

Patrícia Leitão

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade
Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Licenciatura em Enfermagem

Porto, 2015

Patrícia Leitão

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade
Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Licenciatura em Enfermagem

Porto, 2015

Patrícia Leitão

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade
Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Licenciatura em Enfermagem

Patrícia Leitão

“Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.”

Porto, 2015

SUMÁRIO

A constante procura da juventude e o progresso quanto ao tempo traz consigo inúmeras alterações da complexidade da vida humana. Quando se reflete sobre estas mudanças idealizam-se um conjunto de alterações científicas e tecnológicas que influenciaram em grande medida a vida humana. O desejo do ser humano em obter a juventude e de prolongar a vida, são o motivo base para ocorrências de atos que desrespeitam a dignidade humana.

O uso e abuso de meios intervencionais na vida humana têm vindo a surgir como problemática na medida que influenciam a personalidade e a singularidade do ser humano, generalizado e vulgarizando as decisões quanto a necessidades intervencionais, sejam elas em áreas de saúde ou não. Esta problemática leva à necessidade de reflexão e definição sobre o conceito de ‘cuidar’. Para melhor definição do que é correto, recorre-se à Deontologia, guiando-se por documentos de apoio para respeitar a humanização nos cuidados de saúde.

Este trabalho foi elaborado com o intuito de obter uma perspetiva holística sobre o Testamento Vital e sobre o respeito pela autonomia de decisão do utente, reunindo informação de vários autores sobre as suas perspetivas e procurando também reunir e interpretar as diferentes opiniões/conhecimentos dos alunos de enfermagem do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital.

Trata-se assim de um estudo exploratório e descritivo inserido num paradigma quantitativo. A informação foi recolhida e interpretada com base em questionários distribuídos ‘*online*’ pelos alunos de enfermagem.

No geral, pela análise das respostas, os alunos apresentam um bom nível de conhecimento e uma boa opinião em relação ao Testamento Vital.

Palavras-chave: A morte; Cuidar; Deontologia; Humanização; Testamento Vital

ABSTRACT

The constant search of youth and progress on the time brings with it numerous changes on the complexity of human life. When we reflect on the intrinsic factors of these changes we envision a set of scientific and technological alterations that influenced largely human life. The desire of human to keep youth and prolong life, are the reasons for the occurrence of acts that violate the human dignity.

The use and abuse of interventional means on the human life has come to be problematic in a way that it influences the personality and singularity of the human being, generalizing and making vulgar decisions about interventional means, being in the health department or not. This problem makes us need to reflex about the definition of “caring”. To better define what is right, we use deontology as a resource, guiding us by support documents to respect the humanization of health care.

This work was elaborated with the intuition of obtaining a holistic perspective about this subject, gathering information about several authors and their perspective, will also looking to gather and interpret different opinions/knowledge about the nursing students of the 4th year of the Degree in nursing at the University of Fernando Pessoa, based on the application of the living will.

It is thus an exploratory and descriptive study set in a quantitative paradigm. The information was gathered and interpreted based on questionnaires distributed 'online' by nursing students.

In general, the responses of questions where analyzed and it demonstrates a good level of knowledge and a good opinion in regarding to the living will.

Keywords: Death; care; ethics; humanization; Living Will

AGRADECIMENTOS

Todo o percurso realizado, todas as aprendizagens adquiridas e todas as experiências vivenciadas, ao longo da Licenciatura em Enfermagem, devem-se a um conjunto de pessoas que para eles contribuíram. É a este conjunto de pessoas que pretendo agradecer do fundo do coração, pelo apoio incondicional, pela alegria, pela transmissão de conhecimentos e pela contínua presença durante todo o percurso académico.

Aos meus pais, um sincero obrigado. Sem os mesmos não me seria possível concluir a Licenciatura em Enfermagem. Agradeço pelo apoio incondicional, pelo ânimo transmitido e pelo esforço constante, para que este percurso terminasse com satisfação. Sem a vossa confiança o mesmo não seria possível.

A ti, Agostinho Ferraz, que sempre me apoiaste, independentemente das circunstâncias. Tenho noção que nem todos os tempos foram fáceis, no entanto, asseguraste sempre uma base segura de confiança, pelo que, só te tenho a agradecer. Sem ti todo o percurso teria sido completamente diferente.

A ti, Eliana Melo, companheira de casa, grande amiga e colega de turma, um profundo obrigada. Estiveste presente nos momentos de maior angústia e contribuíste para que fossem ultrapassados com maior eficácia. Agradeço-te toda a partilha de conhecimento e todo o apoio disponibilizado durante todos estes dias, semanas, meses e anos.

Aos amigos e colegas de turma pela presença constante e pelo apoio incondicional. Estiveram presentes durante todo o percurso académico, tendo-me transmitido força e coragem para ultrapassar todas as dificuldades encontradas.

À minha orientadora do Projeto de Graduação, Mestre Maria Filomena Cardoso, agradeço todo o tempo dispensado para o esclarecimento de dúvidas e por todos os ensinamentos transmitidos.

Aos auxiliares pedagógicos, professores e orientadores pela disponibilidade e pela transmissão de conhecimento.

Agradeço a cada um na sua singularidade pela contribuição para a realização deste sonho, obter a Licenciatura em Enfermagem.

Tudo aquilo que sou, ou pretendo ser, devo a vocês.

Pouco conhecimento faz com que as pessoas se sintam orgulhosas. Muito conhecimento, que se sintam humildes. É assim que as espigas sem grãos erguem desdenhosamente a cabeça para o céu, enquanto as cheias as baixam para a terra, sua mãe. (Leonardo da Vinci).

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	14
I. FASE CONCEPTUAL.....	17
1.1 – O problema de investigação.....	17
i. Domínio da investigação	17
ii. Questão de investigação.....	18
1.2 – Revisão da Literatura	19
i. A morte	20
ii. Cuidar em Enfermagem perante a morte	23
iii. Deontologia em Enfermagem	26
iv. A humanização perante os cuidados de saúde	27
v. Testamento Vital.....	29
vi. A Evolução do Testamento Vital.....	35
1.3 – Objetivos e questões	39
II. FASE METODOLÓGICA.....	40
2.1 – Desenho de investigação.....	40
i. Tipo de estudo.....	40
ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem.....	42
iii. Variáveis em estudo.....	43
iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste	44
2.2 – Salvaguarda dos princípios éticos	46
III. FASE EMPÍRICA	48
3.1 – Apresentação e análise dos dados	48
3.2.1 – Caracterização dos Inquiridos	49
3.2.2 – Os alunos perante a Morte e o Testamento Vital	53

3.2.3 – Nível de conhecimento dos inquiridos	62
IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
V. CONCLUSÃO	74
BIBLIOGRAFIA	76
ANEXOS	80
ANEXO I – Questionário	
ANEXO II – Diretiva Antecipada De Vontade (DAV)	
ANEXO III – MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria n.º 96/2014	
ANEXO IV – MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria n.º 104/2014	
ANEXO V – Circular Informativa nº05/2014	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I – Distribuição dos inquiridos segundo o género.....	50
Gráfico II – Distribuição dos inquiridos segundo a idade.....	51
Gráfico III – Distribuição dos inquiridos segundo a religião	52
Gráfico IV – Distribuição dos inquiridos segundo a vivência ou não de uma morte durante os ensinos clínicos.	53
Gráfico V – Distribuição dos inquiridos segundo a modificação ou não da opinião sobre a morte ao longo dos ensinos clínicos.	54
Gráfico VI – Distribuição dos inquiridos sobre a opinião quanto ao processo de morrer de um utente.	55
Gráfico VII – Distribuição dos inquiridos sobre a opinião quanto aos cuidados prestados ao longo de um processo de morrer de um utente	56
Gráfico VIII – Distribuição dos inquiridos quanto à posse de conhecimento em relação ao Testamento Vital.....	57
Gráfico IX – Distribuição dos inquiridos quanto a opinião sobre a existência de respeito com o utente em meio hospitalar.....	58
Gráfico X – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a influência positiva da legalização do Testamento Vital.....	59
Gráfico XI – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a influência favorável do registo ‘ <i>online</i> ’	60
Gráfico XII – Distribuição dos inquiridos sobre a existência de mais disciplinas que envolvem aspetos éticos em enfermagem	61
Gráfico XIII – Distribuição dos inquiridos segundo a concordância/discordância segundo a veracidade de afirmações sobre o Testamento Vital	64
Gráfico XIV – Distribuição das respostas segundo correto/errado por parte dos inquiridos em relação à veracidade das afirmações.....	67

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Distribuição dos inquiridos segundo o género	49
Quadro II – Distribuição dos inquiridos segundo a idade	51
Quadro III – Distribuição dos inquiridos segundo a religião	52
Quadro IV – Distribuição dos inquiridos segundo a vivência ou não de uma morte durante os ensinos clínicos.	53
Quadro V – Distribuição dos inquiridos segundo a modificação ou não da opinião sobre a morte ao longo dos ensinos clínicos.	54
Quadro VI – Distribuição dos inquiridos sobre a opinião quanto ao processo de morrer de um utente.	55
Quadro VII – Distribuição dos inquiridos sobre a opinião quanto aos cuidados prestados ao longo de um processo de morrer de um utente	56
Quadro VIII – Distribuição dos inquiridos quanto à posse de conhecimento em relação ao Testamento Vital.....	57
Quadro IX – Distribuição dos inquiridos quanto a opinião sobre a existência de respeito com o utente em meio hospitalar.....	58
Quadro X – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a influência positiva legalização do Testamento Vital.....	59
Quadro XI – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a influência favorável do registo ‘ <i>online</i> ’	60
Quadro XII – Distribuição dos inquiridos sobre a existência de mais disciplinas que envolvem aspetos éticos em enfermagem	61
Quadro XIII – Distribuição dos inquiridos segundo a concordância/discordância segundo a veracidade de afirmações sobre o Testamento Vital	62
Quadro XIV – Distribuição das respostas segundo correto/errado por parte dos inquiridos em relação à veracidade das afirmações.....	67
Quadro XV – Média das respostas segundo correto/falso por parte dos inquiridos em relação à veracidade das afirmações.....	68

ABREVIATURAS

- REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;
- SEP – Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;
- DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade;
- CFM – Conselho Federal de Medicina;
- CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida;
- WHOQOL – The World Health Organization Quality Of Life;
- RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital;
- CDS-PP – Partido do Centro Democrático e Social;
- SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde;
- PDS – Plataforma de Dados de Saúde;
- (n) – Frequência
- % – Percentagem;
- OMS – Organização Mundial de Saúde

0. INTRODUÇÃO

No âmbito da disciplina de Projeto de Graduação e Integração à Vida Profissional, inserido no plano curricular da Licenciatura em Enfermagem, na Faculdade Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, é requisitado a elaboração de um Projeto de Graduação com finalidade da obtenção do grau de Licenciatura.

Um Projeto de Graduação deverá iniciar por um aspeto que desperte a vontade de investigação e de pesquisa por parte do seu autor, pelo que deverá ser realizado no final do seu percurso da Licenciatura.

Durante todo o trajeto percorrido, por parte da aluna, ao longo da Licenciatura em Enfermagem, ocorreram alguns aspetos que originaram uma reflexão constante.

A vivência da morte de alguns utentes no ensino clínico e a necessidade de prestação de cuidados nos momentos finais de vida dos mesmos despertaram o interesse crítico-reflexivo. Após o acontecimento dessas ocorrências, a aluna procurou interpretar e desenvolver raciocínios éticos quanto ao que é correto ou não, na prestação de cuidados nos momentos finais de vida ou em situações de emergência.

Certo é que, cada ser humano é diferente na sua singularidade. Pela interferência de vários fatores, cada pessoa é na sua individualidade um ser com vontade própria, envolvendo necessidades e desejos próprios. O que é correto para uns pode não ser o correto para os outros. No entanto, como é possível chegar a um concílio, de modo a interpretar e decidir os cuidados a prestar e em que sentido é possível respeitar ou não a vontade do utente?

Perante estas questões e dúvidas por parte da estudante de enfermagem, ocorreu o desejo de efetuar pesquisas no ramo da ética durante os ensinamentos clínicos. Mediante a necessidade de elaborar um projeto final de curso, a aluna chegou a conclusão que seria realmente nesta área que pretendia investigar.

A origem e contínua evolução da temática em relação ao Testamento Vital, sem dúvida, focaram esse conjunto de interesses, pelo que, neste sentido, este seria o tema ideal para a elaboração do presente projeto.

É notório que nem sempre um profissional de saúde respeita a vontade do utente, considerando que agir pela razão profissional contribui para o bem-estar físico do mesmo. No entanto a vertente emocional, psicológica e cultural tem uma grande interferência no bem-estar pessoal, pelo que, procurar o melhoramento das condições físicas nem sempre significa contribuir para o melhoramento da condição de saúde de um indivíduo.

A "Organização Mundial de Saúde" (OMS) define a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades".

A elaboração deste projeto de graduação tem como objetivo interpretar o conhecimento e opinião dos alunos de enfermagem face a esta temática. No entanto, também contribui para a união de conhecimentos por parte da aluna, procurando concluir a necessidade e importância desta temática, de forma a terminar a Licenciatura em Enfermagem com um assunto que desperte o seu interesse.

Segundo Burns e Grove, 2001; Fortin, Taggart e K  rouac, 1998; Fortin, 1996 (*cit. in* Fortin, 2009):

A investigação realizada nas diversas disciplinas implica um conjunto de elementos que sustentam o seu processo e que asseguram a ligação entre a conceitualização, os métodos, sobre os quais se apoia a investigação, e a aplicação de medidas concretas na prática. A investigação não está, portanto, separada das outras atividades intelectuais: ela toma em conta elementos que contribuem para torná-la aplicável no mundo empírico.

Como forma de iniciar um projeto    necessário refletir sobre a estrutura  o do mesmo. Pelo que, Fortin (2009) afirma:

Importa antes de mais, que o principiante seja capaz de conceber o problema de investigação (fase conceptual), de elaborar um plano que justifique as técnicas e os meios utilizados para obter a informação desejada (fase metodológica), de recolher de forma sistemática, dados junto dos participantes, de os analisar (fase empírica), de interpretar os resultados e de os difundir (fase interpretativa).

O presente projeto encontra-se assim repartido em quatro fases: concetual, metodológica, fase empírica e discussão dos resultados. O projeto é iniciado por uma introdução e terminado com uma conclusão. Como acréscimos e acompanhamentos, não menos relevantes, encontram-se uma bibliografia e os respetivos anexos incorporados.

A fase concetual evolve o enquadramento teórico, onde serão reunidos um conjunto de pesquisas da literatura, elaboradas por vários autores. Esta fase permite, para além de um aprofundamento teórico, a origem e definição de questões que o elaborador do projeto pretende investigar e permite definir o domínio de investigação, delimitando a mesma.

A fase metodológica permite delinear todo o desenho de investigação, isto é, definir o tipo de estudo, a população-alvo, a amostra e o processo de amostragem, as variáveis em estudo, o instrumento de recolha e respetivo pré-teste, inclusive, decidir como é que os dados irão ser tratados e apresentados. Nesta fase do trabalho de investigação encontram-se implícitos alguns princípios éticos que o autor terá que ter em conta na recolha de dados.

Ao longo da fase empírica serão apresentados todos os dados obtidos e devidamente interpretados, podendo de seguida, na discussão dos resultados, permitir a possibilidade de concluir e responder às questões inicialmente colocadas.

I. FASE CONCETUAL

“A fase concetual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema.” (Fortin, 2009).

Segundo Fortin, (2009):

É no decurso da fase concetual que o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre o tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema.

1.1 – O problema de investigação

O estímulo para o desenvolver da temática seleccionada para a elaboração desta Monografia foram um conjunto alargado de acontecimentos vivenciados ou assistidos durante a realização dos ensinos clínicos, como aluna da Licenciatura em Enfermagem.

i. Domínio da investigação

Segundo Fortin (2009):

O tema seleccionado pelo autor pode ser relacionado com preocupações humanas, clínicas e sociais ou teóricas; ele corresponde a comportamentos, observações, conceitos ou teorias.

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

Durante anos se lutou pelo reconhecimento da profissão de Enfermagem que no seu todo se distingue das restantes profissões pela arte de cuidar, pela realização de atos que contribuam para o bem-estar do ser humano.

Contudo, este objetivo profissional e com certeza pessoal, só poderá funcionar no seu todo pelo respeito pela dignidade humana nos procedimentos clínicos.

É neste sentido que surgem formulários que permitem assegurar a individualidade e vontade do ser humano. Como acontecimento recente e de contínua evolução, surgiu assim, a curiosidade de obter um conhecimento mais vasto sobre o Testamento Vital, uma vez que a área de Bioética é do interesse da aluna.

Nesta medida surgiu a curiosidade de verificar se os alunos de enfermagem possuem conhecimento em relação a esta temática e suas inovações, focando aspetos tais como a opinião e a importância atribuída pelos alunos em relação a esta temática.

ii. Questão de investigação

Segundo Fortin, (2009):

A formulação da questão constitui uma parte importante da investigação e determina o ângulo sob o qual o problema será considerado, o tipo de dados a colher, assim como as análises a realizar.

Deste modo, como Fortin, (2009) argumenta, “as questões de investigação são as que pressupõem um processo científico suscetível de fornecer conhecimentos generalizáveis.”

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

Formular uma questão de investigação envolve a reflexão sobre os objetivos e os meios necessários para os atingir.

“A investigação parte sempre de uma questão. É mais importante saber colocar a questão do que saber responder-lhe” (Findley, 1991 *cit. in* Fortin, 2009).

“Qualquer questão delimita um tema de estudo, precisa a população e os conceitos e comporta uma questão pivô” (Brink e Wood, 2001 *cit. in* Fortin, 2009).

Após a realização de uma reflexão sobre a questão de investigação deste projeto surgiu a seguinte interrogação:

- Qual é o nível de conhecimentos dos alunos de enfermagem face ao Testamento Vital?

1.2 – Revisão da Literatura

Segundo Fortin, (2009):

para delimitar o tema, o investigador procede a uma revisão inicial da literatura que lhe permita conhecer o que foi escrito sobre o assunto e em consequência modificar a orientação da sua investigação.

Por sua vez, Fortin, (2009), refere que, “(...) a segunda fase consiste em fazer o inventário das obras ou dos artigos sobre o assunto.”

i. A morte

A morte é um conceito complexo, de difícil definição. O significado sobre a morte é individual e difere de ser humano para ser humano e a sua interpretação pode alterar-se mediante fatores externos e temporais.

Segundo Nunes, 1996 (*cit. in* Nunes, Melo, 2011) o ponto de vista biológico sobre a morte difere do ponto de vista filosófico. Do ponto de vista biológico a morte é um processo gradual, enquanto do ponto de vista filosófico existem vários conceitos com repercussões éticas e legais complexas.

Pensar em morte transmite pensamentos e sensações negativas e repreensivas para a maioria da sociedade, uma vez que, na tendência geral se encontra associada a experiências negativas ou situações que exigem alterações no nível de vida.

Existem imensas perspetivas sobre a morte. Na opinião referente a Gonçalves, (2006), a morte é encarada de forma individual e social, havendo diferenças entre culturas distintas. A perspetiva sobre a morte vai alterando dentro desses grupos éticos e culturais ao longo do tempo.

De facto, e conforme Gonçalves (2006, p.8) argumenta:

A morte era um acontecimento com que se convivia naturalmente. Numa época em que a esperança de vida era curta devido às duras condições de vida das populações, à insalubridade das habitações, à ausência de saneamento nas povoações e à ineficácia da medicina, a morte era uma ocorrência com que se convivia frequentemente. Na família, na vizinhança, na povoação, havia sempre alguém gravemente doente e que morreria a breve trecho, sendo visitado durante a vida e acompanhado após a morte por toda a gente da comunidade, fosse qual fosse a sua idade. Hoje, a morte ocorre com muita frequência em hospitais, tendo perdido o carácter social que tinha anteriormente.

Esta situação remete-nos para as questões: ‘O que é morrer com dignidade?’ e ‘O que é a morte eticamente correta?’.

Pensar nestas questões, segundo Kovacs, 2008 (*cit. in* Neves, 2013), leva-nos a concluir que, “o fim da vida e a morte levantam muitas questões relacionadas com a qualidade de vida, a dignidade no processo de morrer e a autonomia das escolhas nos momentos finais de vida”.

Com o avanço instantâneo das tecnologias e aplicação das mesmas nas áreas de saúde, começou a ser possível, para além de intervenções para a obtenção de diagnósticos precoces, a obtenção de meios de cura mais eficazes e também o prolongamento da vida humana. Este último aspeto leva-nos ao conflito de ideias e opiniões sobre a morte digna e correta, uma vez que na antiguidade a morte era um processo natural com uma finalidade certa, pelo que apenas se poderia procurar o bem-estar da pessoa nos últimos tempos de vida.

De facto, com base em Neves (2013, p.23):

Prolongar a vida e adiar o momento da morte tem sido o grande desafio da humanidade. Na verdade, a procura da fonte da juventude assim como do elixir da vida, tem sido o desejo constante desde as mais remotas civilizações. Com o desenvolvimento da ciência na área da medicina e tecnologia, é possível atualmente modificar o curso natural da doença, o que nos conduz a um novo paradigma no campo da saúde, a necessidade de acompanhar e cuidar de doentes em situações prolongadas ou não de doença, vivência, por vezes, acompanhada de muito sofrimento.

Nos cuidados de saúde, e de acordo com MacDonald, 2009 (*cit. in* Neves, 2013):

As complexidades que dizem respeito ao início da vida humana refletem-se sobre as questões éticas que tratam do fim da vida. O direito à vida é intrínseco a cada ser humano o que nos leva a encarar o seu fim como algo não desejável e questionável por envolver direitos universais e valores por vezes próprios do tipo de cultura e religião professada.

Segundo Kovács, 2008 (*cit. in* Neves, 2013):

As situações de fim de vida envolvem várias personagens: doentes, familiares, equipa de saúde e instituição hospitalar, em que todos devem ser envolvidos na tomada de qualquer decisão, tendo em conta os prós e os contras de cada uma das opções.

No entanto, existem profissionais de saúde que alegam agir segundo o princípio da beneficência, regendo-se por uma atitude paternalista, julgando por vezes saber o que é o melhor para o doente, ajuizando em determinadas situações que este não se encontra em estado de tomar uma decisão que o beneficiaria. Esta situação leva maioritariamente ao desrespeito pelo princípio da autonomia e da independência, não deixando a decisão à vontade do próprio utente.

A importância de cuidar e da promoção do bem-estar não está só implícita ao longo de toda a vida mas também do processo da morte. Por sua vez, segundo Neves (2013):

O fim da vida é, pois, uma questão que justifica uma reflexão e discussão por parte de toda a sociedade. O que se procura é a dignidade de todo o ser humano não só em vida, mas também no momento da morte, devendo-se valorizar as necessidades, o sofrimento de cada um e as questões relacionadas com o fim da vida.

Após a reflexão sobre o significado da morte perante a sociedade e tendo em conta os princípios éticos surge o termo de “ortotanásia”, que consiste na “morte natural”. Esta situação é realizada a pedido do próprio doente (em fase terminal) com o objetivo de não ser efetuada mais nenhuma intervenção invasiva para manter a vida do utente.

Deste modo, referindo Deodato (*cit. in* Neves, 2013):

Ajudar os doentes a morrer com dignidade é, pois, um princípio central em fim de vida. Morrer com dignidade, é um direito individual, legitimado pelo direito à vida. Se consideramos a morte como a última etapa da vida e só entendemos esta com a dignidade que lhe é inerente, então, até ao final, a vida humana realiza-se em dignidade. Proporcionar pois uma morte serena, com o menor sofrimento possível, em que a pessoa se mantém inserida no seu meio familiar ou, pelo menos, não afastado dele, é uma exigência ética.

Uma das realidades mais presentes nos tempos que ocorrem é que o processo de morrer leva ao afastamento do ambiente do utente e dos seus entes queridos, ficando entregues aos cuidados dos profissionais de saúde. (Nogueira, 2010 *cit. in* Neves, 2013).

Para o cidadão comum, em geral, a morte é vista como algo alheio, violento e banal, apenas pressentida, questionada e valorizada quando a sua saúde ou a de alguém querido se encontra fragilizada. Pensar na morte e enfrentá-la, pode, então, ser doloroso pela sensação de perda, de dor e de um futuro incerto e misterioso, de acordo com a imagem/conceção que cada um traz dentro de si, e mediante a influência de uma cultura, religião e experiência de vida. (Neves, 2013).

A definição de morte veio alterar-se com os contínuos avanços da medicina. De acordo com Gogliano, 2009 (*cit. in*, Neves, 2013):

A morte é considerada sob várias perspetivas: morte clínica (paragem da função cardíaca e respiratória), morte biológica (destruição celular) e morte encefálica (paralisação das funções cerebrais). Antes considerada como o término da função cardíaca, respiratória e circulação irreversível, passou a ser, nos tempos contemporâneos, determinada pela cessação das funções cerebrais.

ii. Cuidar em Enfermagem perante a morte

Acompanhar o utente durante o processo de morrer ou durante situações agudas, não é mais do que aplicar a arte de cuidar, que deveria estar implícita ao longo de toda a vida do utente, por parte do profissional de saúde.

Para Nightingale a conceção da enfermagem incidia particularmente na prevenção e no doente, contrariando as conceções de enfermagem da sua época, que valorizavam, acima de tudo, a doença e o curar (Silva, 2001 *cit. in* Lopes e Santos, 2010).

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

De acordo com o referido, a prática de enfermagem não se foca na doença e no tratamento. O enfermeiro, como bom profissional de saúde, salienta o cuidar, prestando todo o apoio necessário ao utente e procurando o seu bem-estar completo.

Segundo Festas (*cit. in* Neves, 2013):

Cuidar é a essência, a base de enfermagem, tendo igualmente uma extensibilidade na teia das relações que acompanham a vida do ser humano, pois cuidar é intrínseco à natureza humana.

Desde que haja vida são implícitos cuidados até último momento da mesma. Cuidados esses, com via a obtenção de melhor qualidade de saúde e deste modo, qualidade de vida. Para cuidar para esse fim é imprescindível compreender e refletir sobre o significado de “qualidade de vida”:

“Qualidade de vida, sendo um conceito de difícil definição, podere referir-se à auto-percepção de um completo bem-estar a nível físico, psicológico e social.” (Nunes, 2011)

Entende-se por qualidade de vida, segundo a OMS WHOQOL GROUP, 1994, (*cit. in* Fleck, et all, 1999):

A perceção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

No entender de Festas, 1999 (*cit. in*, Neves, 2013):

(...) desde do início da humanidade que o cuidar se evidencia: desde que existe vida, existem cuidados que foram desenvolvidos no sentido de cuidar da própria vida, pois só assim ela poderá permanecer. Assim o cuidar deve abranger todas as capacidades da vida e não apenas para as técnicas que vão tratar a doença. O conceito de cuidar vai além do tratar, pois este implica o comprometimento em manter a dignidade e individualidade da pessoa que é cuidada.

Referindo Veiga, (2006, p.23):

O conceito de cuidar é transversal a toda a história da enfermagem e ao seu processo de profissionalização tendo-se constituído como a sua essência, ou seja, como elemento permanente sem o qual a própria enfermagem não existe.

Veiga, (2006, p. 24) refere também que:

A génese do cuidar pode ser encontrada nas sociedades primitivas em atividades de alimentação e conservação do grupo, relacionadas essencialmente com os aspetos de sobrevivência que eram desenvolvidos pelas mulheres.

No entanto, apesar de toda a ideologia sobre o cuidar, a sua verdadeira profissionalização só começa a delinear-se com Nightingale em meados do século XX.

A evolução da enfermagem é indissociável da história da medicina na medida em que, muito embora alguns teóricos evidenciam a diferença dos seus paradigmas de ação, estes só se distinguiram a partir da segunda metade do século XX, persistindo algumas divergências entre a análise objetiva e os modelos conceptuais existentes. (Veiga, 2006, p.33)

O legado de F. Nightingale foi condicionado pelo fato de a enfermagem ter ficado dependente da evolução das ciências médicas, permanecendo até meados do século passado num paradigma que S. Kérouack e colaboradores designaram como «biomédico», distingue-se por uma divisão categorizada dos fenómenos, considerados como elementos mensuráveis, suscetíveis de ordenação sequencial. Esta forma de interpretar a realidade enfatizou a doença e despersonalizou o doente, afastando a enfermagem de uma prática cujos elementos estruturantes eram a totalidade do homem, honrando a unidade entre a mente, o corpo e o espírito, procurando a harmonia entre o ambiente, a natureza e Deus. (Veiga, 2006, p.33)

Considerando que a morte consiste num momento vulnerável do ser humano e das pessoas que o rodeiam, este é um período em que tem como necessidade alguém que lhe ajude a obter o melhor conforto e bem-estar. Na área de enfermagem é implícito o devido acompanhamento por parte do profissional de saúde, ao longo de todo o processo, tendo como base o cuidar.

iii. Deontologia em Enfermagem

Para que uma profissão seja praticada de modo a ser respeitada e valorizada pela sociedade, é necessário corresponder ao conjunto de expectativas que a comunidade deposita sobre determinada profissão, quanto à sua excelência.

Se, para algumas profissões, a conduta moral não obriga a um nível de exigência acima da *mores social*, para outras, o nível de exigência, que decorre da especificidade das suas funções, obriga à elaboração de normas formais que sirvam de guias no exercício profissional. A deontologia surge assim como um *dever profissional* estabelecendo um caminho que não é opcional entre outros de menor exigência. (Veiga, 2006, p.41)

A deontologia – palavra que deriva do grego *deon*, *déontos*, que significa regras, obrigação, dever de fazer, e de *logos*, que significa razão, palavra, estudo – surge assim como princípio de determinação de normas que constituem um código deontológico.

Deontologia segundo Veiga, (2006), “(...) é sempre de carácter normativo e tem como princípio objetivo a prossecução da excelência profissional.”

Um código deontológico é um conjunto de regras de carácter ético jurídico e administrativo constituindo um ideal de ação que visa a excelência técnica e moral.

Surge assim em Portugal o REPE, que consiste num Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e deste modo um “(...)guião para a prática dos enfermeiros que exercem a sua atividade em Portugal”, procurando ser o “(...) imprescindível recurso de cada enfermeiro para, respeitando o seu normativo, se fazer respeitar, obrigando cada entidade empregadora a criar condições de trabalho que garantissem o respeito pela deontologia profissional e permitissem uma prática segura de cuidados de qualidade.” (Departamento Nacional de Informação/SEP, 2006)

iv. A humanização perante os cuidados de saúde

Na área de saúde tendencialmente os profissionais agem segundo o seu próprio conjunto de valores e segundo aquilo que acham correto, no entanto estas decisões nem sempre correspondem à vontade do utente. É necessário ter em consideração que o ser humano não se limita a um organismo biológico com racionalidade, uma vez que, com a evolução e crescimento do mesmo dentro de uma sociedade, surge um conjunto de valores e princípios primordiais e individuais. Este conjunto de valores e culturas deverão ser respeitados com fim a promover a qualidade de vida e a satisfação humana.

“O tratamento médico agressivo e intervencionista é muitas vezes inadequado, não se refletindo na qualidade de vida possível ao doente no seu processo de doença.” (Mac Donald, *cit. in* Neves, 2013)

Campos, 2007 (*cit. in* Neves, 2013), defende a necessidade de, cada vez mais, se aprofundar a discussão acerca da saúde, numa perspetiva holística e humanista, dado que o respeito pela individualidade da pessoa, a escuta ativa, a valorização das crenças e valores, da comunicação e da disponibilidade são componentes vitais e básicos na humanização dos cuidados de saúde.

Citando Costa et al, 2008 (*cit. in* Jardim e Oliveira):

Um dos grandes desafios na enfermagem é aprender a olhar como é prestada a assistência baseadas em cuidados, não somente técnicos, mas com fundamentação nos princípios da humanização.

A perspetiva em relação ao futuro corresponde a um aumento de intervenções técnico-científicas sobre a vida humana, tendo em conta a evolução nesse ramo. No entanto pretende-se que os doentes e os profissionais de saúde tendem a compreender, conscientemente, as necessidades de determinar o benefício de algumas intervenções, considerando a vontade do utente. Para este fim é implícita ter em conta o respeito pelos direitos e pela autonomia do utente.

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

Conforme Nunes, 2009 (*cit. in* Nunes e Melo, 2011):

Os direitos do doente englobam a autonomia, informação, vontade previamente manifestada, liberdade de escolha, privacidade, acesso à informação de saúde, não-discriminação e não-estigmatização, acompanhamento espiritual, primado da pessoa sobre a ciência e a sociedade, queixa e reclamação, equidade no acesso e acessibilidade em tempo útil.

“A humanização nada mais é do que a valorização do ser humano fundamentando-se no respeito, por meio da construção de compromissos éticos” (COSTA et al., 2008 *cit. in* Jardim e Oliveira).

Ao longo dos tempos houve uma evolução notória quanto ao respeito pela humanidade e pela igualdade, no entanto, na área de saúde o princípio da beneficência seguiu um rumo não baseado na autonomia de decisão do utente. Vários fatores contribuíram para este desiderato. Com os avanços extremos da tecnologia e da ciência foi possibilitada uma maior intervenção a nível de cuidados de saúde, sendo o princípio base da generalidade dos profissionais de saúde o prolongamento da vida do doente. No entanto a utilização excessiva da tecnologia sofisticada influenciou decididamente na desumanização progressiva da prestação de cuidados de saúde.

Surgiram assim os termos de obstinação terapêutica e distanásia que consistem na utilização desproporcionada de meios de tratamento em doentes em fase terminal.

Nasce uma necessidade de redefinir as prioridades nos cuidados de saúde e os limites abrangentes a cada profissional de saúde. É fundamental reconhecer e compreender a vontade do utente face aos tratamentos, sendo este responsável pela decisão quanto à realização de determinados cuidados ou não.

Para que essa decisão seja tomada conscientemente não é apenas essencial o consentimento do doente mas sim a compreensão por parte do utente sobre o mesmo. Por esta via Sobral, (2014) refere:

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

O Código Penal estabelece que o consentimento dado por um paciente só será eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento.

O problema surge no que diz respeito à autonomia do doente. Por vezes este encontra-se incapacitado de prestar o seu consentimento, por inconsciência ou por algum tipo de privação das suas faculdades mentais.

É devido a esta problemática que surgem as diretivas antecipadas de vontade (DAV), que permitem ao utente a partilha das suas decisões quanto à prestação de determinados cuidados ou a não prática deles, mesmo que o utente não se encontre consciente ou apto a tomar a decisão na hora em que é necessário agir. O utente expressa antecipadamente a sua vontade, quanto a uma possível necessidade futura.

Desta forma, é exequível o respeito pela autonomia do utente, permitindo que este decida *à priori* o que deseja ou não em termos de cuidados de saúde no futuro.

v. Testamento Vital

O extremo avanço das tecnologias e a pesquisa contínua para a evolução da saúde contribuiu em grande medida para o melhoramento da qualidade de vida dos utentes, permitindo a realização de diagnósticos precoces e podendo intervir de uma forma deveras eficaz.

Através deste avanço surgiu a oportunidade de intervenções mais eficazes, contribuindo para o prolongamento da vida que foi, sem dúvida, muito marcante para a saúde da comunidade. Contudo o abuso e o uso inadequado, das tecnologias surgiram como problemáticas contra a vontade e opinião do utente.

Deste modo, de acordo com Gonçalves (2006), “era necessário a criação de um documento que implicasse que os profissionais de saúde respeitassem a vontade do utente como um ser responsável pela sua própria vida.”

Numa sociedade pluralista e disciplinada que é a sociedade nos tempos presentes, os cuidados prestados ao utente consistem em atos e procedimentos baseados na evidência científica.

Neste tipo de sociedade por vezes as reações às situações e a realização de técnicas são concretizadas de forma programada e imediata, no entanto é neste âmbito que a profissão de enfermagem se poderá distinguir e marcar os tempos presentes e futuros. A reflexão sobre o “porquê” da realização de determinada intervenção por si só permite a racionalização quanto ao processo de trabalho, fazendo com que este não ocorra de forma mecânica e intuitiva. Se o relacionamento entre o conhecimento, a humildade e a ética na profissão se unirem, forma-se não só um bom profissional de saúde, mas sim um bom ser humano.

Aplicando este pensamento à área de saúde e como motivação profissional, é possível desenvolver uma relação terapêutica, baseada na transmissão de informação e respeito pelo utente. Este é um dos aspetos realmente destacáveis na profissão de enfermagem.

A comunicação enfermeiro-paciente é denominada comunicação terapêutica, porque tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do paciente e contribuir para melhorar a prática de enfermagem, ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos pacientes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros (Stefanelli, Atkinson, Murray, *cit. in* Oliveira, 2005).

Como pretexto para o desrespeito da opinião do utente, por parte dos profissionais de saúde, durante a tomada de decisão de determinados procedimentos, alegam-se situações em que o utente não se encontra com capacidades para transmitir a sua opinião.

Neste sentido, é necessário resolver esta situação para que o utente possa usufruir de todos os seus direitos éticos e legais quando se encontra a vivenciar momentos vulneráveis e quando necessita de cuidados de saúde.

Surge assim o direito antecipado da vontade, permitindo que o utente transmita de forma livre e informada a sua vontade quanto a eventuais situações futuras que necessitam da intervenção dos profissionais de saúde na realização de alguns procedimentos.

No entanto, para que este documento seja válido e possibilitando a ideia da sua realização é necessário transmitir a informação necessária ao utente e verificar a sua compreensão.

Deste modo, ditando Nunes, 2009 (*cit. in* Nunes, 2011):

Os elementos estruturais do consentimento informado são, a competência, a comunicação, a compreensão, a voluntariedade e o consentimento. Estes elementos são os blocos de construção para que o consentimento seja considerado válido. O agente presta um consentimento informado se for competente para agir, receber a informação completa, compreender essa mesma informação, decidir voluntariamente e finalmente, consentir a intervenção.

Demonstrar a vontade sobre a possibilidade ou não da prestação de determinados cuidados permite ao utente liberdade e autonomia de decisão. Daí surge o Testamento Vital que corresponde à tradução portuguesa da expressão norte-americana *living will*.

O Testamento Vital consiste segundo o Conselho Federal de Medicina, (2012):

Num conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, a sua vontade.

Este documento, já que passa a fazer parte do seu prontuário, é pessoal e intransferível, oriundo da comunicação do paciente em um período anterior de doença ao seu médico de confiança, para que em casos de doenças terminais seja respeitada a sua vontade sob como ser tratado, e prevalecerá sob qualquer outro parecer não médico.

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

Segundo Nunes, 2012 (*cit. in* Neto, 2012):

(...) era quase uma inevitabilidade legalizar o Testamento Vital. Que não é mais do que uma resposta de um avanço cultural, atendendo a constrangimentos educacionais, religiosos e culturais da nossa sociedade, onde o oculto dos mortos e a indefinição quanto ao significado da vida deram origem a interpretações diversificadas sobre a forma como a existência do homem deve e merece ser entendida.

O documento denominado como DAV surgiu pelo avanço científico e tecnológico na área de saúde, uma vez que estes progressos contribuiriam para uma maior interferência nos processos de morrer. Referindo Neves 2005, (*cit. in* Neves, 2013),

Nas situações clínicas em que não existem expectativas de recuperação, a pessoa maior de idade pode manifestar a sua vontade de recusar cuidados de saúde inúteis ou desproporcionados, com recurso às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). A elaboração do Testamento Vital permite à pessoa manifestar a sua vontade sobre os momentos finais da sua vida e os profissionais de enfermagem não podem estar à margem de todo o processo de planeamento, conceção e cumprimento das DAV.

Neves, 2005 (*cit. in* Neves, 2013) defende que:

Cada vez mais se reclama a necessidade de humanizar o fim de vida, e a realização do Testamento Vital permite à pessoa preparar-se para a incapacidade de decidir perante o acontecimento vital que é a morte. Os profissionais de enfermagem deverão estar conhecedores desta opção e têm o papel de informar, respeitar, acompanhar e cuidar o doente em fase terminal, não podendo, ser alheados de todo o processo de planeamento, conceção e cumprimento de DAV.

De acordo com Neves, 2005 (*cit. in* Neves, 2013):

Em Portugal, a Lei nº 25/2012 de 16 de Julho, estabelece o regime das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), em matéria de cuidados de saúde, designadamente sob a forma de Testamento Vital, que estabelece que qualquer pessoa maior de idade e capaz, que não se encontra interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja ou não receber, se por qualquer razão se encontrar incapaz de o expressar autonomamente.

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

Como apontam Fortes, Garrafa e Porto, 2002 (*cit. in* Neves, 2013):

Cada pessoa deve ter as suas necessidades atendidas, reconhecendo-se as diferenças e as singularidades. O que é fundamental não é prolongar a vida mas sim a qualidade com que essa vida é vivida.

O direito à morte digna, de acordo com Neves, 2005 (*cit. in* Neves, 2013):

Está garantido constitucionalmente pelos princípios da dignidade da pessoa humana, da autonomia e da liberdade individual. O direito de escolha informada tem que ser possível à pessoa perante a situação de fim de vida e uma forma de garantir este propósito é através das Diretivas Antecipadas de Vontade.

Segundo CNECV, 2013 (*cit. in* Neves, 2013):

Futilidade ou obstinação terapêutica é má prática clínica, no entanto, nem sempre é fácil ajuizar qual o melhor interesse para o doente. O consenso, quanto à questão de saber se determinada intervenção é ou não fútil no contexto terapêutico, nem sempre é fácil ou mesmo existe. Perante a dúvida, podem as declarações antecipadas de vontade desempenhar, enquanto valioso instrumento e no contexto de uma relação clínica de confiança recíproca e mutuamente enriquecedora, um papel de relevo na efetivação do respeito pela dignidade da pessoa humana.

Referindo Nunes, 2013 (*cit. in* Sobral, 2014):

Neste documento poderão ser estabelecidas indicações sobre as situações clínicas em que as diretivas de vontade produzem efeitos e as opções e instruções relativas a cuidados de saúde que o outorgante deseja ou não receber (por exemplo, não ser submetido a tratamento de suporte artificial de vida, não ser submetido a medidas de suporte básico de vida, de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural da morte, receber cuidados paliativos, não ser submetido a tratamentos experimentais).

O testamento é válido por um período de 5 anos, o qual começa a contar na data da sua assinatura (a Ordem dos Notários tinha sugerido que este prazo apenas deveria começar a contar a partir do momento em que o doente ficasse duradouramente incapaz), podendo ser renovado sucessivamente mediante declaração e confirmação do outorgante.

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

O testamento poderá ser alterado e/ou revogado em qualquer altura, inclusive mediante comunicação oral ao médico.

O testamento deverá ser feito por escrito e assinado perante um notário ou um funcionário do Registo Nacional do Testamento Vital (entidade que vai gerir a informação sobre testamentos vitais e procuradores de cuidados de saúde) e posteriormente registado no Registo Nacional do Testamento Vital.

No ordenamento jurídico português esta figura jurídica decorre da Lei n.º 25/2012, de 16 de Julho, cujo diploma define:

as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, como o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, (...) manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

Como refere Pinho et all, (*cit. in* Sobral, 2014):

No dia 16 de agosto com a entrada em vigor da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho (regula as diretivas antecipadas de vontade), os cidadãos portugueses poderão elaborar um testamento vital e/ou nomear um procurador de cuidados de saúde, nos termos previstos na referida lei.

Este diploma vem estabelecer conforme dita o regime das diretivas antecipadas de vontade (DAV) em termos de matéria de cuidados de saúde, designadamente sob a forma de Testamento Vital (TV), regula a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) (Cf. art.1.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, *cit. in* Sobral, 2014).

No entanto, segundo o Diário da República, 1.ª série, N.º 85, 5 de maio de 2014, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria n.º 96/2014, artigo 1º:

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

Quando não é efetuado o registo no RENTEV, as diretivas antecipadas de vontade e a procuração de cuidados de saúde são igualmente eficazes, desde que tenham sido formalizadas de acordo com o disposto na Lei nº 25/2012, de 16 de Julho.

O Diário da República, 1.ª série, N.º 85, 5 de maio de 2014, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria n.º 96/2014, artigo 2º, refere que:

“O registo presencial das diretivas antecipadas de vontade é feito:

a) Mediante preenchimento do modelo aprovado pela portaria a que se refere o n.º 3 do artigo 3.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, disponibilizado no sítio da Internet das Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS,IP), no Portal do Utente, e no Portal da Saúde, e outros, com a assinatura do outorgante reconhecida por notário ou assinado presencialmente pelo outorgante;

b) Mediante apresentação de documento que, cumprindo os requisitos constantes do artigo 3.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, tenha a assinatura do outorgante reconhecida por notário ou seja assinado presencialmente pelo outorgante.”

O Testamento Vital apresenta duas vantagens estruturantes, perante Henry Perkins (*cit. in*, Nunes e Pereira, 2011), por um lado, contribui para a “Capacitação dos doentes, reforçando o exercício da autonomia nos cuidados de saúde, nomeadamente no que respeita à recusa de tratamentos desproporcionados”

“Por outro lado, facilitam o Advance Care Planing, ou seja, o planeamento do momento da morte, tornando os cidadãos mais reflexivos em relação às questões do morrer e da morte” (Santos, 2010)

vi. A Evolução do Testamento Vital

O Testamento Vital foi introduzido em 1969, nos Estados Unidos da América por Luis Kutner. Segundo Nunes et all., 2013 (*cit. in* Neves, 2013), “adquire uma expressiva

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

relevância a partir do debate bioético das décadas de 70 e 80, relativamente aos casos de Quinlan e Cruzan, doentes em estado vegetativo persistente.”

Com base em Nunes et al., 2013 (*cit. in* Neves, 2013):

estes casos, marcos essenciais da história da bioética, estimularam entre outros aspetos, a discussão sobre o modo de decisão no final da vida dos doentes incapazes, assim como sobre a má prática e obstinação terapêutica. Referem, ainda, que a figura de procurador de cuidados de saúde é reconhecida legalmente, apenas a partir 1983, na Califórnia, como complemento ou alternativa ao Testamento Vital.

Referindo Neves, (2013):

Em Portugal, foi publicada em 2012 a Lei (Portugal, 2012) que viabilizou e legalizou as Diretivas Antecipadas de Vontade, processo iniciado pela Associação Portuguesa de Bioética, em Outubro de 2006, com o envio à Assembleia da República de uma proposta de lei, que provocou amplo debate sobre a sua legitimidade prática. Em 2008, o Partido Socialista apresentou o Projeto de Lei nº 788/X, sobre Direitos do Doente à Informação e ao Consentimento Informado, apresentando na secção IV, capítulo II, a Declaração Antecipada de Vontade e a nomeação do Procurador de Cuidados de Saúde. Aprovado pela Assembleia da República, foi solicitado o parecer ao CNECV, que o rejeitou.

Depois desta rejeição e após dada uma recomendação de alteração, citando Neves, (2013):

Em 2010, foram apresentados quatro projetos de lei, novamente abordando o tema de Declarações Antecipadas de Vontade: nº 413/XI, pelo Partido Socialista,; nº414/XI, pelo Bloco de Esquerda,; nº 428/XI, pelo Partido Social Democrata e o nº 429 pelo CDS-PP. Após discussão na Assembleia da República, foi solicitado novo parecer ao CNECV e emitido em Dezembro 2010 com o nº 59.

Este parecer, considera as declarações Antecipadas de Vontade como uma manifestação legítima da vontade da pessoa que as subscreve e considera que são um elemento de relevância máxima para o apuramento da vontade real da pessoa por parte das equipas de saúde em situações de grande complexidade (CNECV, 2013 *cit. in* Neves, 2013).

O que por sua vez, de acordo com Neves (2013):

Possibilita, assim, exercer o direito à autonomia, e ter algum controle prático sobre o que será feito em situações de fim de vida, através do respeito dos valores e preferências da pessoa dentro do quadro jurídico-legal instituído. O mesmo considera, também, “(...) pertinente a existência de um Registo Nacional de Declarações Antecipadas de Vontade”, o que vai facilitar e agilizar a consulta de Declarações Antecipadas de Vontade do doente e permitir às equipas de saúde uma tomada de decisão, em conformidade e em tempo útil.

Os projetos apresentados pelos diferentes partidos para esta Lei foram aprovados no parlamento, em 2011 e em 2012. Terminada a discussão Parlamentar, foi aprovada a Lei 25/2012, de 16 de julho, que regulamente a nomeação de Procurador de cuidados de saúde, cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) e define as Diretivas Antecipadas de Vontade, sob a forma de Testamento Vital.

Após publicação da Lei, em 16 de julho de 2012, os profissionais de saúde passam a ter a obrigação legal de respeitar a vontade do doente, ou do seu procurador legal, no que se refere aos cuidados de saúde que a pessoa quer, ou não, que lhe sejam prestados no caso de, por doença ou incapacidade mental, não ser capaz de o expressar.

Neves (2013) afirma que esta lei menciona de forma clara as situações perante as quais o utente pode recorrer à sua vontade. Situações essas como:

- Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado.
- Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais (por exemplo, estar ligado a um ventilador).
- No seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais, que apenas visem retardar o processo natural de morte (por exemplo, sonda para alimentação ou hidratação ou soro).
- Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada.
- Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental.

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

- Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.”

Quanto a duração do Testamento Vital, segundo Neves (2013):

De acordo com a Lei em apreço, a vontade expressa no Testamento Vital é válida por cinco anos, renovável e também modificável, no seu todo ou em parte, em qualquer momento. Não serão validos os Testamentos Vitais contrários às boas práticas médicas ou cujo cumprimento possa provocar deliberadamente a morte não natural e evitável.

Citando a circular informativa dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, (2014):

O registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)- é um sistema de informação desenvolvido pela SPMS (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde), que possibilita a receção, registo, organização e atualização de toda a informação e documentação relativas ao documento de diretivas antecipadas de vontade e à procuração de cuidados de saúde para todos os cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, nos termos do disposto na Lei nº25, de 16 de Julho de 2012 e na Portaria nº96, de 5 de Maio de 2014.

O RENTEV é suportado por uma base de dados de âmbito nacional, que centraliza e mantém atualizados os Testamentos Vitais (TV), garantindo a sua consulta aos cidadãos (e ao respetivo procurados de saúde, caso exista), através da PDS – Portal do Utente (Plataforma de Dados de Saúde), e aos médicos responsáveis pela prestação de cuidados de saúde através da PDS-Portal do Profissional.

Sendo este registo acessível por parte dos profissionais de saúde em qualquer momento, com base na opinião de Neves, (2013):

Este registo opcional irá facilitar a tarefa aos doentes e aos profissionais de saúde, visto que proporcionará um acesso mais rápido à informação, revelando-se de grande utilidade caso os doentes não tenham nomeado um procurador de saúde, como prevê a legislação.

1.3 – Objetivos e questões

Uma vez formulado o problema e efetuada uma revisão da literatura, segundo Fortin (2009), “(...) trata-se de definir claramente o objetivo da investigação e de determinar o que se propõe fazer para realizar o estudo.”

Durante este estudo pretende-se como objetivo, descrever conceitos relacionados com o Testamento Vital e de compreender a forma como os alunos de enfermagem do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa se encontram perante este tema.

Como questão de investigação surgiu, como já referido anteriormente, a seguinte questão:

- Qual é o nível de conhecimentos dos alunos de enfermagem face ao Testamento Vital?

Após a elaboração de uma pesquisa teórica e realizada uma reflexão sobre o tema em estudo, surgiram variadas questões mais específicas, tais como:

- Será que a informação obtida durante as aulas teóricas no curso da Licenciatura de Enfermagem serão suficientes no ramo da Ética e Deontologia?
- Será que na opinião dos alunos da Licenciatura em Enfermagem a legalização do Testamento Vital contribuiu favoravelmente nos cuidados de saúde?
- Qual é a importância que os alunos de enfermagem atribuem ao Testamento Vital?

II. FASE METODOLÓGICA

A partir do momento em que a investigação é centrada num problema específico, é em torno dele que o investigador escolherá a abordagem mais adequada no seu entender, para ir em direção ao objetivo visado. Poderá ser uma abordagem quantitativa, qualitativa ou mista.

2.1 – Desenho de investigação

Selecionar um método de investigação implica dois elementos, “(...) o paradigma do investigador e estratégia utilizada para atingir o objetivo fixado.” (Norwood, 2000 *cit. in* Fortin, 2009).

A escolha de um método depende da orientação que o investigador quer dar ao seu trabalho, das suas crenças e, sobretudo, da sua natureza da questão colocada. (Fortin, 2009)

i. Tipo de estudo

O presente trabalho de investigação é considerado um estudo descritivo. A descrição segundo Fortin, (2009):

Consiste em representar no seu conjunto um fenómeno ou os seus determinantes. A explicação é possível quando as relações entre o fenómeno e um ou vários determinantes se fundamentam numa base teórica empiricamente verificável.

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

Numa investigação descritiva “(...) o investigador observa, descobre, caracteriza e muitas vezes classifica novas informações, com vista a traçar um retrato claro e preciso da situação que estuda.” (Fortin, 2009).

Algumas investigações descritivas têm por objetivo definir com precisão um conceito, as características, outras visam a produzir estatísticas sobre elementos que têm uma relação com populações. (Fortin, 2009).

Segundo Fortin, (2009):

A investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação.

Tendo em conta os objetivos que a aluna pretende atingir e os meios utilizados para esse mesmo fim o presente estudo apoiou-se num método de investigação quantitativo.

De acordo com Fortin, (2009):

O método de investigação quantitativo caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos.

De uma forma geral, pode dizer-se que o método quantitativo visa, sobretudo, explicar e predizer um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise dos dados numéricos.

Como indicam Lavielle e Dionne, 1996, p.39 (*cit. in* Fortin, 2009), “é importante ter em conta não só o percurso selecionado ao longo da investigação mas também a preferência pessoal do investigador.”

ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem

Segundo Haber, (2001), “uma população é um conjunto bem definido que tem certas propriedades específicas. Uma população pode ser composta por pessoas, animais, objetos ou acontecimentos.”

Conforme Haber, (2001):

A amostragem é um processo de selecionar uma porção da população designada para representar toda a população. Uma amostra é um conjunto de elementos que formam a população.

A amostra em causa é uma amostra não probabilística, isto é, segundo Haber, (2001), “(...) os elementos são escolhidos por métodos não aleatórios.”

Dentro do agrupamento de uma amostra não probabilística, o público em causa insere-se numa amostragem de conveniência. Este tipo de amostra é citando Haber, (2001), “(...) o uso das pessoas ou objetos mais prontamente acessíveis como sujeitos de pesquisa num estudo.”

Deste modo, a população-alvo selecionada pelo autor consiste nos alunos inscritos no quarto ano da Licenciatura em Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa. Esta população é constituída por 37 alunos de Enfermagem, sendo que a amostra obtida foram 27 alunos. Sendo este o número de alunos que participaram por livre vontade.

iii. Variáveis em estudo

Segundo Fortin, (2009), “as variáveis são qualidades ou características às quais se atribuem valores.”

“As variáveis presentes neste estudo consistem em variáveis de atributo, isto é, são características pré-existentes dos participantes em estudo.” (Fortin, 2009).

Dentro destas variáveis encontram-se:

- A idade;
- O sexo;
- A religião.

Quando é aplicado um questionário, como objetivo de obtenção de informação é necessário ter em conta como “(...) preocupação primordial, em qualquer investigação (...) a influência de variáveis estranhas sobre resultados do estudo.” (Fortin, 2009).

Segundo Fortin, (2009):

O controlo é portanto, um aspeto importante nos estudos quantitativos, pelo que o investigador deve precisar os meios ou as estratégias que entende utilizar para controlar as variáveis estranhas.

iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste

Segundo Fortin, (2009), para colher dados junto dos participantes num estudo descritivo, recorre-se à observação, à entrevista ou a um questionário.

Os dados recolhidos para a elaboração do projeto de graduação foram obtidos pela distribuição de questionários ‘*online*’ pelos alunos frequentadores do quarto ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

A seleção do método realizou-se pela facilidade de distribuição e obtenção de dados e por uma forma mais facilitadora quanto à interpretação dos dados colhidos.

O questionário é constituído por três partes, cada uma com diferentes relevâncias.

A primeira parte contém três questões que permitem caracterizar a amostra e focar as variáveis de atributo que poderão influenciar em certa medida os resultados.

A segunda parte contém nove perguntas e permite obter a informação por parte do participante relacionada com a vivência da Morte e com o Testamento Vital.

A terceira parte permite avaliar o nível de conhecimentos dos participantes em relação ao Testamento Vital. Para atingir este objetivo são apresentadas dez afirmações sobre o Testamento Vital, entre as quais algumas se encontram corretas e outras erradas. Ao longo dessas afirmações é pedido ao inquirido que assinale os respetivos campos segundo a sua concordância/discordância de acordo com a veracidade das afirmações. De seguida é efetuada uma distribuição das respostas dos participantes segundo o correto/errado em relação à veracidade das afirmações, resultando assim a nível percentual, o valor de respostas corretas e erradas.

Para uma interpretação eficaz dos resultados, estes serão distribuídos por três grupos, correspondendo cada um a uma interpretação de conhecimentos. Os campos de valor percentual $\leq 25\%$ de respostas corretas correspondem a um nível de conhecimento “insuficiente”. Os campos de valor percentual entre 25% e $\leq 75\%$ de respostas corretas correspondem a um nível de conhecimento “razoável”. O último campo de valor percentual $>75\%$ de respostas corretas corresponde a um “bom” nível de conhecimento.

Para verificar se o instrumento de colheita de dados é o mais correto e o mais eficaz é necessário aplicar um pré-teste.

O pré-teste consiste na distribuição do questionário elaborado a uma percentagem reduzida da amostra. Deste modo o pré-teste foi aplicado a três alunos de Enfermagem da Licenciatura em Enfermagem. Através da aplicação do pré-teste houve necessidade da alteração de alguns aspetos para uma futura melhor compreensão. Os aspetos alterados envolveram a alteração de algumas construções frásicas ou descrição de siglas. Na terceira parte do questionário houve necessidade de especificação que o valor de concordância/discordância seria quanto à veracidade das afirmações. Nessa mesma parte houve também necessidade de especificação de siglas por referência dos alunos que realizaram o pré-teste. No entanto os participantes do pré-teste realizaram o questionário sem dificuldades.

Os resultados obtidos através do preenchimento do pré-teste foram excluídos da amostra, uma vez que estes apenas contribuíram para a verificação da necessidade de alteração de alguns aspetos, não sendo os mesmos contabilizados.

2.2 – Salvaguarda dos princípios éticos

A preocupação ética deve estar explícita em qualquer trabalho de investigação que envolve seres humanos ou animais. Tal como referem Streubert e Carpenter, (*cit. in* Queiroz, A.A, et all, 2007):

Comprometer-se com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativo ou qualitativo sejam sólidos do ponto de vista ético e moral.

Segundo Fortin, (2009):

As decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre os princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência. Ao estudar fenómenos biopsicossociais, os investigadores podem provocar danos, de forma consciente ou não, na integridade das pessoas com quem entram em relação ou na sua vida privada, ou ainda causar-lhes prejuízos.

De acordo com Fortin, (2003) os cinco princípios ou direitos que se aplicam a um indivíduo que participe numa investigação científica são:

- Direito à autodeterminação

Que segundo Haber, (2001):

Tem base no princípio ético de respeito às pessoas; as pessoas devem ser tratadas como agentes autônomos que têm a liberdade de escolher sem controlos externos.

“Um agente autônomo é um agente que é informado sobre um estudo proposto e lhe é permitido escolher participar ou não” (Brink, 1992 *cit. in* Haber, 2001).

- Direito à privacidade e dignidade

Que segundo Haber, (2001):

Baseada no princípio de respeito, a privacidade é a liberdade de uma pessoa para determinar o tempo, a medida e as circunstâncias sob as quais as informações particulares são compartilhadas ou negadas a outras pessoas.

- Direito ao anonimato e à confidencialidade

Referente a Ana, 1985 (*cit. in* Haber, 2001):

Baseado no princípio de respeito, o anonimato existe quando a identidade do sujeito da pesquisa não pode ser ligada, nem mesmo pelo pesquisador, a suas reações individuais.

- Direito à proteção contra o desconforto e prejuízo

De acordo com Haber, (2001):

Baseadas no princípio ético de beneficência, as pessoas têm de assumir o papel ativo em promover o bem e impedir o dano no mundo que os cerca, bem como em estudos de pesquisa.

- Direito a um tratamento justo e leal

“Baseadas no princípio ético de justiça, as pessoas devem ser tratadas de forma justa e devem receber o que lhes é devido.” (Haber, 2001)

O code of Federal Regulations (Código de Regulamentos Federais), 1983 (*cit. in* Haber, J., 2001) define que o consentimento informado de um indivíduo ou do seu representante autorizado legalmente é um instrumento que considera se o sujeito selecionado ou se o seu representante, com oportunidade representativa suficiente, deve ou não participar na pesquisa sem indução indevida nem qualquer elemento de força, subterfúgios, engano, coerção ou outras formas de sujeição ou coação.

III. FASE EMPÍRICA

Após definidas as limitações do estudo, os meios para obtenção de dados e o tipo de estudo, pode-se proceder à apresentação dos dados da forma mais apropriada.

Os dados foram trabalhados com ajuda do programa informático SPSS 23.0, sob a forma de gráficos e tabelas, para uma interpretação e visualização mais eficaz.

3.1 – Apresentação e análise dos dados

O tratamento e apresentação dos dados é efetuado por um método quantitativo, representando os objetivos sobre forma numérica e percentual. Este método permite uma avaliação imediata e eficaz dos dados obtidos.

Os produtos adquiridos serão demonstrados por gráficos ao longo da fase empírica em conjunto com a sua interpretação, de modo a concluir o objetivo inicialmente pretendido com este trabalho de investigação.

Citando Fortin (2009):

Os resultados são apresentados sob a forma de dados numéricos inseridos em quadros e figuras e a sua interpretação faz-se em função do quadro teórico ou concetual que foi definido.

A apresentação dos dados irá ser dividida em três partes, sendo que cada uma tem objetivos diferentes. A primeira parte será representadora da amostra, de modo a resumir a caracterização da amostra, referindo as variáveis de atributo. A segunda parte permite demonstrar e resumir a experiência e opinião dos alunos de Enfermagem perante alguns

fatores intrínsecos ao Testamento Vital e em relação ao próprio. A terceira parte permite concluir se os alunos de Enfermagem apresentam um bom conhecimento ou não, sobre o Testamento Vital.

Sendo que se trata de um estudo descritivo, pretende-se compreender e interpretar o total da amostra através de percentagens, recorrendo a estatística descritiva, utilizando frequências (n) e relativas (%).

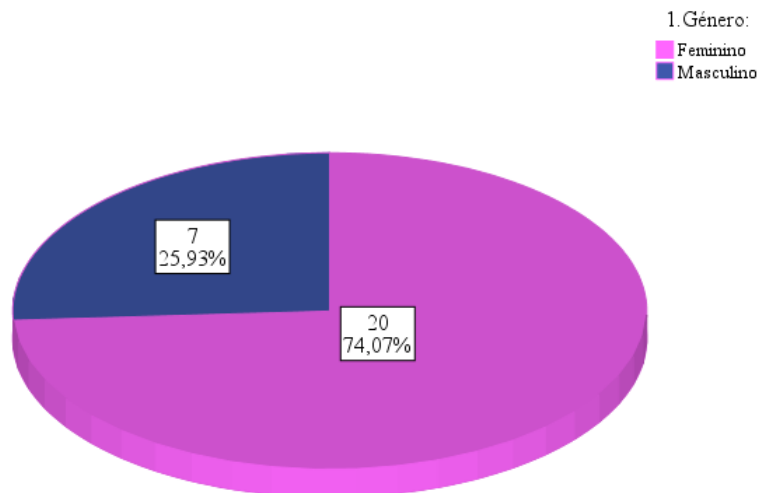
3.2.1 – Caracterização dos Inquiridos

Quadro I – Distribuição dos inquiridos segundo o género

	Frequência	Percentagem
Feminino	20	74,1
Masculino	7	25,9
Total	27	100,0

Gráfico I – Distribuição dos inquiridos segundo o género

Género

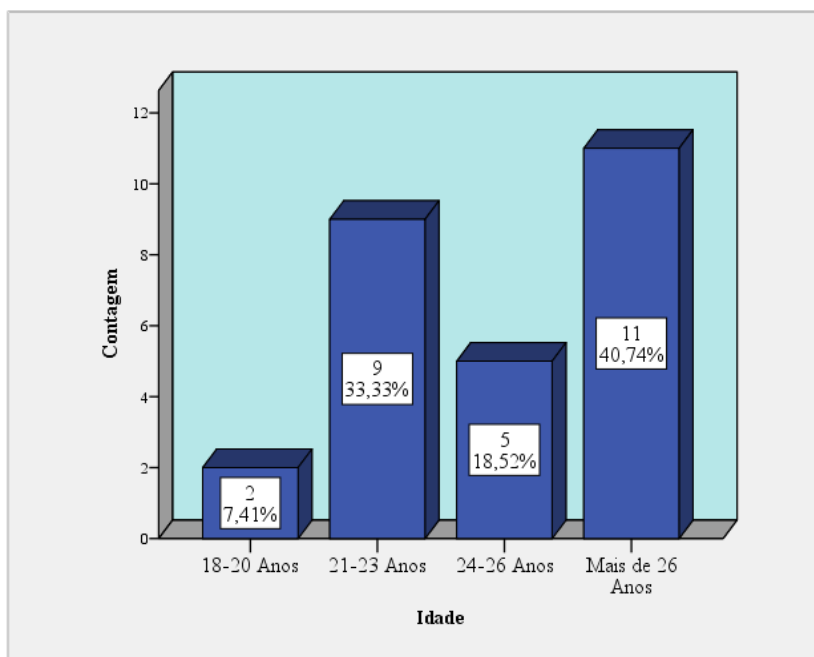


A amostra, como já referido anteriormente, é constituída por 27 estudantes do quarto ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa. Através da análise da tabela e sucessivo gráfico, pode-se concluir que a amostra é constituída essencialmente pelo género feminino, sendo que este corresponde a 74,1%. O género masculino encontra-se representado neste estudo por 25,9%.

Quadro II – Distribuição dos inquiridos segundo a idade

	Frequência	Percentagem
18-20 Anos	2	7,4
21-23 Anos	9	33,3
24-26 Anos	5	18,5
Mais de 26 Anos	11	40,7
Total	27	100,0

Gráfico II – Distribuição dos inquiridos segundo a idade

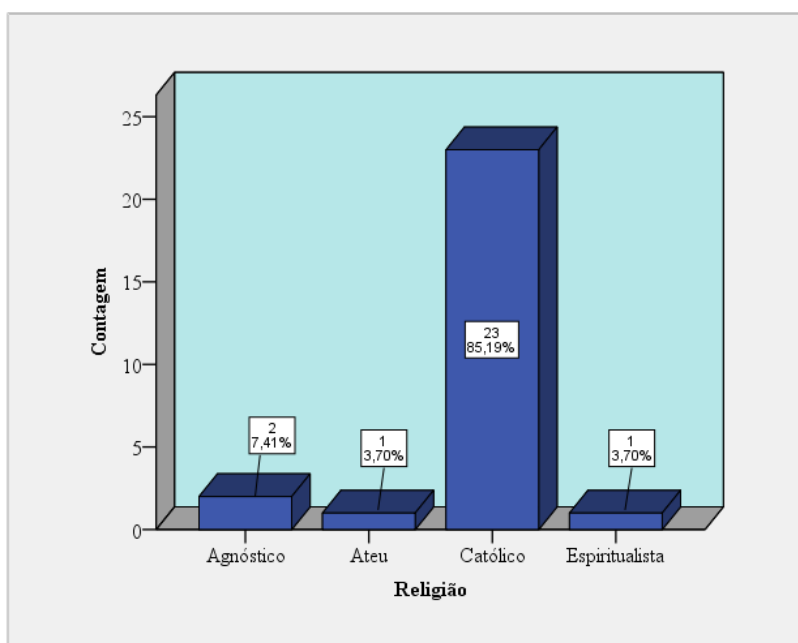


Analisando o quadro e o gráfico II, concluímos que a maioria da amostra apresenta mais de 26 anos, sendo constituída por 40,74% da amostra total. Entre os 24 e os 26 anos entram-se 18,52% dos estudantes. Entre os 21 anos e os 23 anos encontram-se 33,33% e entre os 18 aos 20 anos encontram-se 7,41% dos alunos.

Quadro III – Distribuição dos inquiridos segundo a religião

	Frequência	Percentagem
Agnóstico	2	7,4
Ateu	1	3,7
Católico	23	85,2
Espiritualista	1	3,7
Total	27	100,0

Gráfico III – Distribuição dos inquiridos segundo a religião



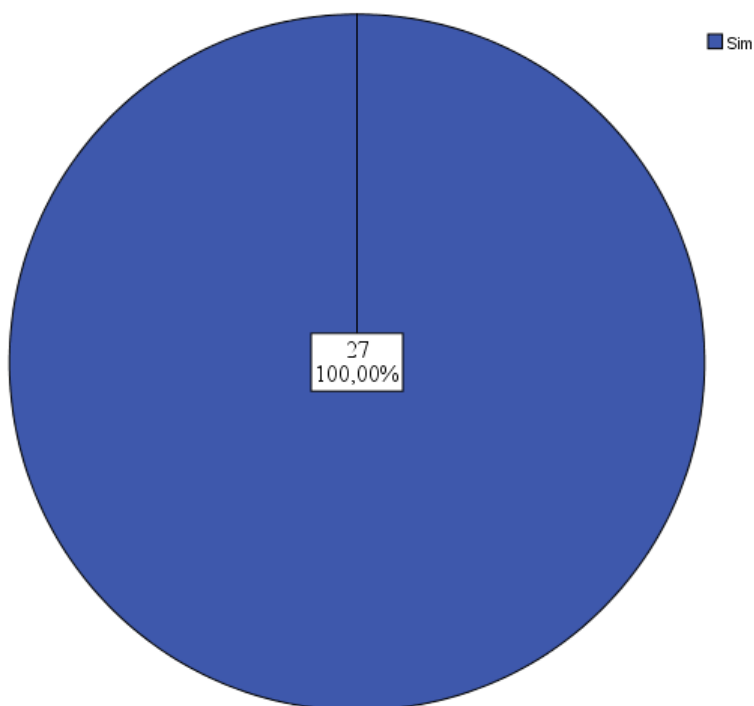
O quadro e o gráfico III permitem a visualização das diferentes crenças em termos religiosos dos inquiridos. Conclui-se assim, que a maioria dos participantes são católicos, constituindo assim, 85,19% da amostra. A 7,41% correspondem dois estudantes que se assumem-se como agnóstico. Correspondendo a 3,70% cada, encontra-se também um estudante Ateu e um Espiritualista.

3.2.2 – Os alunos perante a Morte e o Testamento Vital

Quadro IV – Distribuição dos inquiridos segundo a vivência ou não de uma morte durante os ensinamentos clínicos.

	Frequência	Percentagem
Sim	27	100,0

Gráfico IV – Distribuição dos inquiridos segundo a vivência ou não de uma morte durante os ensinamentos clínicos.

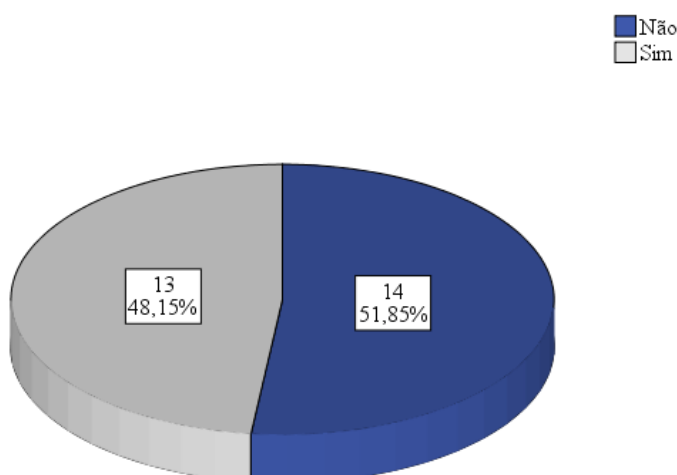


Perante a pergunta ‘Durante os ensinamentos clínicos alguma vez vivenciou uma situação de Morte?’, 100% dos alunos referiram que sim.

Quadro V – Distribuição dos inquiridos segundo a modificação ou não da opinião sobre a morte ao longo dos ensinos clínicos.

	Frequência	Percentagem
Não	14	51,9
Sim	13	48,1
Total	27	100,0

Gráfico V – Distribuição dos inquiridos segundo a modificação ou não da opinião sobre a morte ao longo dos ensinos clínicos.

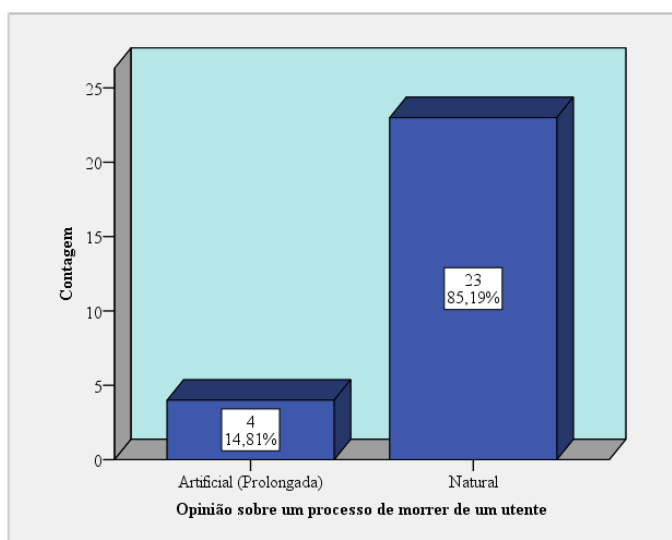


Perante a pergunta ‘A sua opinião sobre a Morte foi modificando ao longo dos ensinos clínicos?’, 51,8% respondeu que não e 48,15% respondeu que sim. Pelo que mais do que metade dos inquiridos não modificou a sua opinião sobre a morte.

Quadro VI – Distribuição dos inquiridos sobre a opinião quanto ao processo de morrer de um utente.

	Frequência	Percentagem
Artificial (Prolongada)	4	14,8
Natural	23	85,2
Total	27	100,0

Gráfico VI – Distribuição dos inquiridos sobre a opinião quanto ao processo de morrer de um utente.

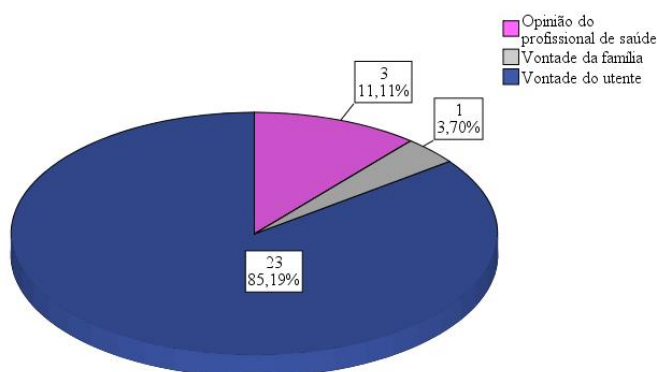


Perante a pergunta ‘Qual é a sua opinião sobre um processo de morrer de um utente?’, 85,19% respondeu que esta deveria ocorrer por um processo natural. Por outro lado, 14,81% dos inquiridos respondeu a favor do processo artificial em termos de prolongamento de vida.

Quadro VII – Distribuição dos inquiridos sobre a opinião quanto aos cuidados prestados ao longo de um processo de morrer de um utente

	Frequência	Percentagem
Opinião do profissional de saúde	3	11,1
Vontade da família	1	3,7
Vontade do utente	23	85,2
Total	27	100,0

Gráfico VII – Distribuição dos inquiridos sobre a opinião quanto aos cuidados prestados ao longo de um processo de morrer de um utente

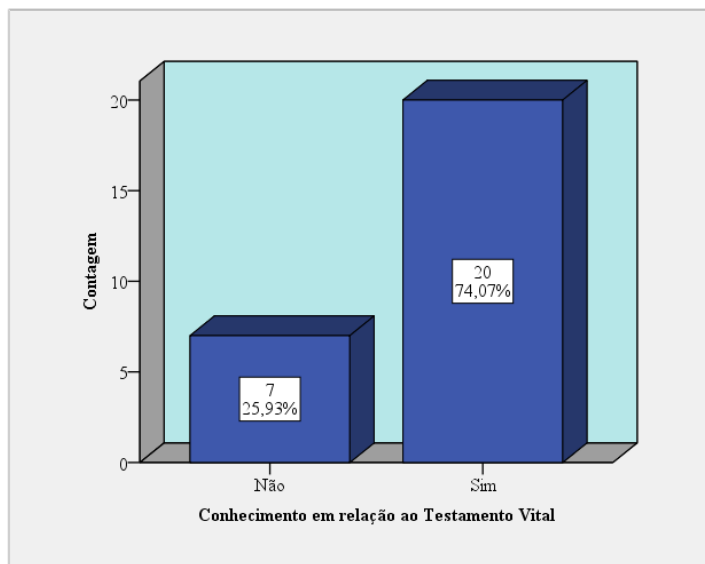


Perante a seguinte afirmação: “Os cuidados prestados ao longo do processo de morrer de um utente deverão ocorrer com base na: (...)”, mais de metade dos inquiridos respondeu que deveria ocorrer com base na vontade do utente, sendo esta a terminação correspondente a 85,19% dos inquiridos. De acordo com o resto do quadro e gráfico, 11,11% responderam que deveria ocorrer com base na opinião do profissional de saúde e 3,70% respondeu que deveria ocorrer com base na vontade da família.

Quadro VIII – Distribuição dos inquiridos quanto à posse de conhecimento em relação ao Testamento Vital

	Frequência	Percentagem
Não	7	25,9
Sim	20	74,1
Total	27	100,0

Gráfico VIII – Distribuição dos inquiridos quanto à posse de conhecimento em relação ao Testamento Vital

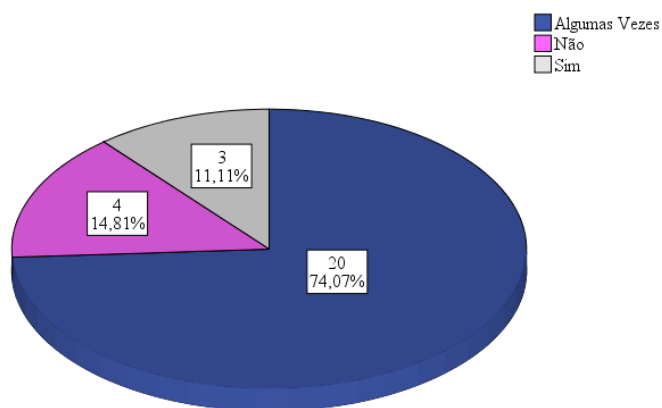


Os inquiridos quando questionados quanto à posse ou não de conhecimento em relação ao Testamento Vital, 74,1% respondeu que o possuíam e 25,9% da amostra referiu que não apresentavam conhecimentos.

Quadro IX – Distribuição dos inquiridos quanto a opinião sobre a existência de respeito com o utente em meio hospitalar

	Frequência	Percentagem
Algumas Vezes	20	74,1
Não	4	14,8
Sim	3	11,1
Total	27	100,0

Gráfico IX – Distribuição dos inquiridos quanto a opinião sobre a existência de respeito com o utente em meio hospitalar

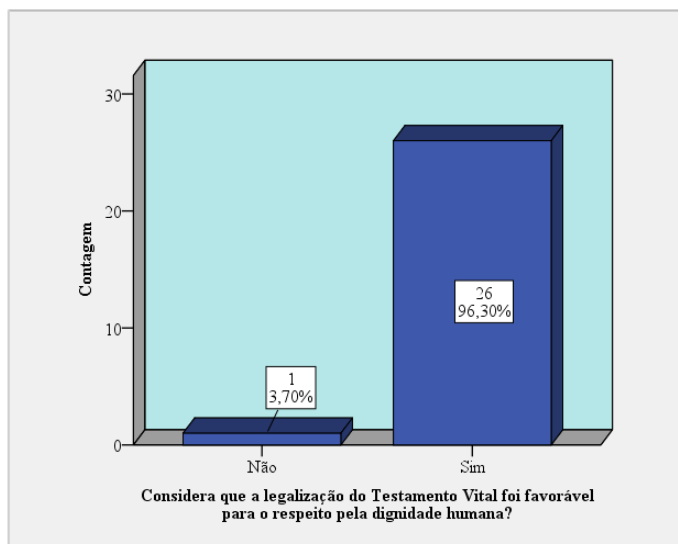


Perante a pergunta ‘Considera que a vontade do utente é respeitado em meio hospitalar (Internamento, Emergência, Urgência e cuidados de saúde primários)?’, 74,1% respondeu que consideravam haver respeito algumas vezes, 14,8% respondeu que não e 11,1% afirmou que sim.

Quadro X – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a influência positiva
legalização do Testamento Vital

	Frequência	Percentagem
Não	1	3,7
Sim	26	96,3
Total	27	100,0

Gráfico X – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a influência positiva da
legalização do Testamento Vital

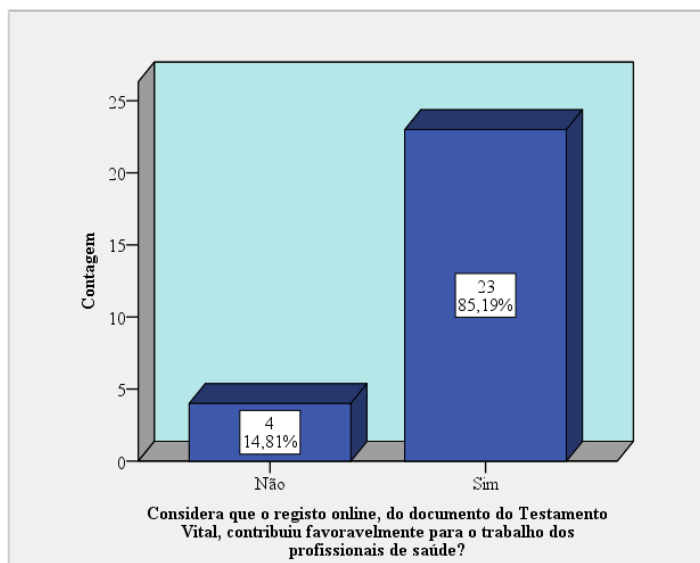


Quando colocada a seguinte questão: ‘Considera que a legalização do Testamento Vital foi favorável para o respeito pela dignidade humana?’, 96,30% consideram que sim e um aluno, correspondente a 3,70%, considera que não.

Quadro XI – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a influência favorável do registo ‘online’

	Frequência	Percentagem
Não	4	14,8
Sim	23	85,2
Total	27	100,0

Gráfico XI – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a influência favorável do registo ‘online’

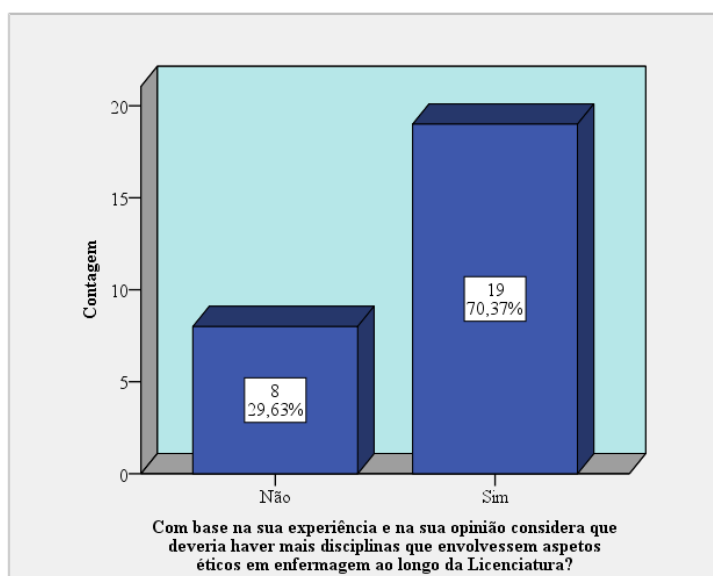


Perante a questão ‘Considera que o registo online, do documento do Testamento Vital, contribuiu favoravelmente para o trabalho dos profissionais de saúde?’ e analisando o quadro e gráfico anteriormente referenciado, pode-se concluir que 85,19% considera que o registo online foi favorável, enquanto que 14,81% dos inquiridos considera que não.

Quadro XII – Distribuição dos inquiridos sobre a existência de mais disciplinas que envolvem aspetos éticos em enfermagem

	Frequência	Percentagem
Não	8	29,6
Sim	19	70,4
Total	27	100,0

Gráfico XII – Distribuição dos inquiridos sobre a existência de mais disciplinas que envolvem aspetos éticos em enfermagem



Analisando o quadro e o gráfico XII, pode-se resumir que 70,4% dos alunos de Enfermagem consideram que deveriam haver mais disciplinas que envolvessem aspetos éticos em enfermagem ao longo da Licenciatura. No entanto 8 alunos, correspondendo a 29,6%, consideram que não.

3.2.3 – Nível de conhecimento dos inquiridos

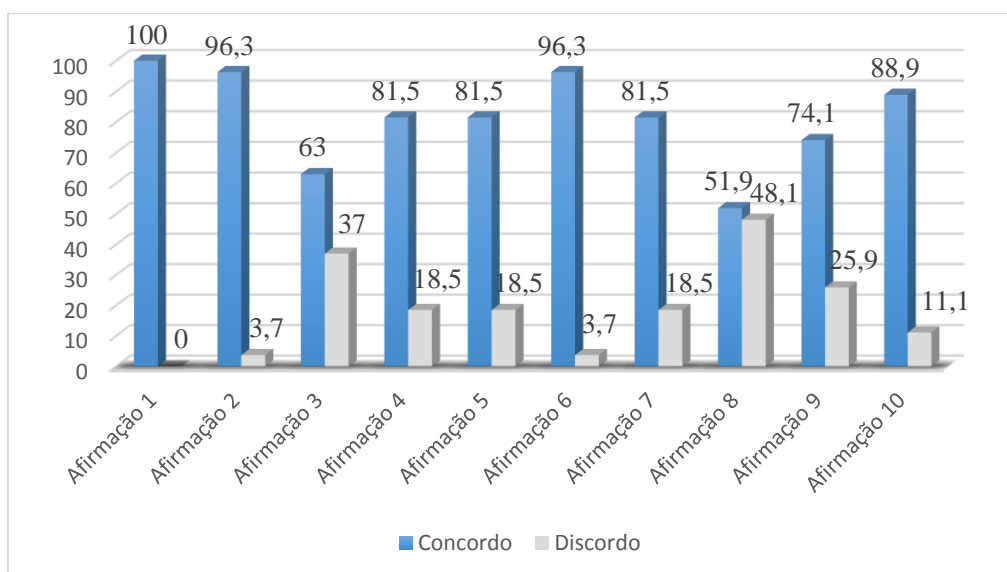
Quadro XIII – Distribuição dos inquiridos segundo a concordância/discordância segundo a veracidade de afirmações sobre o Testamento Vital

		Frequência	Percentagem
<u>Afirmação 1</u> O documento, que se subscreve sendo maior de idade e capaz e não se encontrando interdito ou inabilitado por anomalia psíquica, é por unilateral e livremente revogável a qualquer momento pela própria pessoa.	Concordo	27	100
	Discordo	0	0
	Total		100
<u>Afirmação 2</u> O documento, que se subscreve sendo maior de idade e capaz e não se encontrando interdito ou inabilitado por anomalia psíquica, é por unilateral e livremente revogável a qualquer momento pela própria pessoa.	Concordo	26	96,3
	Discordo	1	3,7
	Total		100
<u>Afirmação 3</u> É necessário nomear um procurador de cuidados de Saúde.	Concordo	17	63,0
	Discordo	10	37,0
	Total		100
<u>Afirmação 4</u>	Concordo	22	81,5

São necessárias determinadas circunstâncias, de acordo com a situação clínica, para que a DAV produza efeitos.	Discordo	5	18,5
	Total		100
<u>Afirmação 5</u> A DAV garante ao utente a escolha de não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental.	Concordo	22	81,5
	Discordo	5	18,5
	Total		100
<u>Afirmação 6</u> A DAV permite ao utente ter junto do mesmo, por tempo adequado e quando se decide interromper meios artificiais de vida, uma determinada pessoa, designando a mesma.	Concordo	26	96,3
	Discordo	1	3,7
	Total		100
<u>Afirmação 7</u> Caso seja solicitado o registo no RENTEV, o mesmo só produz efeitos após receção pelo outorgante da informação de conclusão do processo.	Concordo	22	81,5
	Discordo	5	18,5
	Total		100
<u>Afirmação 8</u> A declaração é eficaz durante 3 anos a contar da data da sua assinatura.	Concordo	14	51,9
	Discordo	13	48,1
	Total		100

<p><u>Afirmação 9</u></p> <p>As DAV garantem ao utente a escolha de não serem administrados os fármacos necessários para controlar, com efetividade, dores e outros sintomas que possam causar padecimento, angústia ou mal-estar.</p>	Concordo	20	74,1
	Discordo	7	25,9
	Total		100
<p><u>Afirmação 10</u></p> <p>As DAV garantem ao utente a escolha de não ser submetido a reanimação cardiorrespiratória</p>	Concordo	24	88,9
	Discordo	3	11,1
	Total		100

Gráfico XIII – Distribuição dos inquiridos segundo a concordância/discordância segundo a veracidade de afirmações sobre o Testamento Vital



O quadro XIII apresenta todas as afirmações, individualizadas, que foram colocadas no questionário para a verificação da posse de conhecimento dos alunos de enfermagem perante o Testamento Vital. É possível verificar pelo gráfico XIII que 100% dos alunos concordou com a veracidade quanto à seguinte afirmação: ‘O documento, que se subscreve sendo maior de idade e capaz e não se encontrando interdito ou inabilitado por anomalia psíquica, é por unilateral e livremente revogável a qualquer momento pela própria pessoa.’

À afirmação ‘O documento, que se subscreve sendo maior de idade e capaz e não se encontrando interdito ou inabilitado por anomalia psíquica, é por unilateral e livremente revogável a qualquer momento pela própria pessoa.’, 96,3% dos estudantes concordaram e 3,7 discordaram.

À afirmação ‘É necessário nomear um procurador de cuidados de Saúde.’, 63% concordaram com a veracidade da afirmação e 37% discordaram.

Quanto à afirmação ‘São necessárias determinadas circunstâncias, de acordo com a situação clínica, para que a DAV produza efeitos.’, 81,5% concordaram e 18,5% discordaram.

A seguinte afirmação dita que ‘A DAV garante ao utente a escolha de não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental’ e 81,5% dos alunos concordaram, ao mesmo tempo que, 18,5% dos alunos discordaram.

À afirmação ‘A DAV permite ao utente ter junto do mesmo, por tempo adequado e quando se decide interromper meios artificiais de vida, uma determinada pessoa, designando a mesma’, 96,3% dos alunos responderam que concordavam e 3,7% respondeu que discordavam.

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

A próxima afirmação refere que ‘Caso seja solicitado o registo no RENTEV, o mesmo só produz efeitos após receção pelo outorgante da informação de conclusão do processo’, pelo que 81,5% dos alunos concordaram e 18,5% discordaram.

Quanto à afirmação ‘A declaração é eficaz durante 3 anos a contar da data da sua assinatura’, 51,9% dos alunos referiram que concordavam com a sua veracidade e 48,1% discordaram.

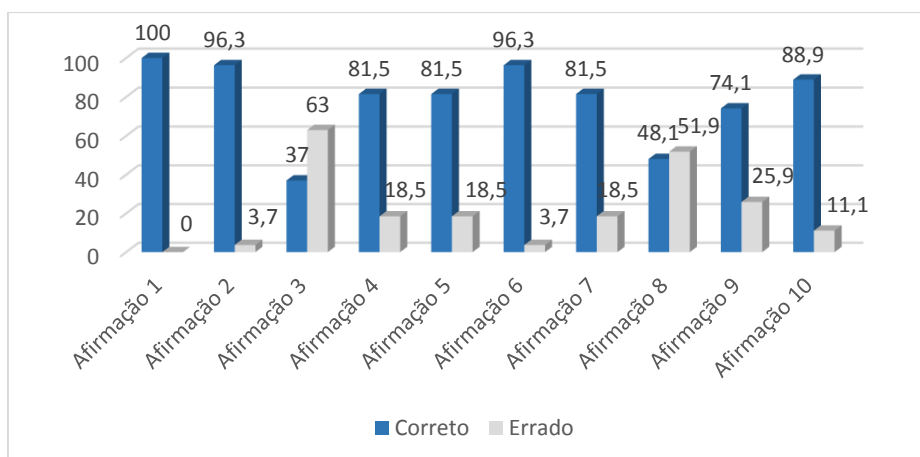
Quando apresentada a afirmação ‘As DAV garantem ao utente a escolha de não serem administrados os fármacos necessários para controlar, com efetividade, dores e outros sintomas que possam causar padecimento, angústia ou mal-estar’ 74,1% concordaram com a sua veracidade e 25,9% discordaram.

Quanto à última afirmação do questionário que refere ‘As DAV garantem ao utente a escolha de não ser submetido a reanimação cardiorrespiratória’, 88,9% dos alunos concordaram com a sua veracidade e 11,1% discordaram.

Quadro XIV – Distribuição das respostas segundo correto/errado por parte dos inquiridos em relação à veracidade das afirmações

	Correto	Errado
Afirmção 1	100 %	0 %
Afirmção 2	96,3 %	3,7 %
Afirmção 3	37,0 %	63,0 %
Afirmção 4	81,5 %	18,5 %
Afirmção 5	81,5 %	18,5 %
Afirmção 6	96,3 %	3,7 %
Afirmção 7	81,5 %	18,5 %
Afirmção 8	48,1 %	51,9 %
Afirmção 9	74,1 %	25,9 %
Afirmção 10	88,9 %	11,1 %

Gráfico XIV – Distribuição das respostas segundo correto/errado por parte dos inquiridos em relação à veracidade das afirmações



Interpretando o quadro e o gráfico XIV é possível verificar as percentagens anteriormente referidas por uma distribuição das respostas dos alunos de Enfermagem, classificando as mesmas como corretas e falsas quanto às afirmações apresentadas.

Quadro XV – Média das respostas segundo correto/falso por parte dos inquiridos em
relação à veracidade das afirmações

	Correto	Errado
Média	78,520	21,480
N	10	10
Desvio Padrão	20,8083	20,8083

Resumindo assim a última parte (Nível do conhecimento), pode-se concluir que os alunos de Enfermagem responderam a 78,5% das afirmações corretamente. No entanto, responderam a 21,5% das afirmações de forma errada, isto é, em média erraram duas respostas.

Distribuindo o valor percentual por conceitos correspondentes ao nível de conhecimento dos inquiridos, pode-se definir que uma percentagem inferior ou igual a 25 corresponde a um ‘nível de conhecimento insuficiente’, entre 25 e inferior ou igual a 75 corresponde a um razoável nível de conhecimento e uma percentagem superior a 75 corresponde a um bom nível de conhecimento.

IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após efetuada a colheita dos dados e a representação dos mesmos através de quadros e gráficos é possível analisar de forma eficaz todas as respostas obtidas.

Como refere Fortin (1999):

Os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita dos dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto.

Como já anteriormente referido, o questionário foi aplicado a uma população-alvo de 37 alunos, do quarto ano, da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sendo que participaram 27 dos mesmos. O meio escolhido para obtenção dos dados foi pela distribuição ‘*online*’ de um questionário entre os alunos do quarto ano, pelo que houve possibilidade de decisão quanto a uma livre participação por parte dos alunos.

Iniciando o questionário com a caracterização da amostra, demonstra-se que 74,1% dos inquiridos são do sexo feminino e 25,9% do sexo masculino. Este tópico permite concluir que o sexo feminino prevalece na amostra, confirmando que o curso de enfermagem é predominantemente frequentado por mulheres.

“Todas as mulheres (...) têm, em algum período da sua vida, a responsabilidade pessoal pela saúde de alguém (...) por outras palavras, toda a mulher é uma enfermeira.” (Nightingale, 2005, *cit. in* Lopes e Santos, 2010).

Note-se que a palavra inglesa nurse vem do francês antigo nurrice - a pessoa que amamenta um bebé ou que cuida de uma criança; do latim tardio nutrícia - ama, ama-seca; que deriva, por sua vez, do latim nutrix - a pessoa que alimenta, a ama. (Graça, Henriques e Isabel, 2000 *cit. in* Lopes e Santos, 2010).

Prosseguindo com a caracterização da amostra, demonstra-se que 7,4% da amostra têm idades compreendidas entre os 18 e os 20 anos, 33,3% entre os 21 e 23 anos, 18,5% entre os 24 e 26 anos e 40,7% tem idades superiores a 26. Conclui-se deste modo que a população tem maioritariamente mais do que 26 anos.

Uma vez que o Testamento Vital contém aspetos que envolvem a cultura das pessoas, um dos aspetos a delinear na caracterização da amostra seria então a religião. Questionando este tópico conclui-se que a população predominante na amostra é crente na religião católica, constituindo 85,2% da amostra total. Quanto às restantes respostas obtidas, foi atribuído um valor de 7,4% a estudantes que se assumiram como agnósticos e 3,7% cada, como ateu e espiritualista.

“Informações com relação à religião são importantes porque têm grande significado nos rituais de nascimento, morte e visões sobre saúde e doença.” (Hoga, 1993, *cit. in* Gussi e Dytz, 2008).

É importante identificar e compreender a influência dos grupos religiosos na opinião sobre o Testamento Vital, uma vez que cada religião apresenta o seu grupo de valores e as suas próprias culturas.

Segundo Cortez e Teixeira, (2010):

A religião continua tendo uma importância no cotidiano da vida das pessoas, pois tem a função de produzir referências para a convivência social, transformando um mundo desconhecido para uma realidade repleta de sentido que gera conforto e ao mesmo tempo controlo social. (...) A relação da religião na vida das pessoas assume um carácter valorativo, podendo mesmo ser considerados raros os casos em que a religiosidade não se faz presente. (...) A opção da enfermagem, como profissão, recebe influência religiosa, principalmente do cristianismo, como uma matriz fundadora de valores no Ocidente.

A segunda parte do questionário permite interpretar e compilar toda a informação relacionada com a vivência da morte e Testamento Vital por parte dos alunos de Enfermagem.

Em relação à distribuição dos inquiridos de acordo com a vivência da morte ao longo dos ensinamentos clínicos, 100% dos alunos afirmou já ter vivenciado essa situação.

A morte não pode ser evitada, e em algum momento da vida do ser humano vai surpreendê-lo, porém não é algo fácil de ser discutida, uma vez que causa grande pavor e não-aceitação. (SOUSA et al., 2009 *cit. in* Jardim e Oliveira).

O profissional de enfermagem encontra-se em meio a um cenário de diversidade com relação à morte, um desafio constante, visto que vivem diariamente em conflito lutando pela vida e contra a morte. (SOUSA et al., 2009 *cit. in* Jardim e Oliveira).

Como meio para interpretar as respostas dos alunos de enfermagem houve necessidade de questionar os mesmos se a opinião sobre a morte foi modificando ao longo dos ensinamentos clínicos, ao que 51,9% refere que não, no entanto 48,1% refere que foi modificando.

Segundo Morais, (2011), “a morte é um acontecimento que por mais experiências que se vivenciem, nunca será um processo suportável.”

O Testamento Vital procura assegurar a vontade do utente nos momentos em que se encontra ausente a sua capacidade de se expressar, pelo que é importante compreender a opinião dos alunos de enfermagem quanto ao processo como deverá ocorrer a morte e com base na vontade/opinião de quem deverão ser realizados os cuidados.

De acordo com as respostas obtidas, 85,2% dos alunos defendem que o processo de morrer deverá consistir num processo natural. Por outro lado, 14,8% afirma que deverá consistir em métodos artificiais, procurando o prolongamento da vida humana. Quanto ao respeito pela vontade de um indivíduo, 85,2% encontram-se em concordância que os cuidados deverão ocorrer com base na vontade do utente. No entanto, 11,1% defende que deverá ocorrer com base na opinião do profissional de saúde e 3,7% dos alunos dizem que deverá ocorrer de acordo com a vontade da família.

Estas respostas poderão justificar-se pela compreensão/respeito pela vontade da pessoa que se encontra no momento crítico do seu bem-estar. No entanto, existem alunos cuja opinião se centra no prolongamento da vida por meios artificiais. Segundo SOUSA et al., 2009 (*cit. in Jardim e Oliveira*):

Tomando para si à responsabilidade de curar, salvar e/ou aliviar a dor procurando sempre preservar a vida, pois a morte para os profissionais de saúde é vista como um fracasso por isso é sempre duramente combatida evitando-se assim ao máximo que se finalize a vida.

Quanto ao Testamento Vital 74,1% dos inquiridos afirmaram possuir conhecimento em relação ao mesmo. No entanto não há disciplinas ao longo do curso de enfermagem que abordem diretamente este assunto, pelo que o conhecimento maioritariamente é adquirido ao longo dos ensinamentos clínicos ou por pesquisas individuais.

Os alunos de enfermagem, quando questionados se consideram que a vontade do utente é respeitado em meio hospitalar (Internamento, Emergência, Urgência e cuidados de saúde primários), afirmam na sua maioria (74,1%) que é respeitado apenas algumas vezes. Por outra perspectiva, 14,8% dos alunos consideram que não é respeitada e 11,1% dos alunos consideram que sim.

“Na faculdade na maioria das vezes não se prepara o estudante para a dura rotina dos hospitais, local onde se convive constantemente com o sofrimento alheio.” (SOUSA et al., 2009 *cit. in Jardim e Oliveira*).

Isto faz com que o enfermeiro deixe de assumir uma postura terapêutica diante destas situações, é extremamente raro encontrar enfermeiro nos hospitais que sejam capazes de dialogar com as famílias e/ou com os pacientes assistindo-os perante suas necessidades psicológicas e principalmente nos momentos que antecedem a morte ou o morrer propriamente dito. (SOUSA et al., 2009 *cit. in Jardim e Oliveira*).

De acordo com os pareceres dos alunos, 96,3% concorda que a legalização do Testamento Vital foi favorável para o respeito pela dignidade humana e 85,2% concorda que o registo ‘*online*’, do documento do Testamento Vital, contribuiu favoravelmente para o trabalho

dos profissionais de saúde, pelo que podemos interpretar que a opinião em geral dos alunos sobre o Testamento Vital é positiva.

Os alunos do quarto ano da Licenciatura em Enfermagem, quando questionados se na sua opinião consideram que deveriam haver mais disciplinas que envolvessem aspetos éticos em enfermagem ao longo da Licenciatura, responderam em maioria (70,4%) que sim.

A terceira parte do questionário contribuiu para uma interpretação da posse de conhecimentos dos alunos de enfermagem perante o Testamento Vital, podendo concluir-se estes apresentavam ou não um bom conhecimento sobre o documento em causa.

No geral pode afirmar-se que os alunos de Enfermagem apresentam um bom nível de conhecimentos em relação ao Testamento Vital, uma vez que responderam a maioria das questões corretamente, sendo atribuído um valor percentual de 78,5% de respostas acertadas. Pode-se também perceber que houve maior percentagem de erro na seguinte afirmação: ‘A declaração é eficaz durante 3 anos a contar da data da sua assinatura’ e deste modo pode-se concluir que os alunos de enfermagem possuem conhecimento em relação ao Testamento Vital quanto a aspetos gerais, no entanto, aspetos específicos que sofreram alterações ao longo da legislação, não se encontram completamente solidificados.

A distribuição do seguinte questionário permitiu compreender o nível de conhecimento dos alunos de enfermagem perante o Testamento Vital, mas também permitiu recolher toda a informação quanto à opinião do aluno de enfermagem em relação ao respeito pelo utente ao longo da prestação dos cuidados de saúde, que consiste no objetivo primário da legalização e aplicação do Testamento Vital. Verifica-se que alguns alunos encontram-se em concordância que os cuidados deverão ocorrer com base na opinião do profissional de saúde, descartando as hipóteses de exercer com base no respeito pela vontade do utente.

V. CONCLUSÃO

Como término de qualquer trabalho científico é implícita uma breve conclusão. Esta fase do trabalho de investigação permite ao autor da mesma, apresentar algumas considerações finais. O trabalho elaborado concentrou-se numa temática selecionada pela aluna.

Depois de selecionar o tema surgiram algumas questões que pretendiam ser aprofundadas de modo a satisfazer a curiosidade pessoal e profissional, adaptando as conclusões à realidade e à prática.

Neste sentido o projeto de investigação desenvolveu-se com a seguinte perspetiva temática: “Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”. O objetivo pretendido com a elaboração deste trabalho focou-se essencialmente na interpretação do nível de conhecimento dos alunos de enfermagem perante o documento designado como Testamento Vital.

A preocupação que originou a eleição desta temática residiu essencialmente nas vivências da aluna ao longo dos ensinamentos clínicos. Durante os mesmos foi compreendendo que por vezes ocorrem dificuldades por parte dos profissionais de saúde em tomar uma decisão quanto à realização de alguns procedimentos em situações, nas quais os utentes não se encontravam capacitados de exprimir a sua opinião.

Surgiu assim a motivação para uma pesquisa extensa sobre o documento que permite a declaração antecipada da vontade do utente, tendo havido a necessidade de aprofundar outros conceitos e tópicos.

Finalizando toda a colheita, apresentação e interpretação dos dados é possível concluir que, tendência geral os alunos do quarto ano de Enfermagem da Universidade Fernando

Pessoa apresentam um bom nível de conhecimentos no que diz respeito ao documento do Testamento Vital.

No entanto este assunto, não sendo referenciado ao longo da Licenciatura em Enfermagem carece de uma investigação individual quando confrontado em ensino clínico ou, quando interrogado por curiosidade própria. É notória mediante as respostas e opinião dos alunos de Enfermagem que há necessidade de um aumento de disciplinas ou conteúdos que envolvam aspetos éticos em enfermagem ao longo da Licenciatura. Como sugestão pretende-se deixar a possibilidade do aprofundamento deste tema curricularmente.

É compreensível que sendo a Licenciatura em Enfermagem, distribuída e programada em quatro anos de aprendizagens é complexo abordar todas as temáticas para a formação de um bom enfermeiro. Apesar destes obstáculos e destas limitações é possível e extremamente importante que o aluno de enfermagem, ou profissional, mantenha a curiosidade pela obtenção de sabedoria e desenvolva um espírito crítico quanto a vários parâmetros vivenciados durante a sua vida de estudante ou profissional.

Todos os parâmetros éticos encontram-se presentes ao longo da prestação de cuidados e começando pela pessoa individual pelo ‘próprio’, aprende-se a cuidar do próximo da melhor forma, permitindo contribuir para o bem-estar da humanidade e valorizando a profissão de enfermagem.

O questionário foi efetuado com sucesso tendo sido muito enriquecedor para a conclusão dos dados. Pelos resultados do mesmo e após a realização de uma reflexão sobre todos os dados obtidos pode-se deduzir que há necessidade de abordar de forma mais profunda alguns aspetos éticos em enfermagem, de modo a garantir a humanização e o respeito ao longo dos cuidados de saúde.

BIBLIOGRAFIA

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta, Loures.

Haber, J. (2001). Pesquisa em Enfermagem. Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro.

Gauthier, J. H. M. et all (1998). PESQUISA EM ENFERMAGEM. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.

Nunes, R.; Melo, H. P. (2011). Testamento Vital. Coimbra, NA Almedina.

Gonçalves, J. A. S. F. (2006). A Boa Morte: Ética no fim da vida. [e-book]. Porto. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22105/3/A%20Boa%20Morte%20%20tica%20no%20Fim%20da%20Vida.pdf>>. [Consultado em 23 de Dezembro de 2015].

Neves, M. E. O. (2013) Perceção dos Enfermeiros sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. [e-book]. Porto. Disponível em: <<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2057/1/NEVES,%20Maria%20Em%C3%A4Dlia%20Oliveira%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>>.[Consultado em 24 de Dezembro de 2014].

Siqueira, J. E. et all (2008). Bioética Clínica. São Paulo, Editora Gaia.

Veiga, J. (2006). Ética em enfermagem. Análise, Problematização e (Re) Construção. Lisboa, Climepsi editores.

Sobral, A. M. E. (2014). O DIREITO AO TESTAMENTO VITAL: LEGALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA? [e-book]. Lisboa. Disponível em: <<http://repositorio.ual.pt/handle/11144/643>>. [Consultado em 24 de Dezembro 2014].

Oliveira, P. S., et all (2005). COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM REVELADA NOS DEPOIMENTOS DE PACIENTES INTERNADOS EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA [e-book]. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/861>>. [Consultado em 28 de Janeiro de 2015].

Santos, F., et all. (2014). Revista Terra e Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa. TESTAMENTO VITAL E O VIVER-COM-O-OUTRO: UM CAMINHO PARA REFLETIR SOBRE A MORTE?. [e-book]. Londrina Paraná. Centro Universitário Filadélfia. Disponível em : http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2014/11/686_1205_publicpg.pdf , [Consultado em 23 de Dezembro de 2014].

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2014). RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital. Circular Informativa nº 05/2014, Lisboa.

Santos, L. F. (2010). Testamento vital, o que é? Como elaborá-lo? Porto: Porto Editora, 2010.

Neto, A. I. D. C. (2013). A Evolução Legislativa do Testamento Vital. [e-book]. Porto. Disponível em: < <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70714/2/93365.pdf>>. [Consultado em 24 de Dezembro de 2014].

Thompson, I. et all (2004). ÉTICA EM ENFERMAGEM. Loures, Lusociência.

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

Diário da República, 1.^a série, n.º 136 [Em linha]. <Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2012/07/13600/0372803730.pdf>> [Consultado em: 24 de Fevereiro de 2014].

CARMO, H; Metodologia de investigação. Guia para a aprendizagem. Lisboa, Universidade Aberta, 1998.

Lopes, L. M. M., Santos, S. M. P. (2010). Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. [Em linha]. *Revista de Enfermagem Referência III* (n.º2) p.181-189. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a19.pdf>>. [Consultado em 24 de Maio de 2015].

Jardim, N. A.; Oliveira, G. G. M. O PAPEL DO ENFERMEIRO DIANTE DA MORTE. [Em linha]. Disponível em: <<http://201.90.87.227/anais/cic2011/PDF/Enfermagem/O%20PAPEL%20DO%20ENFERMEIRO%20DIANTE.pdf>>. [Consultado em: 24 de Maio 2015].

Gussi, M. A., Dytz, J. L. G. (2008). Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. [Em linha]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300017&script=sci_arttext>. [Consultado em 24 de Maio 2015].

Queiroz, A. A., et all. (2007). Investigar para compreender. Loures, Lusociência.

Fortin, M. F. (1999). O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO. Loures, Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Final de vida. (nº 20). Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_20_Janeiro_2006.pdf> [Consultado em 3 de Junho de 2015].

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

Cortez, E. A., Teixeira, E. R. (2010). O ENFERMEIRO DIANTE DA RELIGIOSIDADE DO CLIENTE. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a20.pdf>>. [Consultado em 10 de Maio de 2015].

Morais, L. M. S. (2011). Os sentimentos apresentados pelos alunos do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem 2010/2011 da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa – Porto perante a morte em ensino clínico. [Em linha]. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2582/3/T_17866.pdf>. [Consultado em 10 de Maio de 2015].

Conceito de Saúde segundo a OMS. [Em linha]. Disponível em <<http://www.alternativamedicina.com/medicina-tropical/conceito-saude>>. [Consultado em 24 de Maio de 2015].

Fleck, M. P. A., et all (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>>. [Consultado em 1 de Junho de 2015].

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa
perante a aplicação do Testamento Vital”

ANEXOS

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa
perante a aplicação do Testamento Vital”

ANEXO I – Questionário

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Licenciatura em Enfermagem

Patrícia Leitão, aluna da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde e aluna da Licenciatura em Enfermagem (4º Ano), encontra-se a elaborar um Projeto de Graduação intitulado: “Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa perante a aplicação do Testamento Vital”

A aluna pretende por meio de um questionário obter o conhecimento e opinião dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa em relação ao Testamento Vital e as respetivas evoluções.

Os resultados são anónimos e confidenciais pelo que é requerido que o participante não se identifique em caso algum ao longo do questionário.

Deve assinalar as respostas que considera mais adequadas com sinceridade e assertividade.

O questionário é constituído por um total de 22 perguntas.

Agradeço a vossa colaboração e o tempo despendido para o preenchimento deste questionário.

X

Patrícia Leitão

Questionário:

Parte I - Caracterização da Amostra

1. Género:

- Feminino
- Masculino

2. Idade:

- 18-20 Anos
- 21-23 Anos
- 24-26 Anos
- Mais de 26 Anos

3. Religião:

- Católico
- Judeu
- Protestante
- Testemunha Jeová
- Outra _____

Parte II - Informação relacionada com a vivência da Morte e com o Testamento Vital

4. Durante os ensinamentos clínicos alguma vez vivenciou uma situação de Morte?

Sim

Não

5. A sua opinião sobre a Morte foi modificando ao longo dos ensinamentos clínicos?

Sim

Não

6. Qual é a sua opinião sobre um processo de morrer de um utente?

Deve ser:

Natural

Artificial (Prolongada)

7. Os cuidados prestados ao longo do processo de morrer de um utente deverão ocorrer com base na:

Vontade da família

Vontade do utente

Opinião do profissional de saúde

8. Possui algum conhecimento em relação ao Testamento Vital?

Sim

Não

9. Considera que a vontade do utente é respeitado em meio hospitalar (Internamento, Emergência, Urgência e cuidados de saúde primários)?

Sim

Não

Algumas Vezes

10. Considera que a legalização do Testamento Vital foi favorável para o respeito pela dignidade humana?

Sim

Não

11. Considera que o registo online, do documento do Testamento Vital, contribuiu favoravelmente para o trabalho dos profissionais de saúde?

Sim

Não

12. Com base na sua experiência e na sua opinião considera que deveria haver mais disciplinas que envolvessem aspetos éticos em enfermagem ao longo da Licenciatura?

Sim

Não

Parte III -De acordo com a veracidade das afirmações sobre o testamento vital, assinale a sua concordância/discordância no respectivo campo.

DAV- Diretiva Antecipada de Vontade; RENTEV - Registo do Testamento Vital

	Concordo	Discordo
O documento traduz a manifestação antecipada da vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou que não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a vontade pessoal e autonomamente		
O documento, que se subscreve sendo maior de idade e capaz e não se encontrando interdito ou inabilitado por anomalia psíquica, é por unilateral e livremente revogável a qualquer momento pela própria pessoa.		
É necessário nomear um procurador de cuidados de Saúde.		
São necessárias determinadas circunstâncias, de acordo com a situação clínica, para que a DAV produza efeitos.		
A DAV garante ao utente a escolha de não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental.		
A DAV permite ao utente ter junto do mesmo, por tempo adequado e quando se decide interromper meios artificiais de vida, uma determinada pessoa, designando a mesma.		
Caso seja solicitado o registo no RENTEV, o mesmo só produz efeitos após receção pelo outorgante da informação de conclusão do processo.		
Esta declaração é eficaz durante 3 anos a contar da data da sua assinatura.		

As DAV garantem ao utente a escolha de não serem administrados os fármacos necessários para controlar, com efetividade, dores e outros sintomas que possam causar padecimento, angústia ou malestar.		
As DAV garantem ao utente a escolha de não ser submetido a reanimação cardiorrespiratória.		

Obrigado pela sua colaboração!

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa
perante a aplicação do Testamento Vital”

ANEXO II – Diretiva Antecipada De Vontade (DAV)

DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE (DAV)

Ao abrigo e para os efeitos previstos na Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, o presente documento traduz a minha manifestação antecipada da vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que desejo receber, ou que não desejo receber, no caso de, por qualquer razão, me encontrar incapaz de expressar a minha vontade pessoal e autonomamente.

Este documento, que subscrevo sendo maior de idade e capaz e não me encontrando interdito ou inabilitado por anomalia psíquica, é por mim unilateral e livremente revogável a qualquer momento.

IDENTIFICAÇÃO DO OUTORGANTE

Nome Doc. Identificação N.º Val. Nacionalidade / Naturalidade N.º Utente Data de nascimento Morada C. Postal País Tel. Correio eletrónico **Pretendo nomear meu Procurador de Cuidados de Saúde** _____Nome Doc. Identificação N.º Val. Nacionalidade / Naturalidade N.º Utente Data de nascimento Morada C. Postal País Tel. Correio eletrónico

SITUAÇÃO CLÍNICA EM QUE A DAV PRODUZ EFEITOS

Quando me encontrar incapaz para expressar a minha vontade autonomamente, em consequência do meu estado de saúde física e/ou mental, e se verificarem uma ou mais das seguintes hipóteses:

(preencher as hipóteses aplicáveis)

- Me ter sido diagnosticada doença incurável em fase terminal
- Não existirem expectativas de recuperação na avaliação clínica feita pelos membros da equipa médica responsável pelos cuidados, de acordo com o estado da arte
- Inconsciência por doença neurológica ou psiquiátrica irreversível, complicada por intercorrência respiratória, renal ou cardíaca
- Outras:

CUIDADOS DE SAÚDE A RECEBER/NÃO RECEBER

Assim, manifesto a minha vontade clara e inequívoca de:

(preencher as hipóteses aplicáveis)

- Não ser submetido a reanimação cardiorrespiratória
- Não ser submetido a meios invasivos de suporte artificial de funções vitais
- Não ser submetido a medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte
- Participar em estudos de fase experimental, investigação científica ou ensaios clínicos
- Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental
- Recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos
- Interromper tratamentos que se encontrem em fase experimental ou a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos, para os quais tenha dado prévio consentimento
- Não autorizar administração de sangue ou derivados
- Receber medidas paliativas, hidratação oral mínima ou subcutânea
- Serem administrados os fármacos necessários para controlar, com efetividade, dores e outros sintomas que possam causar-me padecimento, angústia ou malestar
- Receber assistência religiosa quando se decida interromper meios artificiais de vida (crença: _____)
- Ter junto de mim, por tempo adequado e quando se decida interromper meios artificiais de vida, a pessoa que aqui designo: _____ (nome), _____ (contacto).

Outras:

Outras considerações pessoais ou eventuais motivações das minhas decisões.

VALIDADE

1. Esta declaração é eficaz durante 5 anos a contar da data da sua assinatura, podendo ser renovada nos termos da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho.
2. Caso seja solicitado o registo no RENTEU, o mesmo só produz efeitos após receção pelo outorgante da informação de conclusão do processo.

OUTORGANTE

Local Data Hora h m

Assinatura conforme
doc. de identificação civil

MÉDICO (opcional)

Declaro que prestei as explicações que me foram solicitadas pelo Outorgante relativas a este documento e ao seu estado de saúde.

Nome Cédula

Assinatura conforme
doc. de identificação civil

NOTÁRIO / FUNCIONÁRIO DO RENTEU

(perante o qual a DAV foi assinada)

Nome Id. Civil

Assinatura conforme
doc. de identificação civil

(é favor carimbar/selar)

NOTAS

1. Antes de subscrever este documento, recomenda-se que debata previamente o assunto com um profissional de saúde da sua confiança, ou com a equipa de saúde que o cuida.
2. Pode optar pela subscrição da Declaração Antecipada de Vontade, pela designação de um procurador de cuidados de saúde, ou por ambos.

3 de 3

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa
perante a aplicação do Testamento Vital”

ANEXO III – MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria n.º 96/2014

mações respeitantes a essas pessoas são realizadas a título confidencial, para evitar comprometer a sua segurança.

12 — O pessoal envolvido na análise dos pedidos de proteção internacional abrangendo menores não acompanhados deve ter formação adequada às necessidades específicas dos menores e está sujeito ao dever de confidencialidade no que respeita às informações de que tome conhecimento no exercício das suas funções.

13 — As comissões de proteção de crianças e jovens em perigo com responsabilidades na proteção e salvaguarda dos menores não acompanhados que aguardam uma decisão sobre o repatriamento podem apresentar um pedido de proteção internacional em nome do menor não acompanhado, se em resultado da avaliação da respetiva situação pessoal considerarem que o menor pode necessitar dessa proteção.

14 — Com o objetivo de proteger os interesses superiores do menor não acompanhado, o SEF, em articulação com as outras entidades envolvidas no procedimento e com o ministério responsável pela área dos negócios estrangeiros, deve iniciar o processo para encontrar os membros da família.

15 — Caso já tenha sido concedida proteção internacional e a procura referida no número anterior ainda não tenha sido iniciada, deve dar-se início àquele processo o mais rapidamente possível.

Artigo 80.º

Vítimas de tortura ou violência

Às pessoas que tenham sido vítimas de atos de tortura, de violação ou de outros atos de violência grave é assegurado tratamento especial adequado aos danos causados pelos atos referidos, nomeadamente através da especial atenção e acompanhamento por parte do respetivo centro distrital do Instituto de Segurança Social, I. P., e serviços de saúde ou das entidades que com este tenham celebrado protocolos de apoio.

Artigo 81.º

Repatriamento voluntário

Pode ser prestada assistência aos requerentes e beneficiários de asilo ou proteção subsidiária que manifestem vontade de ser repatriados, designadamente através de programas de retorno voluntário e reintegração previstos na legislação aplicável.

CAPÍTULO IX

Disposições finais

Artigo 82.º

Forma de notificação

1 — As notificações ao requerente são feitas pessoalmente ou através de carta registada, com aviso de receção, a enviar para a sua última morada conhecida.

2 — No caso de a carta ser devolvida, deve tal facto ser de imediato comunicado ao representante do ACNUR e ao CPR enquanto organização não governamental que atue em seu nome, considerando-se a notificação feita se o requerente não comparecer no SEF no prazo de 20 dias a contar da data da referida devolução.

Artigo 83.º

Formação e confidencialidade

Os intervenientes no procedimento de asilo, bem como todos os que trabalhem com requerentes de asilo, beneficiários do estatuto de refugiado ou de proteção subsidiária, nomeadamente em centros de acolhimento e postos de fronteira, devem dispor de formação adequada, estando sujeitos ao dever de confidencialidade no que respeita às informações a que tenham acesso no exercício das suas funções.

Artigo 84.º

Gratuidade e urgência dos processos

Os processos de concessão ou de perda do direito de asilo ou de proteção subsidiária e de expulsão são gratuitos e têm carácter urgente, quer na fase administrativa quer na judicial.

Artigo 85.º

Simplificação, desmaterialização e identificação

São aplicáveis, com as devidas adaptações, as disposições do artigo 212.º da Lei n.º 23/2007, de 4 de julho, alterada pela Lei n.º 29/2012, de 9 de agosto, respeitantes à simplificação, desmaterialização e identificação de pessoas.

Artigo 86.º

Interpretação e integração

Os preceitos da presente lei devem ser interpretados e integrados de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Convenção Europeia dos Direitos do Homem, a Convenção de Genebra de 28 de julho de 1951 e o Protocolo Adicional de 31 de janeiro de 1967.

Artigo 87.º

Lei n.º 67/2003, de 23 de agosto

O disposto na presente lei não prejudica o regime jurídico previsto na Lei n.º 67/2003, de 23 de agosto (transpõe para a ordem jurídica nacional a Diretiva n.º 2001/55/CE, do Conselho, de 20 de julho).

Artigo 88.º

Norma revogatória

São revogadas as Leis n.ºs 15/98, de 26 de março, e 20/2006, de 23 de junho.

Artigo 89.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor 60 dias após a data da sua publicação e é aplicável aos pedidos de asilo pendentes.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria n.º 96/2014

de 5 de maio

A Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, estabelece o regime das diretivas antecipadas de vontade em matéria de cui-

dados de saúde, designadamente sob a forma de testamento vital, regula a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

O RENTEV tem como finalidade receber, registar, organizar e manter atualizada, quanto aos cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, a informação e documentação relativas ao documento de diretivas antecipadas de vontade e à procuração de cuidados de saúde, pelo que importa aprovar a sua organização e funcionamento.

Foram ouvidos o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e a Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Assim, ao abrigo do disposto no n.º 3 do artigo 15.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, manda o Governo, pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto e âmbito

1 - A presente portaria regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

2 - O RENTEV mantém atualizada a informação relativa às diretivas antecipadas de vontade e procurações de cuidados de saúde nele registadas, assegurando a sua disponibilização, nos termos constantes da presente portaria, a todo o tempo.

3 - O RENTEV abrange as diretivas antecipadas de vontade e a procuração de cuidados de saúde de cidadãos nacionais, estrangeiros ou apátridas residentes em Portugal.

4 - Sem prejuízo do disposto no n.º 2, as diretivas antecipadas de vontade e a procuração de cuidados de saúde não registadas no RENTEV são igualmente eficazes, desde que tenham sido formalizadas de acordo com o disposto na Lei n.º 25/2012, de 16 de julho.

Artigo 2.º

Registo no RENTEV

1 - O registo de diretivas antecipadas de vontade e de procuração de cuidados de saúde é feito presencialmente ou solicitado por correio registado com aviso de receção, nos termos dos números seguintes.

2 - O registo presencial das diretivas antecipadas de vontade é feito:

a) Mediante preenchimento do modelo aprovado pela portaria a que se refere o n.º 3 do artigo 3.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, disponibilizado no sítio da Internet das Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS,IP), no Portal do Utente, e no Portal da Saúde, e outros, com a assinatura do outorgante reconhecida por notário ou assinado presencialmente pelo outorgante;

b) Mediante apresentação de documento que, cumprindo os requisitos constantes do artigo 3.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, tenha a assinatura do outorgante reconhecida por notário ou seja assinado presencialmente pelo outorgante.

3 - O registo de diretivas antecipadas de vontade feito nos termos do disposto no n.º 1 é solicitado aos serviços de cuidados de saúde primários da respetiva área de

residência, mediante apresentação de documento que, cumprindo os requisitos constantes do artigo 3.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, tenha a assinatura do outorgante reconhecida por notário ou assinado presencialmente pelo outorgante.

4 - Ao registo de procuração de cuidados de saúde é aplicável, com as adaptações decorrentes dos artigos 11.º e 12.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, o disposto nos números anteriores.

5 - O registo de diretivas antecipadas de vontade ou de procuração de cuidados de saúde é feito em português, pelo que a apresentação daqueles documentos redigidos noutra língua deve ser acompanhada de tradução certificada.

Artigo 3.º

Validação de dados

1 - Os documentos recebidos nos termos dos n.ºs 2 e 3 do artigo 2.º e do artigo anterior são verificados pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) ou Unidade Local de Saúde, EPE (ULS, EPE) respetivos para aferição da sua conformidade com os requisitos constantes da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho.

2 - A omissão ou a sua não conformidade com os requisitos legais é, num prazo não superior a 10 dias úteis contados desde a apresentação dos documentos nos termos dos n.ºs 2 e 3 do artigo 2.º e do artigo anterior, comunicada por escrito ao outorgante, por meio que garanta a sua receção, para aditamento ou correção dos documentos.

3 - O aditamento ou correção a que se refere o número anterior devem ser feitos no prazo de 10 dias úteis, devendo os documentos em que aqueles se concretizem ser assinados presencialmente pelo outorgante ou, quando contenham a assinatura do outorgante reconhecida por notário, enviados por correio registado com aviso de receção, dirigido ao ACES ou à ULS, EPE respetivos.

4 - A não apresentação dos aditamentos ou correções no prazo referido no número anterior faz caducar o processo de registo.

Artigo 4.º

Conclusão do processo de registo

1 - Após validação dos dados apresentados e verificação da sua conformidade com os requisitos constantes da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, o ACES ou a ULS, EPE informa o outorgante e, caso exista, o seu procurador de cuidados de saúde, da conclusão do processo de registo do documento de diretivas antecipadas de vontade e ou procuração de cuidados de saúde.

2 - A informação da conclusão do processo de registo é feita por escrito e por meio que garanta a sua receção, sendo remetida em anexo cópia dos documentos registados, num prazo não superior a 10 dias úteis contados desde a apresentação dos aditamentos ou correções ou, se os mesmos não tiverem sido solicitados, desde a apresentação dos documentos nos termos do artigo 2.º

3 - O registo no RENTEV apenas produz efeitos após receção da informação de conclusão do processo.

Artigo 5.º

Consulta do RENTEV

1 - O médico responsável pela prestação de cuidados de saúde a pessoa incapaz de expressar de forma livre e

autónoma a sua vontade verifica a existência de documento de diretivas antecipadas de vontade e ou procuração de cuidados de saúde registados no RENTEV, mediante consulta no Portal do Profissional da Plataforma de Dados da Saúde.

2 - O outorgante do documento de diretivas antecipadas de vontade ou de procuração de cuidados de saúde, ou o seu procurador de cuidados de saúde, podem consultar, através do Portal do Utente da Plataforma de Dados da Saúde, os documentos constantes do RENTEV, podendo ainda solicitar ao RENTEV, através do ACES ou da ULS, EPE da respetiva área geográfica, a qualquer momento, por escrito e por meio que garanta a sua receção, a consulta ou a entrega de cópia das diretivas antecipadas de vontade e da procuração de cuidados de saúde.

Artigo 6.º

Alterações ao registo

Os documentos registados no RENTEV podem ser alterados a todo o tempo, sendo aplicável o disposto nos artigos 2.º a 4.º da presente portaria.

Artigo 7.º

Validade e caducidade do registo

1 - O registo no RENTEV é válido por cinco anos, correspondente ao prazo de eficácia das diretivas antecipadas de vontade e de procurações de cuidados de saúde.

2 - O ACES ou a ULS, EPE informam o outorgante e, caso exista, o seu procurador de cuidados de saúde, da data de caducidade dos documentos registados, por escrito e por meio que garanta a sua receção, com uma antecedência mínima de 60 dias.

3 - A renovação dos documentos registados no RENTEV é feita mediante declaração de confirmação, apresentada, validada e confirmada nos termos dos artigos 2.º a 4.º

Artigo 8.º

Funcionamento do RENTEV

1 - O RENTEV é operacionalizado através de um sistema de informação próprio, que garante o registo, alteração, cancelamento, caducidade e consulta das diretivas antecipadas de vontade e das procurações de cuidados de saúde.

2 - O ACES e a ULS, EPE asseguram a receção, registo, organização e atualização da informação constante das diretivas antecipadas de vontade e das procurações de cuidados de saúde no RENTEV e no arquivo físico.

3 - Para efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, considera-se funcionário devidamente habilitado do RENTEV os responsáveis pelo tratamento da informação referida no número anterior, os quais são expressamente designados por despacho do Diretor Executivo dos ACES e do Conselho de Administração das ULS, EPE respetivos, dentro da organização interna dos respetivos serviços, competindo-lhes assegurar a observância da qualidade dos dados, nomeadamente as condições de segurança e confidencialidade.

4 - As pessoas abrangidas pelo disposto no número anterior, bem como todos aqueles que, no exercício das suas funções, tenham conhecimento dos dados pessoais tratados no âmbito do RENTEV, ficam obrigados ao sigilo profissional, mesmo após o termo das suas funções.

5 - O RENTEV disponibiliza a informação constante das diretivas antecipadas de vontade e das procurações de cuidados de saúde na Plataforma de Dados de Saúde, que depois a disponibiliza, mediante acesso reservado, aos profissionais de saúde e aos utentes, através do Portal do Profissional e do Portal do Utente.

6 - O acesso ao RENTEV por profissionais de instituições de saúde não pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde é efetuado mediante a introdução da palavra-passe individual do médico, validada através do sistema de requisição de vinhetas pessoais, e leitura do número do cartão do cidadão do utente.

7 - Cada acesso à informação do RENTEV, efetuado nos termos dos números anteriores, é automaticamente notificado ao outorgante da diretiva antecipada de vontade e, caso exista, ao seu procurador de cuidados de saúde, desde que os respetivos endereços eletrónicos tenham sido previamente inseridos no RENTEV.

Artigo 10.º

Tratamento de dados pessoais

1 - O tratamento da informação desenvolvido no âmbito do RENTEV, em tudo quanto não seja regulado na presente portaria, rege-se pelos regimes gerais aplicáveis à proteção de dados pessoais, na generalidade, e, na especialidade, pela legislação que regula os requisitos de tratamento de dados pessoais para a constituição de ficheiros de âmbito nacional, contendo dados de saúde, com recurso a tecnologias de informação, e no quadro do Serviço Nacional de Saúde.

2 - As informações recebidas pelo RENTEV, nos termos do presente diploma, são tratadas em conformidade com o disposto no número anterior, incluindo a análise de resultados de exames médicos e verificação de documentos de saúde, com a finalidade de determinar o estado de saúde da pessoa.

3 - O exercício dos direitos pelos titulares dos dados, bem como o acesso de terceiros não legitimado pela Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, ao RENTEV, rege-se pela Lei de Proteção de Dados Pessoais.

4 - Os dados pessoais alvo de tratamento no âmbito do RENTEV ficam alojados em base de dados, sob administração e responsabilidade técnica dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS, EPE), cujos mecanismos de interconexão e interoperabilidade do RENTEV e da Plataforma de Dados de Saúde e do Registo Nacional de Utentes estão sujeitos a autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

5 - A entidade responsável pelo tratamento de dados do RENTEV é a SPMS, EPE.

6 - Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a Direção-Geral da Saúde tem acesso, para fins de análise estatística, aos dados disponíveis no RENTEV, desde que se encontrem devidamente anonimizados.

Artigo 11.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia 1 de julho de 2014.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 16 de abril de 2014.

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa
perante a aplicação do Testamento Vital”

ANEXO IV – MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria n.º 104/2014

Artigo 6.º

Entrada em vigor e produção de efeitos

O presente decreto-lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação e reporta os seus efeitos a 1 de janeiro de 2014.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 3 de abril de 2014. — *Pedro Passos Coelho* — *Maria de Assunção Oliveira Cristas Machado da Graça*.

Promulgado em 8 de maio de 2014.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 9 de maio de 2014.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE**Portaria n.º 104/2014**

de 15 de maio

A Lei n.º 25/2012, de 16 de julho estabelece o regime das diretivas antecipadas de vontade em matéria de cuidados de saúde, designadamente sob a forma de testamento vital, regula a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital.

As diretivas antecipadas de vontade, formalizadas através de documento escrito, assinado presencialmente perante funcionário devidamente habilitado do Registo Nacional do Testamento Vital ou notário, não obedecem a um modelo obrigatório. No entanto, a referida lei prevê a aprovação de um modelo facultativo de diretivas antecipadas de vontade, que agora se aprova.

Foram ouvidos o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e a Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Assim:

Ao abrigo do disposto no n.º 3 do artigo 3.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, manda o Governo, pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º

Modelo de diretiva antecipada de vontade

1 — É aprovado em anexo à presente portaria, da qual faz parte integrante, o modelo de diretiva antecipada de vontade.

2 — O modelo a que se refere o número anterior é de utilização facultativa pelo outorgante.

3 — O modelo de diretiva antecipada de vontade é assinado presencialmente pelo outorgante ou contém a sua assinatura reconhecida por notário, nos termos definidos pela regulamentação a que se referem os artigos 15.º e seguintes da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho.

Artigo 2.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia 1 de julho de 2014.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 16 de abril de 2014.

ANEXO

Modelo facultativo de diretiva antecipada de vontade**DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE (DAV)**

Ao abrigo e para os efeitos previstos no n.º 3 do artigo 3.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, o presente documento traduz a minha manifestação antecipada da vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que desejo receber, ou que não desejo receber, no caso de, por qualquer razão, me encontrar incapaz de expressar a minha vontade pessoal e autonomamente.

Este documento, que subscrevo sendo maior de idade e capaz e não me encontrando interdito ou inabilitado por anomalia psíquica, é livremente revogável, no todo ou em parte, a qualquer momento.

IDENTIFICAÇÃO DO OUTORGANTE

Nome |
 Doc. Identificação | N.º | Val. | ___/___/___
 Nacionalidade/Naturalidade |
 N.º Utente | Data de nascimento | ___/___/___
 Morada |
 C. Postal | País | Tel. | (opcional)
 Correio eletrónico |

SITUAÇÃO CLÍNICA EM QUE A DAV PRODUZ EFEITOS

Quando me encontrar incapaz para expressar a minha vontade autonomamente, em consequência do meu estado de saúde física e/ou mental, e se verificarem uma ou mais das seguintes hipóteses:

(preencher as hipóteses aplicáveis)

- Me ter sido diagnosticada doença incurável em fase terminal
- Não existirem expectativas de recuperação na avaliação clínica feita pelo médico responsável pelos cuidados, de acordo com o estado da arte
- Inconsciência por doença neurológica ou psiquiátrica irreversível, complicada por intercorrência respiratória, renal ou cardíaca

Outras:

CUIDADOS DE SAÚDE A RECEBER/NÃO RECEBER

Assim, manifesto a minha vontade clara e inequívoca de:

(preencher as hipóteses aplicáveis)

- Não ser submetido a reanimação cardiopulmonar
- Não ser submetido a meios invasivos de suporte artificial de funções vitais
- Não ser submetido a medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte
- Participar em estudos de fase experimental, investigação científica ou ensaios clínicos
- Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental
- Recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos
- Interromper tratamentos que se encontrem em fase experimental ou a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos, para os quais tenha dado prévio consentimento

- Não autorizar administração de sangue ou derivados
- Receber medidas paliativas, hidratação oral mínima ou subcutânea
- Serem administrados os fármacos necessários para controlar, com efetividade, dores e outros sintomas que possam causar-me padecimento, angústia ou mal-estar
- Receber assistência religiosa quando se decida interromper meios artificiais de vida (crença: _____)
- Ter junto de mim, por tempo adequado e quando se decida interromper meios artificiais de vida, a pessoa que aqui designo: _____ (nome), _____ (contacto).

Outras:

Outras considerações pessoais ou eventuais motivações das minhas decisões.

VALIDADE

- Esta declaração é eficaz durante 5 anos a contar da data da sua assinatura, podendo ser renovada nos termos da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho.
- Caso seja solicitado o registo no RENTEV, o mesmo só produz efeitos após recepção pelo outorgante da informação de conclusão do processo.

DECLARAÇÃO DO OUTORGANTE

Tomei conhecimento de todas as informações necessárias ao preenchimento do presente documento. Declaro que são exatas e completas as declarações por mim aqui prestadas, no que concerne aos cuidados de saúde que desejo receber, ou que não desejo receber, no caso de, por qualquer razão, me encontrar incapaz de expressar a minha vontade pessoal e autonomamente.

OUTORGANTE

Local | _____ | Data | ____/____/____ | Hora | ____h ____m
 Assinatura conforme documento de identificação civil | _____

MÉDICO (opcional)

Declaro que prestei as explicações que me foram solicitadas pelo Outorgante relativas a este documento e ao seu estado de saúde.

Nome | _____ | Cédula | _____
 Assinatura conforme documento de identificação civil | _____

NOTÁRIO / FUNCIONÁRIO DO RENTEV

(perante o qual a DAV foi assinada)

Nome | _____ | Id. Civil | _____

Assinatura conforme documento de identificação civil | _____

(é favor carimbar/selar)

Notas:

- Antes de subscrever este documento, recomenda-se que debata previamente o assunto com um profissional de saúde da sua confiança, ou com a equipa de saúde que o cuida.
- Pode optar pela subscrição da Declaração Antecipada de Vontade, pela designação de um procurador de cuidados de saúde, ou por ambos.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

Portaria n.º 105/2014

de 15 de maio

Sob proposta do Instituto Politécnico de Santarém;
 Considerando o disposto no Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de setembro;

Considerando o disposto no Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, aprovado pela Portaria n.º 268/2002, de 13 de março;
 Ouvida a Ordem dos Enfermeiros nos termos do n.º 2 do artigo 7.º do referido Regulamento;

Ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 11.º e nos artigos 14.º e 15.º do Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de setembro:
 No uso das competências delegadas pelo Ministro da Educação e Ciência através do Despacho n.º 10368/2013 (2.ª série), de 8 de agosto:

Manda o Governo, pelo Secretário de Estado do Ensino Superior, o seguinte:

Artigo 1.º

Criação

É criado o curso de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Saúde de Santarém do Instituto Politécnico de Santarém, adiante designado «curso».

Artigo 2.º

Regulamento

O curso rege-se pelo Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, aprovado pela Portaria n.º 268/2002, de 13 de março.

Artigo 3.º

Duração

O curso tem a duração de dois semestres letivos.

Artigo 4.º

Créditos

O número de créditos, segundo o sistema europeu de transferência e acumulação de créditos, necessário à obtenção do diploma de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria é de 60.

“Os alunos de Enfermagem do 4º Ano da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa
perante a aplicação do Testamento Vital”

ANEXO V – Circular Informativa nº05/2014



Circular Informativa nº 05/2014

Assunto: RENTEV – Registo Nacional de Testamento Vital

Exmos. Senhores,

No âmbito da criação e implementação do Registo Nacional de Testamento Vital, a SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E, (adiante designada como SPMS) informa que foi criado um sistema de informação para registo dos testamentos vitais e disponibilização de informação, para consulta através da PDS – Plataforma de Dados de Saúde.

O Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) – é um sistema de informação desenvolvido pela SPMS, que possibilita a receção, registo, organização e atualização de toda a informação e documentação relativas ao documento de diretivas antecipadas de vontade e à procuração de cuidados de saúde, para todos cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, nos termos do disposto na Lei n.º 25, de 16 de Julho de 2012 e na Portaria n.º 96, de 5 de Maio de 2014.

O RENTEV é suportado por uma base de dados de âmbito nacional, que centraliza e mantém atualizados os Testamentos Vitais (TV), garantindo a sua consulta aos cidadãos (e ao respetivo procurador de cuidados de saúde, caso exista), através da PDS - Portal do Utente, e aos médicos responsáveis pela prestação de cuidados de saúde através da PDS - Portal do Profissional.

Considerando que as diretivas antecipadas de vontade devem ser formalizadas através de documento escrito, assinado, presencialmente, perante funcionário devidamente habilitado do Registo Nacional do Testamento Vital ou notário, o modelo facultativo de Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) foi publicado na Portaria n.º104/2014, de 15 de maio.

Apesar do modelo ser facultativo, a sua utilização é altamente recomendada, pelo que o mesmo se encontra disponível em ficheiro para ser descarregado a partir dos sites das ARS, da SPMS, da Direção-Geral de Saúde (DGS), do Portal do Utente e Portal da Saúde.

Deverá ser preenchido cuidadosamente e, preferencialmente, o utente poderá informar-se junto do seu médico assistente durante o processo de preparação da DAV, de forma a garantir que o preenchimento do documento é efetuado de forma esclarecida e informada.

Com o documento devidamente preenchido, posteriormente deve ser submetido ao reconhecimento pelo notário ou ser assinado presencialmente junto de um funcionário RENTEV.

Os funcionários do RENTEV encontram-se na sede dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e na sede da Unidade Local de Saúde (ULS) (conforme listagem disponível nos sites já anteriormente referidos), devendo a entrega da documentação ser, sempre que possível, feita nestes locais.

No entanto, como todos os cidadãos, independentemente do local da sua residência, tem direito a fazer o seu TV, no caso do cidadão não se poder deslocar à sede do ACES ou da ULS, deverá ser informado de que pode enviar a documentação por correio para a sede do ACES/ULS mais próxima da sua área de residência (o serviço de expediente das diversas unidades de saúde deverá encaminhar todos os TV que



receberem por correio para os funcionários do RENTEV) ou entrega-la em qualquer balcão administrativo dos ACES/ULS que a reencaminharão por correio interno para o balcão RENTEV mais próximo.

É da responsabilidade dos funcionários do RENTEV:

- a) Receber as solicitações de registo no RENTEV das DAV ou dos Procuradores de Cuidados de Saúde (PCS);
- b) Certificar-se de que a assinatura está devidamente reconhecida notarialmente ou, caso a mesma seja presencial, solicitar o cartão do cidadão ou bilhete de identidade para verificar a semelhança visual de assinaturas do requerente;
- c) Entregar um comprovativo de recebimento da documentação aos utentes que fizerem a entrega presencial, impresso a partir do sistema de informação;
- d) Verificar os documentos recebidos para garantir todos os requisitos;
- e) Registar os dados no RENTEV (O endereço eletrónico e o número de telemóvel não sendo um requisito essencial para a apresentação do TV é, no entanto, fundamental para o sucesso do sistema de suporte informático, porquanto permite ao utente receber alertas sempre que o seu TV for consultado. Assim, devem os funcionários RENTEV insistir junto do utente pela inclusão destes dados, ainda que de terceiros (familiares próximos ou outra pessoa da sua confiança);
- f) Digitalizar e anexar a DAV ao formulário;
- g) Arquivar fisicamente o documento em papel;
- h) Submeter o formulário DAV para validação;

Nesta fase, deve ser facultado apoio jurídico aos funcionários do RENTEV por parte das ARS/ULS, para o processo de validação, de forma a esclarecer quaisquer dúvidas relativas aos limites da DAV que possam surgir no processo, nomeadamente, no que respeita à verificação da documentação.

Terminado o processo de registo e submissão, dá-se início à fase de validação da informação clínica pelo Presidente do Conselho Clínico (PCC) do ACES ou um perfil equivalente nomeado pela direção da ULS respetiva. Esta validação tem como objetivo garantir que não existem inconsistências clínicas nos documentos que impeçam o cumprimento das vontades descritas no documento.

Existe ainda a possibilidade de, no caso de algumas ULS e ACES e com uma grande dispersão geográfica, terem funcionários do RENTEV (de 1ª linha), com a responsabilidade de:

- a) Reencaminhar os utentes para a sede dos ACES ou para sede da ULS respetiva (conforme listagem disponível nos sites já anteriormente referidos);
- b) Receber as solicitações de registo no RENTEV das DAV ou PCS dos utentes que não tiverem condições de se deslocar ao local indicado;
- c) Entregar um comprovativo de recebimento da documentação aos utentes que fizerem a entrega presencial;
- d) Reencaminhar toda a documentação entregue pelos utentes para a sede dos ACES ou para sede da ULS respetiva (conforme listagem disponível nos sites já anteriormente referidos) por correio interno para ser efetuado o registo pelos funcionários RENTEV;

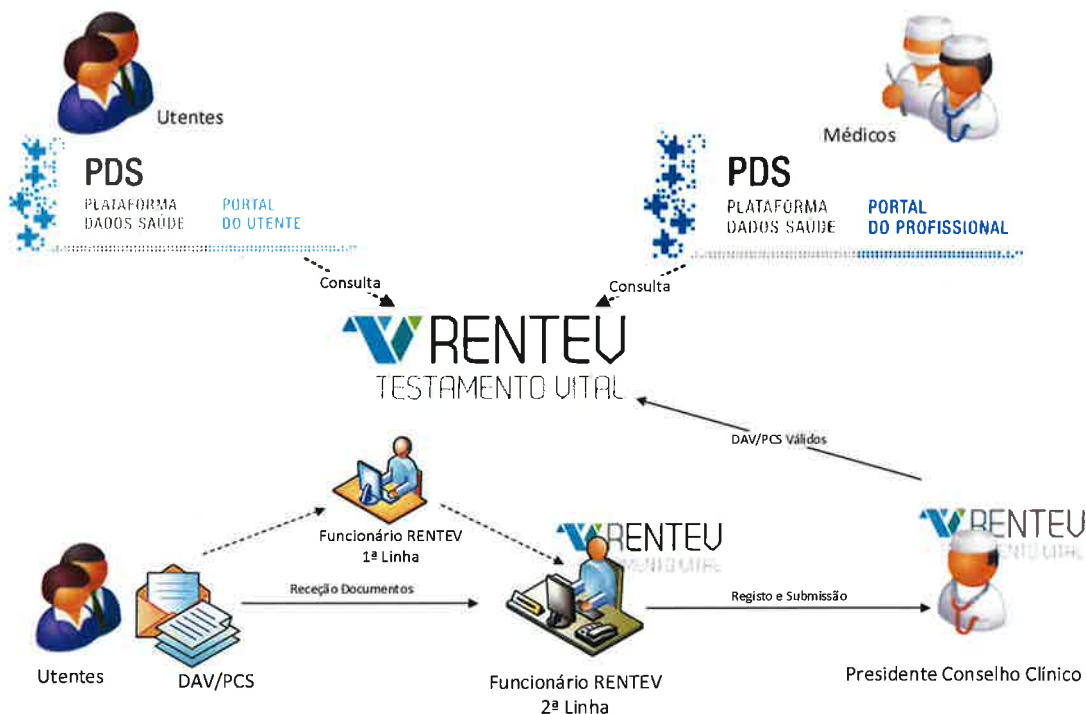


Figura 1 - Modelo Genérico de Receção e Tratamento de DAV/PCS

A verificação e validação das DAV deve ter uma duração inferior a 10 dias úteis, contados desde a apresentação dos documentos junto dos funcionários do RENTEV até ao momento em que o PCC valida (aprovando ou rejeitando) o documento.

Em caso de rejeição, o documento retorna à lista do funcionário do RENTEV que o criou, devendo o motivo de rejeição ser, de imediato, comunicado ao utente. Esta rejeição é para aditamento ou correção da DAV, o que tem que ser feito no prazo de 10 dias úteis sob pena do processo caducar.

A rejeição poderá ainda ser motivada por incorreções no processo (incorreta identificação do utente, inconsistências entre o documento digitalizado e a transcrição do formulário, anexo incorreto ou outras questões administrativas) que serão corrigidas sem necessidade da intervenção do utente.

O sistema informa automaticamente o utente (por email ou sms) da conclusão do processo e, simultaneamente, o TV passa a estar disponível para consulta pelo utente na PDS – Portal do Utente e pelos médicos na PDS – Portal do Profissional. Excecionalmente, caso o utente não disponha nem de email, nem de telemóvel, deve o Balcão RENTEV oficial o utente comunicando a conclusão do processo e a respetiva disponibilidade de consulta.

Em matéria de RENTEV, o acesso dos médicos é garantido, quer aos profissionais do SNS, quer do sector privado.

No caso dos médicos que trabalham no SNS, o acesso é garantido através da PDS – Portal do Profissional, conforme já ocorre em todas as unidades de saúde, acedendo diretamente a partir dos sistemas locais.



No caso dos médicos que trabalham no sector privado, o acesso é garantido através da PDS – Portal do Profissional, sendo o acesso controlado no Portal dos Profissionais de Saúde, disponível na Internet, no qual serão solicitadas as credenciais de acesso ao Portal de Requisição de Vinhetas e Receitas.

Agradecemos, desde já, a V/ colaboração e encontramos-nos, naturalmente, à disposição para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos, através do email rentev@spms.min-saude.pt.

Lisboa, 24 de junho 2014.

O Diretor Geral da Saúde

Francisco George

O Presidente do Conselho de Administração

Henrique Martins