

Diretiva antecipada de vontade: percepção de uma equipe de enfermagem da hemato-oncologia

Anticipated policy will: perception of nursing staff of blood-oncology

Directiva anticipadas de voluntad: percepción del un equipo de enfermería de hemato-oncología

Paulo Barrozo CASSOL¹, QUINTANA Alberto Manuel², Maria Teresa Aquino de Campos VELHO³,

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem frente a implementação das diretivas antecipadas de vontade. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva que foi realizada com vinte e três profissionais da equipe de enfermagem (auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros) de um Hospital de Ensino no sul do Brasil. Para a produção dos dados foi utilizada a entrevista semidirigida, gravada no período de setembro e outubro de 2013. As entrevistas foram transcritas e analisadas pela análise de conteúdo. **Resultados:** evidenciaram que as diretivas antecipadas seriam algo novo para os profissionais, dentro do contexto do cuidado. **Considerações Finais:** foram constatadas repercussões importantes que vão da desconsideração do seu uso à conclusão de que o médico e os familiares ainda permanecem com poder decisório sobre o destino do paciente terminal.

Descritores: Enfermagem; Doente terminal; Oncologia; Autonomia pessoal.

ABSTRACT

Objective: to know the perception of nursing professionals on the implementation of advance directives. **Methods:** it is a descriptive exploratory and qualitative research, which was conducted with twenty-three professionals from nursing staff (nursing assistant, practical nurses and nurses) from a teaching hospital in Southern Brazil. Semi-directed interview was used to the production of the data, which was recorded from September to October 2013. The interviews were transcribed and analyzed by content analysis. **Results:** anticipated policies would be something new for professionals, within the context of caution. **Final Considerations:** substantial effects were identified ranging from disregard of its use to the conclusion that the doctor and family members still remain with decision-making power over the fate of the terminal patient.

Descriptors: Nursing; Terminally ill; Medical oncology; Personal autonomy.

RESUMEN

Objetivo: conocer la percepción de los profesionales de enfermería frente a la implementación de las directivas anticipadas de voluntad. **Métodos:** se trata de una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva que fue realizada con veintitrés profesionales del equipo de enfermería

1 Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Comitê de Bioética do Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-Mail: cassolpp@gmail.com

2 Psicólogo, Doutor em Ciências Sociais, Postdoc em Bioética. Professor Titular do Departamento de Psicologia da UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-Mail: albertom.quintana@gmail.com

3 Médica, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Medicina da UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-Mail: mtcamposvelho@gmail.com

(auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem y enfermeros) de un hospital escuela del sur del Brasil. Para la producción de los datos se utilizó la entrevista semi-dirigida, grabada en el período de septiembre a octubre de 2013. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas a través del análisis de contenido. Resultados: las directivas anticipadas, dentro del contexto del cuidado, serian algo nuevo para los profesionales. Consideraciones Finales: fueron constatadas repercusiones importantes que van de la desconsideración de su uso a la conclusión de que el médico y los familiares todavía mantienen el poder decisorio sobre el destino del paciente terminal.

Descriptores: Enfermería; Enfermo terminal; Oncología médica; Autonomía personal.

INTRODUÇÃO

O homem atual desaprendeu a conviver com a morte, quando comparado com a Idade Média. A partir do Século XX, a morte se tornou um fenômeno técnico, transferindo-se para o hospital, a sociedade produziu uma fantasia de onipotência sobre ela, em decorrência das alterações sociais e tecnológicas, do aumento das expectativas de vida dos pacientes e dos profissionais da saúde e da possibilidade de intervir e modificar o corpo, até mesmo determinando a hora da morte.¹

A palavra morte causa espanto para os profissionais da enfermagem, médicos, fisioterapeutas e psicólogos, pois a sua formação é direcionada para a promoção, recuperação e preservação da vida.¹ O morrer pode gerar nos profissionais de enfermagem sentimentos de dor, medo e insucesso, isto ocorre devido a sua formação acadêmica que é direcionada ao tratamento e a recuperação da saúde.²

O enfermeiro assistencial em oncologia possui uma relação de proximidade com situações de dor, morte, esperança, desesperança, entre outras. Além dos cuidados físicos, é de relevância sua atenção frente à subjetividade do paciente e familiar, incluindo também os outros profissionais da saúde, de forma que sejam possibilitadas formas de

intervenções com a finalidade de melhorar esse espaço de trabalho.³ Quanto aos cuidados ao paciente sem possibilidade de cura, o enfermeiro atua em práticas assistências e gerenciais, o que envolve articulações com o paciente e seus familiares e também com a equipe multiprofissional de saúde.⁴

Em relação às ações terapêuticas em casos em que não há possibilidade de cura, o Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução 1.995/2012, diz que o cidadão maior de idade e plenamente capaz e consciente tem o direito de estabelecer os limites terapêuticos em caso da terminalidade da sua vida. Sua vontade deverá estar registrada em um documento, denominado de “diretiva antecipada de vontade”. Este documento também é chamado de testamento vital. Em casos de doenças terminais como câncer, demências, insuficiência cardíaca, entre outras, sem possibilidades terapêuticas de reversão do quadro, a pessoa pode auxiliar na escolha ou recusar tratamentos propostos. Entretanto, os cuidados de conforto continuarão até o momento da morte.⁵

Por meio da diretiva antecipada de vontade, os profissionais de saúde e os familiares ficam informados sobre as escolhas da pessoa doente em relação

às formas de tratamento às quais deseja ou não ser submetido.⁶ Neste aspecto, os direitos dos pacientes sendo discutidos e informados rompem, *a priori*, com o absolutismo da decisão médica clássica apontando para uma relação médico-paciente mais deliberativa. Passa-se, desse modo, para a tese liberal baseada nos direitos humanos e com relações interpessoais mais equânimes e equilibradas.⁷ Onde o indivíduo autônomo, mesmo limitado pela doença, percebe-se como sujeito decisório no processo terapêutico.⁸

Diante da importância da autonomia do sujeito em seu processo de terminalidade, justifica-se essa pesquisa. Sendo assim, este estudo teve por objetivo: conhecer a percepção de uma equipe de enfermagem em uma unidade de internação hemato-oncológica frente à implementação das diretivas antecipadas de vontade.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória e descritiva, pois o fenômeno estudado é complexo e de natureza social, envolvendo o entendimento do contexto social e cultural das pessoas. A abordagem qualitativa busca estudar em seu *setting* natural as pessoas, o seu comportamento, pois o seu interesse está nos significados que os indivíduos ou grupos atribuem ou descrevem em relação a determinados fenômenos ou objeto.⁹

Este estudo é um (recorte) da Dissertação de Mestrado denominada: “Autonomia do paciente terminal: percepção da enfermagem de uma

unidade de internação hemato-oncológica”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), apresentado em 2014.¹⁰ O cenário do estudo foi em uma unidade de internação de pessoas oncológicas de um hospital de ensino da região sul do país, que atende pacientes do sexo masculino e feminino, maiores de dezoito anos. A equipe de enfermagem deste serviço é composta por 29 profissionais.

Os critérios de inclusão foram: ser da equipe de enfermagem e estar lotado na unidade de estudo. Foram excluídos do estudo: os profissionais de enfermagem que estavam em licença de saúde ou em férias no período da coleta de dados, bem como aqueles enfermeiros integrantes da Residência Multiprofissional Integrada de Saúde. Assim, constituíram-se participantes da pesquisa 23 profissionais da enfermagem, sendo oito auxiliares de enfermagem, nove técnicos de enfermagem e seis enfermeiros (três indivíduos do sexo masculino e vinte do sexo feminino).

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos com o Parecer N° 18902613.3.0000.5346, iniciou-se a coleta de dados. Os profissionais de enfermagem foram convidados a participar da entrevista e, após o aceite, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias uma permaneceu com o participante e outra com o pesquisador responsável pelo estudo, daqueles que concordavam em colaborar voluntariamente. Este informava sobre os procedimentos da pesquisa, tais

como a entrevista, os benefícios, os riscos, a autonomia. Em todo o processo de pesquisa foram observados os pressupostos éticos da Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.¹¹ Foi adotado um sistema de códigos para identificar os participantes, sendo empregada a letra “E”, seguida de um número (E1, E2, E3...) para os Enfermeiros; a letra “T”, seguida de um número (T1, T2, T3...) para os Técnicos de Enfermagem e a letra “A”, seguida de um número (A1, A2, A3...) para os Auxiliares de Enfermagem.

Utilizou-se para a coleta de dados a entrevista semidirigida⁹, que foi realizada no período de setembro e outubro de 2013. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos participantes do estudo com duração em média de 30 minutos. Para tanto, iniciou-se com a seguinte questão: qual a sua percepção sobre a autonomia do paciente terminal? O entrevistador fez uso dos seguintes eixos norteadores para o desenvolvimento das entrevistas: terminalidade, paciente terminal, medidas de suporte vital, comunicação do diagnóstico, testamento vital, autonomia, situação de paciente terminal com dor. Foi utilizado um gravador digital, mas, caso o participante desejasse, o gravador não seria utilizado.

As respostas foram abertas, permitido que o participante falasse livremente, sem delimitações de respostas preestabelecidas pelo entrevistador. O número total dos participantes foi definido pela saturação, ou seja, as entrevistas foram encerradas no momento em que o pesquisador responsável percebeu repetições no conteúdo das

entrevistas, entendendo que novos depoimentos não trariam acréscimos significativos aos objetivos propostos da pesquisa.⁹

Após a entrevista, os depoimentos foram transcritos em forma de texto e as informações foram organizadas e submetidas à análise de conteúdo proposta por Turato para a interpretação dos dados. A análise de conteúdo acontece pela explicitação do sentido contido num documento, o significado, levando-se em conta a frequência da repetição dos termos.⁹

O tratamento e apresentação dos dados em pesquisa qualitativa compreendem as seguintes fases: apresentação inicial do material, onde as transcrições das entrevistas e as anotações observadas no campo irão para arquivos no computador. A pré-análise, onde, por meio das leituras flutuantes, busca-se o não dito entre as palavras. A categorização e subcategorização, por meio de destacamentos dos assuntos, por relevância, ou repetição, transformando os dados brutos em organizados. A validação externa, supervisionada pelo orientador da investigação e discussão no grupo de pesquisa. A apresentação dos resultados ocorre de forma descritiva e com citação ilustrativa dos depoimentos, a fim de preparar a discussão, as inferências e a interpretação do material.⁹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura e interpretação do conteúdo das entrevistas transcritas, elegeu-se para esse artigo a seguinte categoria: Diretiva

antecipada de vontade: as incertezas na sua implementação.

Diretiva antecipada de vontade: as incertezas na sua implementação.

Para a equipe de enfermagem investigada, a diretiva antecipada de vontade é pouco conhecida, como expressado abaixo:

Para mim é algo novo, não sei muita coisa (E1).

Eu penso que é uma coisa que tem que ser mais divulgada, mais divulgada para a sociedade, nos meios de comunicações. Não só nos profissionais da área da saúde, mas para todas as pessoas (E2).

Até então isso para nós não existiu, se não existiu é porque não está sendo feito (A3).

Eu nunca ouvi ninguém falar (T9).

Por ser um tema recente, a diretiva antecipada de vontade é pouco conhecida pelos participantes deste estudo, o que demonstra a importância desse tema ser abordado tanto na academia como nas práticas assistências. Valorizando assim o direito de escolha da terapêutica pela pessoa doente e também no sentido da assistência estar em simetria com a legislação brasileira e a Resolução N° 1.995/2012.

A Lei Brasileira n. 524, de 2009, no artigo 1º, dispõe sobre o doente em estágio terminal, referente às decisões sobre a instituição, e também a restrição ou a suspensão de

procedimentos terapêuticos, paliativos e alívio do sofrimento. Em seu artigo 6º, esta mesma Lei dispõe que, caso ocorra manifestação da pessoa em fase terminal de doença, do seu familiar ou do seu representante oficial sobre a suspensão ou limitação de procedimentos desproporcionais relacionados a protelar artificialmente a vida, os seus desejos deverão ser respeitados.¹²

A diretiva antecipada de vontade, o qual também é chamado de testamento vital, possui outras denominações: as diretivas antecipadas ou declaração prévia de vontade. Sendo um meio para preservar a autonomia do paciente, ao ser exercido a sua vontade, inclusive, nos casos em que o mesmo esteja em estado de incapacidade, pois a manifestação de seus desejos se fez antes, quando ainda consciente e capaz. Assim sendo, direcionará os profissionais de saúde para executarem os cuidados escolhidos antecipadamente pelo paciente.¹³

Antes de tomar uma decisão ao escrever a diretiva antecipada, o paciente é informado pelo médico sobre os riscos e benefícios de cada terapêutica. Após as explicações, o indivíduo é livre para escolher se quer ou não determinado tratamento. No entanto, este procedimento pode ser revisto e revogado a qualquer momento se o paciente capaz assim o entender. Esse documento, de preferência, deve ser de forma escrita, por medida de segurança, com cópias tanto para o médico como para o paciente.¹³

Quanto à aplicabilidade das diretivas antecipada de vontade,

apresentou-se neste estudo como algo difícil de ser colocado em prática, com dúvidas em relação a sua implementação:

Respeitar a vontade da pessoa, acho que nesse ponto é benéfico. Mas ao mesmo tempo, se a pessoa optou por nenhum método evasivo e daí os familiares vão ficar ali ao redor dele presenciando ele num sofrimento respiratório agonizando. Eu acho que tinha que ser, pode o paciente manifestar, mas depois sei lá acho a família tinha que reavaliar. Eu não sei se fosse um familiar meu, se eu ia querer respeitar isso (E1).

Para falar a verdade eu não sei se concordo com isso, dentro da realidade que a gente vê aqui, como estou te dizendo, há não quero ser entubado, mas de repente entuba o paciente e o paciente sai bem e tem mais um tempão de vida. Então, eu não sei até que ponto eu sou a favor, teria que amadurecer a ideia para dizer se contra ou a favor. Hoje, eu ainda estou em cima do muro (T4).

As diretivas antecipadas são algo novo dentro do contexto do cuidado, e embora reconhecido como um direito do paciente ou de seu familiar de fazer as suas escolhas em relação ao tratamento, estas podem entrar em conflito quando são diferentes das práticas rotinizadas na instituição de saúde, inclusive, pela ótica da maioria dos participantes deste estudo. Para os profissionais de enfermagem, em alguns casos, o testamento vital

deveria ser quebrado, mas com o sentido de proteção, por não estar de acordo com as práticas habituais dos serviços de saúde, no intuito de preservar a vida ou de proporcionar mais conforto ao paciente.

Isto seria um paternalismo cujo pensamento remete a beneficência, ou seja, ao não respeitar as diretivas proporcionar-se-ia, na compreensão da enfermagem, um maior conforto ou preservação da vida. No entanto, esclarece-se que tais proposições remontam ao todo um atendimento mais paternalista onde o profissional da saúde pensa que o que significa o bem para si, seria também para o paciente.⁷

A liberdade de escolhas do paciente em relação ao seu tratamento é algo importante, desde que não entre em conflitos com o saber técnico. Torna-se difícil dissociar o ser cuidado das rotinas institucionalizadas, e o ser autônomo das práticas do cuidado. Observa-se abaixo os depoimentos que elucidaram esse pensamento:

Dependendo do paciente nem sempre ele escolhe o melhor. Por que muitos optam por não fazer o tratamento e, às vezes, ele fazendo o tratamento ele prolonga (vida). Ele pode ter uma vida, por que tem assim o suporte. Eu acho assim que dependendo do paciente não seria uma boa. Certamente, ele vai optar por não fazer o tratamento e o certo seria fazer o tratamento (A6).

É direito dele. Mas, será que tu não sabes o que vai acontecer. Será que de repente: não quero ir

paro o tubo, não quero ficar no respirador. Mas, o tratamento em si ele fez uma reação a quimioterapia e ele vai precisar do respirador vai sair daquilo ali. Daí será que não tem que quebrar o testamento vital e fazer o certo? Seguir o protocolo (E5).

Não é suficiente o indivíduo ter o direito de fazer as suas escolhas por meio da diretiva antecipada da vontade. São necessários esforços coletivos para que seja respeitada a sua autonomia, é preciso que se repense sobre as forças culturais hegemônicas de profissionais da saúde e familiares que é representada pela manutenção da vida a qualquer custo. O desafio é garantir que na prática essa vontade do paciente seja cumprida.¹⁴

O transcurso da autonomia do paciente aparenta ser menos perturbado quando tanto suas decisões como as dos familiares convergem com os da equipe multiprofissional da saúde.¹⁵ Refletir as condutas relacionadas à assistência ao paciente terminal contribui para minimizar as dificuldades em atuar frente ao processo de morrer, no sentido de reduzir a obstinação terapêutica de forma a proporcionar um cuidado humanizado.¹⁶

Pela percepção dos profissionais de enfermagem, focada nesse estudo, a diretiva antecipada de vontade apresentou repercussões antagônicas:

Seria uma meio bomba atômica, porque aí diria que seria eutanásia, que o paciente deixou de viver, seria uma pré-eutanásia da morte. Mas que seria estilo uma bomba atômica ao primeiro

impacto. Eu acho que depois com o tempo, com uma boa divulgação isso até seria importante, porque várias pessoas já colocaram e a gente escuta isso muitas vezes, o paciente coloca: se eu pudesse eu faria tal coisa. Mas daí e aquele critério família? A vontade da família é que prevalece sempre (A3).

Acho que ele gostaria que lutasse por ele, escrever é uma coisa, mas na hora que tu sentir na pele é outra totalmente diferente. É complicado isso aí, mesmo tendo um testamento, tu não vai acatar (A8).

Eu acho que é complicado, por exemplo, assim depende da patologia que tem, às vezes, ele nem está, como é que vou te falar, não está lúcido ou com algum comprometimento neural, como ele vai te dizer isso aí. E o familiar nunca vai querer que não faça. Ah! Não quero que me entube, não quero que faça ali não quero aquilo (paciente). Pode colocar ali, mas o familiar, não vai querer que faça (T9).

As repercussões relacionadas à diretiva antecipada de vontade ocorrem da desconsideração do seu uso, ao intenso impacto que causaria na cultura da instituição a sua implantação. Somou-se a isso a compreensão de que, para os profissionais entrevistados, o familiar ainda permanece com poder decisório sobrepondo-se em relação à diretiva antecipada de vontade manifestada pelo paciente.

Salienta-se que a aplicação da diretiva prévia de vontade não significa praticar eutanásia, pois este ato continua proibido. Quanto a isso, a Resolução N°1995/2012 do Conselho Federal de Medicina declara que os cuidados paliativos continuarão sendo realizados; o objeto de atuação da diretiva antecipada de vontade é sobre os tratamentos desnecessários e desproporcionais que não refletem em benefícios para o paciente.¹⁷

Outro aspecto da declaração prévia de vontade é que ela oferece segurança para os médicos em relação à vontade do paciente, inclusive em situações em que a família ou o Ministério Público formalize algum tipo de acusação em resultados dos procedimentos adotados. Também, no sentido de que a vontade do paciente seja cumprida, este poderá, antecipadamente, designar um procurador para defender seus interesses, quando não puder mais expor a sua vontade devido ao seu estado de saúde.¹⁷

A enfermagem em suas atividades assistenciais deve considerar a dignidade, a vida e os direitos humanos, sendo a ética um dos norteadores da profissão.¹⁸ Nesse sentido reflexões na formação profissional em relação ao saber técnico-científico em que a morte deve ser combatida a todo custo são importantes para repensar a humanização e a dignidade no processo do fim da vida. Contribuindo assim para uma assistência humanística, valorizando os direitos individuais das pessoas em seu processo de terminalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, evidenciou-se o quanto a diretiva antecipada de vontade é ainda pouco conhecida, e por isso, gera dúvidas na sua implantação. Contudo, é um importante instrumento para preservar a autonomia do paciente, entretanto, no intuito de preservar a vida ou de proporcionar mais conforto ao paciente, os depoimentos sugerem que esta não deve ser aplicada em todas as situações, pois podem entrar em conflito com o saber técnico institucionalizado.

A enfermagem, entre os profissionais de saúde, é a que permanece mais tempo junto ao paciente o que lhe permite desenvolver uma comunicação profunda, nestes aspectos possui um papel relevante tanto no sentido de orientação como também em reflexões e discussões relacionadas a diretiva antecipadas de vontade, pois em suas práticas interage e articula com a equipe multiprofissional de saúde, com a pessoa doente e com seu familiar.

A implementação da diretiva antecipada de vontade é algo novo no contexto do cuidado brasileiro e sua aplicação envolve a transformação cultural, a despolarização dos poderes decisórios (família, médico) e implica também em discussões de forma dialógica tanto no ensino como na assistência, entre os profissionais de saúde, paciente e familiar e a sociedade em geral. Nesse contexto, se torna algo conhecido, bem como no sentido de sanar as incertezas relativas à sua implementação. Reconhece-se que este estudo possui limitações, uma vez que foi realizado em uma única

instituição de saúde, considerando-se importante novas pesquisas em outros cenários.

REFERÊNCIAS

- 1 Oliveira SG, Quintana AM, Bertolino KCO. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. *Rev bras enferm.* 2010;63(6):1077-80.
- 2 Mota MS, Gomes GC, Coelho MF, Lunardi WD, Sousa LD. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev gauch enferm.* 2011;32(1):129-35.
- 3 Barranco E, Moreira MC, Menezes MFB. O líder de enfermagem em unidades oncológicas: intervenções da subjetividade na organização de espaços saudáveis de trabalho. *Rev bras cancerol.* [Internet]. 2010 [acesso em 2012 nov.15];56(2):213-8. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/06_artigo_lider_enfermagem_oncologicas.pdf>
- 4 Pinto MH, Cruz MF, Cesarino CB, Pereira APS, Ribeiro RCHM, Beccaria LM. O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura: percepção de um grupo de profissionais. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2011 [acesso em 2015 mai 30];16(4):647-53. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/25433/17052>
- 5 Conselho Federal de Medicina (CFM). Testamento vital permitirá às pessoas definirem limites terapêuticos na manutenção da vida [Internet]. [acesso em 2012 set 06]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23202:testamento-vital-permitira-as- pessoas-definirem-limites-terapeuticos-na-manutencao-da-vida&catid=3
- 6 Rocha AR, Buonicore GP, Silva AC, Pithan LH, Feijó AGS. Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. *Rev bioet.* 2013;21(1):84-95.
- 7 Gracia D. Pensar a bioética: metas e desafios. Edição São Paulo: Loyola; 2010.
- 8 Soares JCRS, Camargo KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface comun saúde educ.* [Internet]. 2007 [acesso em 2014 jan 12];11(21):65-78. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n21/v11n21a07.pdf>>
- 9 Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
- 10 Cassol PB. Autonomia do paciente terminal: percepção da Enfermagem de uma Unidade de Internação Hemato-Oncológica [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2014.
- 11 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília;2012.
- 12 Senado Federal (BR). PLS-Projeto de Lei do Senado, nº 524, de 26 de

novembro de 2009, a qual dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença. [Internet]. [acesso em 2012 dez 05]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=70253&tp=1>

13 Bomtempo TV. Diretivas antecipadas: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente. Revista de Bioética y Derecho [Internet]. 2012 [acesso em 2013 dez 11]; 26: 22-30. Disponível em: <http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/rbyd26_art-vieira.pdf

14 Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. Rev bioet. 2013;21(3):463-76.

15 Kovács MJ. Pesquisa com pacientes gravemente enfermos: autonomia, riscos, benefícios e dignidade. Rev bioet [Internet]. 2009 [acesso em 2014 dez 28];(2):309-18. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/169/174

16 Silva KCO, Quintana AM, Nietzsche EA. Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. Esc Anna nery [Internet]. 2012 [acesso em 2015 jan 29];16(4):697-03. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400008

17 Lingerfelt D, Hupsel L, Macedo L, Mendonça M, Ribeiro R, Gusmão Y, et al. Terminalidade da vida e diretiva antecipadas de vontade do paciente. Direito UNIFACS - debate virtual [Internet]. 2013 [acesso em 2014 jan 04];152. Disponível em:

<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/2470>

18 Rosenstock KIV, Oliveira Soares MJGO, Santos SR, Ferreira ASM. Aspectos éticos no exercício da enfermagem: revisão integrativa da literatura. Cogitare enferm. [Internet]. 2011 [acesso em 2015 mai 30];16(4):727-33. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v16n4/v16n4a20.pdf>

Publicação: 2015-03-30.

Data da submissão: 2014-11-08

Aceito: 2015-02-22.