDGE AND PRACTICES ABOUT PREVIOUS WILLING PRACTICES: “CROSS-SECTIONAL STUDY”

ABSTRACT: Objectives: To evaluate the knowledge of physicians of the IMIP about advance directives (VAD) in their clinical practice, analyzing their personal and professional attitudes in the use of these documents. Methods: It was a cross-sectional study in which 52 clinical physicians from IMIP (Oncologists, Geriatricians, Palliatives and General Clinicians) were analyzed about their prior knowledge, their accessions and uses of this tool in their experience as clinicians. The study variables were: demographic characteristics; Likert responses about the interviewees' perspective on the life planning of their patients; Cases created to elucidate professional and personal posture in their clinical practice. The statistical analysis was performed by the counselor and statistician, and the descriptive measures were calculated as percentage and proportions for the categorical variables, and the numerical variables were expressed as percentage data, presented in the form of tables. Results: The majority (71.2%) of the interviewees did not take a formal course in VAD, and 32 (61.6%) agreed that people should plan their health in advance and the frequency from 60.7% to 83.9%, opted By a less interventionist approach in cases of termination of life Conclusion: The physicians analyzed in the IMIP do not have, for the most part, a training regarding VAD, although they understand the importance of it in the planning of the care in the terminal. **KEYWORDS:** Hospice Care, Advance Directives, Palliative Care, Palliative Medicine.

1 | INTRODUÇÃO

O avanço da tecnologia, aliado ao aumento de medidas terapêuticas avançadas tem aumentado a sobrevivência de pacientes, principalmente de pacientes idosos e com doenças ameaçadoras da vida. O arsenal tecnológico atual dá aos profissionais de saúde e a sociedade em geral uma ideia equivocada de que se tem o potencial de curar condições irreversíveis e fatais¹. Todavia, nas últimas décadas muito se têm discutido sobre a qualidade de vida desses pacientes e, mais além, cresce uma necessidade em se estudar a qualidade de morte. Segundo o Índice de Qualidade de Morte de 2015, dos 80 países avaliados, o Brasil ficou na 42^a posição. Este índice (Death Quality Index)², trata-se de uma pesquisa da consultoria britânica Economist Intelligence Unit que classifica países em relação aos cuidados paliativos oferecidos à sua população segundo critérios como ambiente de saúde e acesso a cuidados paliativos, recursos humanos, formação de profissionais, qualidade de cuidado e engajamento da comunidade. Dessa forma, deixou-se apenas de pensar na cura e na qualidade de vida, mas principalmente como dar maior qualidade a morte do paciente. Uma pesquisa, encomendada pela Fundação Lien³, uma organização não governamental de Cingapura, aponta sugestões práticas que podem melhorar a qualidade da morte, como melhorar a disponibilização de medicamentos analgésicos, dar conforto e sobretudo evitar medidas consideradas fúteis na terminalidade. Nesta direção, se faz

cada vez mais necessária que a população realize um plano para si diante de uma situação de terminalidade ou doença que ameace a vida. Em geral, planejamos nossa saúde ou o fim da vida por meio da obtenção de planos de saúde e planos funerários, respectivamente. Todavia, poucos conhecem a existência de documentos legais que ajudam a conduzir os cuidados de saúde relativos ao fim da vida. No Brasil, esses documentos, chamados de diretivas antecipadas (DA), são impopulares e pouco aplicados, tanto pela desinformação por parte dos pacientes, quanto por parte dos profissionais de saúde⁴. Tal desconhecimento dificulta e até impossibilita que doentes com doenças crônicas e progressivas possam decidir sobre os cuidados futuros em si próprios^{5,6}. As diretivas antecipadas são documentos legais, que costumam incluir testamento vital e procuração médica. São importantes ferramentas para especificar quais, como e sob que condições o paciente deseja receber cuidados de saúde, por parte de profissionais de saúde, da família ou dos cuidadores, quando estiver em condições de incapacidade de expressar suas vontades ou tomar decisões. Além disso, o indivíduo pode nomear uma pessoa de confiança, geralmente um membro da família⁷, para substituí-lo em relação à tomada de decisões sobre os cuidados de saúde a serem instituídos ou interrompidos. Diante disto, este estudo propõe-se a avaliar o Conhecimento e Práticas dos Médicos do IMIP sobre Diretivas Antecipadas.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo corte transversal, descritivo, realizado no período entre agosto de 2016 a junho de 2017, para avaliar conhecimentos e atitudes de médicos do IMIP em relação a DA. Para fins da realização deste estudo, optou-se por uma amostra de conveniência não probabilística de todos dos médicos da oncologia, geriatria, cuidados paliativos e clínica médica do IMIP. Foram excluídos da pesquisa aqueles profissionais que estavam ausentes por motivo de troca de plantão, férias ou afastados do serviço por qualquer outro motivo durante o período de coleta. A pesquisadora (aluna de medicina) dirigiu-se aos médicos após aprovação e liberação pelo chefe do setor, em cada dia e turno de plantão, e foram incluídos no estudo após concordarem em participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O questionário aplicado continha perguntas sobre conhecimentos e atitudes em relação a DA, além de questões sobre as variáveis de caracterização sócio demográfica e profissionais. Com isso, as variáveis categóricas e discretas estudadas foram: características demográficas e profissionais, como idade, sexo, estado civil, presença de filhos, hábito de viajar, anos de formados, exercício e presença de espiritualidade, formação médica, setor onde trabalha no IMIP, atendimento de membros da família como paciente e acontecimento de perda familiar recente; sobre a obtenção de treinamento sobre DA e comunicação, e quais as modalidades escolhidas para a obtenção desse conhecimento; sobre a perspectiva profissional sobre a importância do planejamento do fim da vida de seu paciente em obter plano funerário e conduta frente a autonomia

do paciente, utilizando variáveis tipo Likert; e, sobre as escolhas das práticas clínicas, foi utilizado casos freqüentes no âmbito da terminalidade da vida para avaliação clínica do entrevistado, mensurando quais suas escolhas terapêuticas como o próprio paciente e como profissional responsável pelo paciente do caso. Para fins de melhor aproveitamento dos resultados estatísticos, foram reestruturadas as cinco variáveis tipo Likert sobre a perspectiva profissional de (1) concordo completamente, (2) concordo, (3) nem discordo, nem concordo, (4) discordo e (5) discordo completamente para três variáveis: (1) concordo, que incluiu as respostas concordantes (concordo completamente e concordo), (2) nem concordo, nem discordo e (3) discordo agrupando as respostas discordantes (discordo e discordo completamente). Sobre os casos hipotéticos criados, após a análise estatística, para garantir uma melhor discussão sobre os resultados, as alternativas foram redimensionadas em duas variáveis: medidas intervencionistas e medidas que promovam a qualidade da morte. Os casos possuíam alternativas de múltipla escolha e poderiam ser escolhidas mais de uma opção. Os dados foram coletados pela pesquisadora responsável através da aplicação de um protocolo estruturado e padronizado para cada profissional envolvido na pesquisa. O questionário foi criado pelos pesquisadores e orientadores, baseado no conhecimento prático de profissionais da área de Cuidados Paliativos e Oncologia, obtendo legitimação para fins de pesquisas sobre o assunto. Após a aplicação do questionário, foi disponibilizado um folder explicativo sobre DA, para impulsionar a busca pelo conhecimento sobre essa ferramenta pelos profissionais do IMIP envolvidos na pesquisa.

3 | RESULTADOS

Sobre os dados sócio-demográficos, dos 52 médicos entrevistados, os quais estão divididos em 35 (67,3%) especializados em clínica médica, 11 (21,2%) em oncologia clínica, 3 (5,8%) em geriatria e 2 (3,8%) em cuidados paliativos, evidenciando uma maioria de 27 (51,9%) no sexo feminino, com uma porcentagem de 78,8% com idade inferior a 40 anos, contanto, 26 (50%) eram casados, 22 (42,3%) solteiros e 4 (7,7%) divorciados, e, a maioria (67,3%) não possuía filhos, nem animal de estimação (69,2%). Quando analisado o setor de atuação no IMIP, 26 (50%) atuavam em clínica médica, 18 (34,7%) em oncologia, 5 (9,6%) em cuidados paliativos e 2 (3,8%) em geriatria, sendo que o tempo de formação variou entre 1 e 36 anos de formação, com mediana de 7 anos e média de 9,6 anos, como pode ser observado na Tabela 01. Alguns dados demográficos relacionados ao exercício e presença da espiritualidade dos entrevistados, bem como a prática médica com parentes, pode ser visto na Tabela 2. A maioria dos entrevistados, 37 (71,2%), nunca participou de curso formal sobre diretivas antecipadas de vontade (DAV), tendo apenas 15 (28,8%) deles participado. Dentre eles, a maioria obteve treinamento sobre DAV no IMIP ou outros

locais (73,3%), em congressos, jornadas e/ou programas de pós-graduação (26,7%), por meio de livros ou na graduação, sendo que apenas 16 (30,8%) afirmaram ter realizado em prontuário, 13 (25%) de forma verbal, 4 (7,7%) por meio de documento legal e 1 (1,9%) de outra forma. Em relação ao treinamento em comunicação, 24 (46,2%) afirmaram tê-lo realizado, incluindo comunicação de más notícias, seja no IMIP (62,5%), durante a pós-graduação (29,2%), na graduação (20,8%) e ou por meio de livros, congressos e jornadas, como pode ser visto na Tabela 3. Na avaliação da perspectiva profissional, quanto às atitudes, 61,6% concordaram que as pessoas devem planejar sua saúde por meio da obtenção de planos de saúde. 55,8% mantiveram posição neutra sobre planejar o fim da vida por meio da obtenção de planos funerários ou compra de jazigos. Houve 48,1% de concordância no geral quanto a acreditar que doentes podem ficar assustados se comunicarem o que pode acontecer no futuro diante de uma doença grave, porém 42,3% discordaram sobre preocupar seu paciente, e, ratificando a importância do desejo do paciente a maioria (71,1%) discordou que sua conduta/decisão médica não deve mudar diante de um desejo contrário do doente. A maior parte dos participantes concordou (80,7%) ser papel dos familiares conhecer os desejos do doente, como explícito na Tabela 4. De modo geral, a avaliação da opinião sobre as possíveis diretivas antecipadas em caso de adoecimento, colocando o profissional diante situações clínicas hipotéticas com comprometimento funcional importante, primeiramente questionou-se qual(is) medida(s) de suporte apresentadas o indivíduo gostaria que fossem realizadas na perspectiva pessoal. Em todas as situações propostas, os participantes optaram por medidas menos intervencionistas, com frequências de 60,7%, 83,5%, 81,9%, 79,2%, para os casos 1, 2, 3 e 4, respectivamente, evidenciando uma decisão que preserve a qualidade da morte, como, por exemplo, não ser internado em UTI e ficar junto com a família, o que pode ser visto na Tabela 5. De igual modo, quanto à perspectiva profissional dos participantes, quando se analisaram as medidas que eles tomariam se os pacientes dos casos hipotéticos estivessem sob seus cuidados como clínicos, registrou-se que nos casos 1, 2, 3 e 4 os médicos optariam por 63,8%, 69,9%, 77,7%, 70,7%, respectivamente, das alternativas as quais seus pacientes vivenciariam uma qualidade da morte em detrimento de medidas terapêuticas que tentariam promover uma suposta melhora do quadro, como evidenciado na Tabela 6.

4 | DISCUSSÃO

O crescente reconhecimento da autonomia dos pacientes nos processos de tomada de decisão sobre questões envolvidas em seus tratamentos de saúde é uma das marcas do final do século 20, que trouxe consigo mudanças que vem se consolidando até os dias de hoje e repercussões diretas nas relações entre médico e paciente. Inúmeras manifestações neste sentido podem ser identificadas, como, por

exemplo, a modificação do Código de Ética Médica e a aprovação da Resolução do Conselho Federal de Medicina sobre Diretivas Antecipadas de Vontade⁴. No entanto, pouco se é falado sobre o assunto e a literatura carece de informações sobre esses documentos. Foi verificado que 71,2% dos participantes não realizaram nenhum curso formal sobre Diretivas Antecipadas, o que reforça o despreparo que há sobre o assunto e abordagem do mesmo tanto durante a formação médica, quanto após. A maioria dos médicos concordam que é importante o paciente ter um plano de cuidado em caso de um possível problema de saúde que impossibilite que ele decida no momento da doença. O respeito à autonomia do paciente também foi levado em consideração pela maioria deles, bem como a importância do conhecimento da família sobre os desejos do doente. Apesar da carência de informações sobre o tema ser evidente, é clara a preocupação com o bem-estar e qualidade de vida do paciente, principalmente ao observarmos sua perspectiva pessoal. Assim, quando colocados na posição de paciente, a maioria dos entrevistados optou por alternativas que agregam valor a qualidade de vida. Já na perspectiva profissional, sobre a melhor conduta para os casos propostos, houve maior adesão à uma abordagem mais intervencionista, porém prevaleceram opiniões que prezam pela qualidade de vida do doente. Mesmo que os médicos entrevistados compreendam que tomar decisões considerando o que é melhor para o paciente quando este não consegue comunicar seus desejos é importante, esta é uma tarefa diária difícil⁸, e no que diz respeito a aplicação de um documento, como a DA, isto ainda parece ser um futuro distante, visto que são utilizados raramente como documentos formais. Não há no Brasil legislação específica sobre o tema, ou seja, não obstante o novo Código de Ética Médica ter sido um grande avanço ao reconhecimento da importância da vontade do paciente para a suspensão de tratamentos fúteis, não foi suficiente para introduzir a utilização do Testamento Vital na prática da relação médico-paciente⁹. O projeto de Lei 5559/16, que “dispõe sobre os direitos dos pacientes e dá outras providências” que teve aprovação do parecer com complementação do voto em agosto de 2017, menciona em seu Capítulo II, Art. 20 o direito do paciente de ter suas diretivas antecipadas de vontade respeitadas pela família e pelos profissionais de saúde¹⁰. No entanto, sabe-se que uma legislação específica é imprescindível para a efetivação e disseminação desses documentos no país, a fim de regulamentar questões afetas ao discernimento do outorgante, a uma exemplificação de cuidados e tratamentos que podem ou não ser recusados, aos critérios para aceitação e recusa dos mesmos, à extensão da participação do médico da feitura das diretivas¹¹, o conteúdo das DAV juridicamente válidas no Direito brasileiro, a existência (ou não) de prazo de eficácia, quem pode ser nomeado procurador para cuidados de saúde, bem como os aspectos formais de registro¹². No presente estudo, observou-se que uma porcentagem pouco expressiva (30,8%) dos entrevistados afirmou registrar em prontuário a vontade do doente, mas apenas 4 deles informaram tê-la feito no formato de um documento formal. O desconhecimento do tema tem provocado baixa frequência de registro das

DAV, que poderá acarretar a posterior diminuição no uso do documento. A aplicação das DA pode ser benéfica, pois, constitui um meio de garantir autonomia, empoderamento, segurança e dignidade aos pacientes. Contudo, para que a DA realmente seja uma ferramenta para melhoria do cuidado é necessário uma maior conscientização dos profissionais de saúde e dos doentes^{13,14}. O tema merece ampla discussão e alguns pontos precisam ser esclarecidos e uniformizados. É preciso criar um protocolo de registro para as DAV, alicerçados nas especificidades destas e, para tanto, é imprescindível que o tema seja estudado e entendido em profundidade. Vale ressaltar que a inexistência de norma específica acerca das DAV em nosso país não pode gerar o entendimento de que este documento seja inválido, visto que se alicerça em princípios constitucionais no ordenamento jurídico brasileiro. Os princípios constitucionais da Dignidade da Pessoa Humana (art. 1º, III) e da Autonomia (princípio implícito no art. 5º), bem como a proibição de tratamento desumano (art. 5º, III) são arcabouços suficientes para validar este documento no âmbito do direito brasileiro. O CFM, como órgão de classe, não tem competência para determinar que as diretivas antecipadas de vontade sejam, obrigatoriamente, registradas em cartório. Contudo, essa formalidade se faz imperiosa para garantir ao declarante que sua vontade será prevalecida. Já sobre o reconhecimento da importância do empoderamento da autonomia do paciente, portanto, o estudo evidenciou que a maioria dos médicos (71,1%) discordaram que sua conduta/decisão médica não deve mudar diante de um desejo contrário do doente, ou seja, concordam que a opinião do paciente sobre as condutas a serem tomadas em sua terminalidade, deve ser privilegiada em detrimento da opinião particular do profissional envolvido em seus cuidados. Essa análise, corrobora o pressuposto de que, apesar da maioria não aderir formalmente as DAV, assimilaram a percepção da prioridade da qualidade da morte de seus pacientes contrabalanceando com medidas terapêuticas, muitas vezes ineficazes. A Resolução 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina formulou os critérios para que qualquer pessoa – desde que maior de idade e plenamente consciente – possa definir junto ao seu médico quais as diretrizes terapêuticas na fase final de sua vida. Apesar de sua importância, o documento não é obrigatório e poderá ser construído em qualquer momento da vida e da mesma maneira modificado ou revogado a qualquer período¹⁵. Com isso, é positivo reconhecer a prevalência na escolha dos profissionais estudados por medidas que promovam a qualidade da morte ao invés de medidas intervencionistas, como uma conquista na humanização do morrer, questão básica subjacente ao DAV, já que, a percepção da finitude pelo paciente é o fio condutor que permeia a relevância do planejamento da morte, o que envolve desde planos de saúde, até enfim, a elaboração da sua DAV, conseguindo encarar o processo de morte e do morrer de forma construtiva¹⁶. Além disso, a todo ser humano cabe o direito de participar no processo de deliberação de decisões que afetam sua vida, visto que o paciente é dotado de dignidade e deve ser respeitado e reconhecido como agente moral¹⁷, inclusive, quando este enfrenta fase terminal de vida, ao qual necessita de uma

atenção voltada às suas expectativas e valores para lograr seu bem-estar, mesmo em quadro terminal. O resultado da pesquisa evidencia esse cuidado com paciente em sua terminalidade de vida, mas que ainda assim, houve baixa utilização das DAV como instrumento de autodeterminação do paciente, no intuito de nortear as decisões médica, deixando claros quais valores fundam a vida do seu paciente e quais são os seus desejos¹⁸. Diante da escassez de informações sobre o tema, este estudo reitera a necessidade de aprofundar as discussões sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade pelos médicos, além de considerar a popularização no meio médico e a relevância de sua institucionalização. O tema merece ser elucidado durante a formação médica, permitindo que o profissional médico seja capaz de aplicá-lo na prática clínica, assim como informar e aconselhar os pacientes sobre suas possibilidades em virtude do que foi exposto, esclarecendo suas dúvidas. Com limitações metodológicas, a pesquisa alcançou um reduzido número espontâneo de adeptos a entrevista, e apesar do questionário ser anteriormente legitimado por profissionais de Cuidados Paliativos e Oncologia, a validação efetiva não foi realizada para a isenção de resquícios de vieses em sua estrutura. Como fator crítico ao prosseguimento da pesquisa, seria necessário uma mobilização de todos os setores envolvidos em uma campanha eficaz progressiva à busca pelo conhecimento sobre Diretivas Antecipadas de Vontade, para que, o conhecimento da importância do empoderamento dos pacientes, aliado à necessidade da preservação dessa autonomia, possam lograr uma humanização da morte e do morrer.

5 | CONCLUSÃO

Portanto, durante seu período de formação, os médicos entrevistados não possuíram uma instrução quanto ao uso e funcionalidade das diretivas antecipadas, motivo que, aliado ao recente desenvolvimento do tema aqui no Brasil, são responsáveis por um baixo índice de adesão desses documentos. Com isso, a escassez de conhecimento adequado sobre objetivos e usos da DAV, proporciona um nível de atitudes aquém do desejado para profissionais que necessitam integrar em um processo que propicie um diálogo aberto entre os familiares e o paciente, capaz de construir as reais necessidades, crenças, valores, metas de cuidado e preferências daquele que vivencia os últimos momentos sobre os cuidados clínicos. Reiterando, contudo, que a atenção com a qualidade da morte já possui seu espaço estabelecido nas escolhas das condutas clínicas frente a casos cuidados terminais. Pois, a análise evidencia a que maior fração dos envolvidos na pesquisa, intensificam as intervenções que garantem o conforto e pessoalidade frente a morte dos pacientes com baixa perspectiva de melhora. As preferências por condutas que alcancem bem-estar em casos de finalidade da vida, portanto, é o maior indício que os médicos envolvidos alcançaram o nível primordial para o real e eficaz cuidado dos pacientes

que buscam serenidade e humanização no planejamento do processo eminente de morte.

REFERÊNCIAS

Geoffrey H, Nathan I, Nicholas C, Marie F. **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. 4ed; 2010.

Economist Intelligence Unit . **The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world**, 5ed; 2015.[Acesso em 13 de março de 2016] Disponível em <https://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>.

Margaret L, Lee H, Gerard E, Tommie L, Laurence L. Lien, Foundation. **Life Before Death – The Documentary**. 2008/2009.[Acesso em 20 de setembro de 2016] Disponível em <http://lifebeforedeath.com/>.

Alves C A, Fernandes M S, Goldim J R. **Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente**. [Acesso em 10 de agosto de 2016] Disponível em <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/33981>.

Black SB, Fogarty LA, Phillips H, Finucane T, Loreck DJ, Alva B, Baker A, Blass D and Rabins PV. **Surrogate Decision-makers' Understanding of Dementia Patients' Prior Wishes for End-of-Life Care**. 2009 [Acesso em 30 de julho de 2017] Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19269928>.

Triplett P, Black SB, Phillips H, Sarah RF, Fahrendorf SR, Schwartz J, Anderson D, Rabins PV. **Content of Advance Directives for Individuals with Advanced Dementia**. 2003.[Acesso em 23 de março de 2017] Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18625761>

Geoffrey Hanks, Nathan I. Cherny, Nicholas A. Christakis, Marie Fallon, Stein Kaasa, and Russell K. Portenoy. **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. 4ª edição 2010. 8. Schiff R, Sacares P, Snook J, Rajkumar C, Bulpitt CJ. Living wills and the mental capacity act: a postal questionnaire survey of UK geriatricians. *Age Ageing*. 2006;35(2):116-21 [Acesso em 28 de abril de 2017] Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16414962>.

Dadalto L. **Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal)**. *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 28, mayo 2013, p. 61-71.[Acesso em 30 de junho de 2017] Disponível em <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n28/articulo5.pdf>.

Schiff R, Sacares P, Snook J, Rajkumar C, Bulpitt CJ. **Living wills and the mental capacity act: a postal questionnaire survey of UK geriatricians**. *Age Ageing*. 2006;35(2):116-21. [acesso em 02 de julho de 2017] Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/afj035>

Daldato L. **Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal)**. *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 28, mayo 2013, p. 61-71. [acesso em 10 de julho de 2017] Disponível em: http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/rbyd28_art-dadalto.pdf

Pepe V. **Projeto de Lei nº 5.559**, 2016

Daldato L. **Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12**. *Rev bioét (Impr.)* 2013 [acesso em 02 de julho de 2017] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a12v21n1>

Daldato L. **Aspectos registraes das diretivas antecipadas de vontade**. 2013 [acesso em 15 de junho de 2017] Disponível em: <http://civilistica.com/wpcontent/uploads/2015/02/Dadalto-civilistica.com->

Nunes MI, Anjos MF. **Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites.** **Revist Bioética**, 2014. [acesso em 22 de julho de 2017] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200006

Kovács MJ. **Bioética nas questões da vida e da morte.** [Internet]. *Psicol USP*. 2003;14(2):115-7. [acesso 13 dezembro de 2016] Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt 17. Gracia D. *Pensar a bioética: metas e desafios.* São Paulo: Loyola; 2012. 18. Daldato L; Tupinambás U; Greco DB. *Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro*, *Rev. bioét.* (Impr.). 2013; 21 (3): 463-76. [acesso em 10 de junho de 2016] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300011

Gracia D. **Pensar a bioética: metas e desafios.** São Paulo: Loyola; 2012.

Daldato L; Tupinambás U; Greco DB. **Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro**, **Rev. bioét.** (Impr.). 2013; 21 (3): 463-76. [acesso em 10 de junho de 2016] Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300011

ANEXOS

TABELAS

Tabela 1 – Dados Sócio-Demográficos

| Variáveis | n | % |
|-----------------------------|----|------|
| Idade | | |
| < 30 | 22 | 42,3 |
| 30 - 40 | 19 | 36,5 |
| ≥ 40 | 8 | 15,4 |
| Não informado | 3 | 5,8 |
| Sexo | | |
| Feminino | 27 | 51,9 |
| Masculino | 25 | 48,1 |
| Estado civil | | |
| Casado | 26 | 50 |
| Solteiro | 22 | 42,3 |
| Divorciado | 4 | 7,7 |
| Filhos | | |
| Sim | 17 | 32,7 |
| Não | 35 | 67,3 |
| Animais de Estimação | | |
| Sim | 16 | 30,8 |
| Não | 36 | 69,2 |
| Especialidade | | |
| Clínica Médica | 35 | 67,3 |
| Oncologia | 11 | 21,2 |
| Geriatria | 3 | 5,8 |
| Medicina Paliativa | 2 | 3,8 |
| Não informado | 1 | 1,9 |
| Setor | | |
| Clínica Médica | 26 | 50,0 |
| Oncologia | 18 | 34,7 |
| Geriatria | 2 | 3,8 |
| Cuidados Paliativos | 5 | 9,6 |
| Não informado | 1 | 1,9 |
| Anos de Formado | | |
| <7 | 25 | 48 |
| 7 - 10 | 7 | 13,4 |
| ≥10 | 17 | 32,7 |

*n referente à quantidade de participantes.

Tabela 2 – Dados Pessoais

| Variáveis | n | % |
|---------------------------------|----------|----------|
| Religião | | |
| Sim | 44 | 84,6 |
| Não | 8 | 15,4 |
| Pratica Religião | | |
| Sim | 31 | 59,6 |
| Não | 20 | 38,5 |
| Não informado | 1 | 1,9 |
| Espiritual | | |
| Sim | 16 | 30,8 |
| Não | 6 | 11,5 |
| Não informado | 30 | 57,7 |
| Exerce espiritualidade | | |
| Sim | 30 | 57,7 |
| Não | 11 | 21,2 |
| Não informado | 11 | 21,2 |
| Morte Familiar recente | | |
| Sim | 22 | 42,3 |
| Não | 29 | 55,8 |
| Não informado | 1 | 1,9 |
| Possui Paciente Familiar | | |
| Sim | 24 | 46,2 |
| Não | 28 | 53,8 |
| Costuma Viajar? | | |
| Sim | 52 | 100 |
| Não | 0 | 0 |

*n referente à quantidade de participantes.

Tabela 3 – Dados sobre treinamento e prática sobre DA

| Variáveis | n | % |
|---|----------|----------|
| Realização de Curso Formal em DA | | |
| Sim | 15 | 28,8 |
| Não | 37 | 71,2 |
| Onde ocorreu treinamento | | |
| Graduação técnica | 0 | 0,0 |
| Graduação nível superior | 1 | 6,7 |
| Pós-graduação | 4 | 26,7 |
| Congresso/jornadas | 4 | 26,7 |
| IMIP | 11 | 73,3 |
| Outro Local | 11 | 73,3 |
| Livros | 5 | 33,3 |
| Outros | 0 | 0,0 |
| Modalidade de DA | | |
| DA verbal | 13 | 25,0 |
| DA prontuário | 16 | 30,8 |
| DA documento legal | 4 | 7,7 |
| Treinamento em comunicação | | |
| Sim | 24 | 46,2 |
| Não | 28 | 53,8 |
| Onde ocorreu treinamento | | |
| Graduação técnica | 0 | 0,0 |
| Graduação nível superior | 5 | 20,8 |
| Pós-graduação | 7 | 29,2 |
| Congresso/jornadas | 1 | 4,2 |
| IMIP | 15 | 62,5 |
| Outro Local | 3 | 12,5 |
| Livros | 5 | 20,8 |
| Outros | 2 | 8,3 |
| O treinamento incluiu comunicação de más notícias? | | |
| Sim | 24 | 100,0 |
| Não | 0 | 0,0 |

*n referente à quantidade de participantes.

Tabela 4 – Perspectiva Profissional

| Variáveis | n | % |
|-----------------------------|----|------|
| Obter Plano | | |
| Concordo completamente | 32 | 61,6 |
| Nem concordo, nem discordo | 10 | 19,2 |
| Discordo | 10 | 19,2 |
| Obter Jazigo | | |
| Concordo | 14 | 26,9 |
| Nem concordo, nem discordo | 29 | 55,8 |
| Discordo | 9 | 17,3 |
| Preocupar Paciente | | |
| Concordo | 25 | 48 |
| Nem concordo, nem discordo | 5 | 9,6 |
| Discordo | 22 | 42,3 |
| Negar autonomia | | |
| Concordo | 10 | 19,6 |
| Nem concordo, nem discordo | 5 | 9,6 |
| Discordo | 37 | 71,1 |
| Conhecimento Família | | |
| Concordo | 42 | 80,7 |
| Nem concordo, nem discordo | 6 | 11,5 |
| Discordo | 4 | 7,7 |

*n referente à quantidade de alternativas respondidas pelos participantes.

Tabela 5 – Perspectiva Pessoal

| Variáveis | n * | % |
|----------------------------------|-----|------|
| Caso 1 | | |
| Medidas Intervencionistas | 51 | 39,2 |
| Medidas sobre Qualidade da Morte | 79 | 60,7 |
| Caso 2 | | |
| Medidas Intervencionistas | 37 | 16,5 |
| Medidas sobre Qualidade da Morte | 187 | 83,5 |
| Caso 3 | | |
| Medidas Intervencionistas | 49 | 18,1 |
| Medidas sobre Qualidade da Morte | 222 | 81,9 |
| Caso 4 | | |
| Medidas Intervencionistas | 50 | 20,8 |
| Medidas sobre Qualidade da Morte | 190 | 79,2 |

*n referente à quantidade de alternativas respondidas pelos participantes.

Tabela 6 – Perspectiva Profissional

| Variáveis | n * | % |
|----------------------------------|------------|----------|
| Caso 1 | | |
| Medidas Intervencionistas | 50 | 36,2 |
| Medidas sobre Qualidade da Morte | 88 | 63,8 |
| Caso 2 | | |
| Medidas Intervencionistas | 66 | 30,1 |
| Medidas sobre Qualidade da Morte | 153 | 69,9 |
| Caso 3 | | |
| Medidas Intervencionistas | 56 | 22,3 |
| Medidas sobre Qualidade da Morte | 195 | 77,7 |
| Caso 4 | | |
| Medidas Intervencionistas | 78 | 29,3 |
| Medidas sobre Qualidade da Morte | 188 | 70,7 |

*n referente à quantidade de alternativas respondidas pelos participantes.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 29, 74, 78, 85, 117

Assistência à saúde 1, 4, 14, 16, 160, 165

Assistência integral à saúde 3, 108

B

Burnout 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193

C

Câncer 23, 24, 29, 31, 33, 35, 36, 39, 40, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 50, 55, 56, 57, 58, 73, 74, 99, 100, 101, 104, 105, 122, 131, 134, 135, 136, 137, 156

Conhecimento 5, 2, 5, 6, 12, 28, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 77, 84, 86, 88, 90, 93, 114, 115, 116, 121, 122, 126, 131, 140, 141, 143, 145, 156, 157, 158, 160

Criança 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 38, 41, 42, 43, 50

Cuidadores 15, 17, 31, 34, 35, 36, 38, 39, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 93, 98, 102, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 140, 158, 190

Cuidados de enfermagem 3, 21, 22

Cuidados paliativos 5, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 52, 59, 61, 65, 67, 69, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 130, 131, 134, 137, 139, 140, 141, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 192, 193

D

Doença de Alzheimer 107, 108, 109, 111, 115, 117, 118, 119, 120

Doenças crônicas 16, 59, 61, 86, 94, 98, 99, 140, 154, 155, 185, 190

E

Enfermeiros 5, 11, 23, 26, 29, 30, 52, 65, 66, 68, 69, 70, 84, 96, 99, 101, 114, 121, 125, 129, 131, 192

Esgotamento profissional 54, 182, 183, 184, 185, 188, 189

F

Fisioterapia 97, 106, 124

L

Luto 17, 23, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 67, 73, 74, 79, 84, 86, 162, 182, 184

M

Médicos 6, 19, 36, 38, 52, 58, 65, 66, 68, 69, 70, 76, 80, 91, 92, 95, 99, 101, 121, 125, 127, 128, 132, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 156, 158, 159, 161, 183, 188, 189, 192

Morte 16, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 44, 46, 52, 53, 67, 68, 70, 72, 73, 75, 79, 83, 84, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 103, 104, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 139, 141, 142, 144, 145, 146, 147, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 182, 183, 184, 189, 191
Morte digna 16, 23, 26, 30, 89, 90, 92

O

Ortotanásia 22, 23, 29, 70, 83, 95, 96, 121, 123, 124, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 155, 158

P

Paciente crítico 98, 100

Pessoal da saúde 121

Planejamento 1, 2, 8, 10, 11, 16, 101, 118, 138, 140, 144, 146, 160, 161

Q

Qualidade da assistência à saúde 1, 2, 4

Qualidade de vida 5, 13, 14, 21, 22, 42, 44, 45, 60, 67, 70, 78, 79, 83, 84, 86, 88, 90, 94, 97, 99, 104, 114, 116, 117, 118, 119, 127, 128, 130, 133, 134, 137, 139, 143, 154, 155, 156, 184

T

Tecnologia 2, 3, 12, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 56, 84, 85, 88, 90, 139

U

UTI 26, 35, 56, 88, 90, 91, 93, 94, 95, 98, 100, 101, 102, 104, 126, 127, 142, 192

V

Visita domiciliar 59, 62

Z

Zika virus 9, 170, 171, 172, 174, 179, 180, 181

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-546-4

