



**FUNDAÇÃO
UNIVERSIDADE
FEDERAL DE
MATO GROSSO DO SUL**



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS)
CAMPUS TRÊS LAGOAS (CPTL)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU-ENFERMAGEM**

MARCELA TAVARES DE SOUZA RAFAEL

**PLANEJAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS, SENTIDO DA VIDA E
ATITUDE RELIGIOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

TRÊS LAGOAS

2023

MARCELA TAVARES DE SOUZA RAFAEL

**PLANEJAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS, SENTIDO DA VIDA E
ATITUDE RELIGIOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem do Campus Três Lagoas (CPTL) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Saúde Coletiva: Saberes, Políticas e Práticas na Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Juliana Dias Reis Pessalacia

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Bruna Moretti Luchesi

TRÊS LAGOAS

2023

MARCELA TAVARES DE SOUZA RAFAEL

PLANEJAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS, SENTIDO DA VIDA E ATITUDE RELIGIOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem do Campus Três Lagoas (CPTL) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª.

Juliana Dias Reis Pessalacia

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL)

(Presidente e Orientador)

Prof. Dr.

Alexandre Ernesto Silva

Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ)

(Membro Titular)

Prof^ª. Dr^ª.

Fabiana Bolela de Souza

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –Universidade de São Paulo (USP)

(Membro Titular)

Prof^ª. Dr^ª.

Tatiane Prette Kuznier

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

(Membro Suplente Externo)

Prof. Dr.

Aires Garcia dos Santos Junior

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL)

(Membro Suplente Interno)

Dedico este trabalho às minhas Marias, por enxergarem em mim atributos que eu mesma não consigo ver.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, ao Senhor DEUS, por sempre estar ao meu lado, iluminando meu caminho diante das dificuldades e me fornecendo força e sabedoria para ultrapassá-las. Sem Ele teria sido impossível iniciar e finalizar esta jornada.

Aos meus pais Dione e Otacílio por serem exemplos de perseverança e integridade, e pelo direcionamento e ensinamentos dispensados todos esses anos, dispensados com muito amor e carinho. Ao meu amado esposo, Sergio Rafael, por acreditar quando não mais tinha forças e por me amar, mesmo com as dificuldades. Às minhas filhas, Maria Fernanda e Maria Paula, por compreenderem às faltas e me apoiarem e respeitarem durante todo o processo. Tenho certeza que levarão essa experiência como exemplo de inspiração para perseguir seus sonhos e ideais.

Às minhas amigas de vida Juliana e Paula, por me apoiarem e acreditarem em mim, e me ampararem com palavras e ações. Aos amigos que fiz durante o curso de pós-graduação, principalmente Priscila, Meire e em especial, Natalia, por partilharmos todas as dores desse processo. Muito obrigada!!

À minha orientadora Juliana Pessalacia, por me mostrar o caminho, pelos ensinamentos, pela paciência e por me fortalecer quando pensei que não daria conta. Agradeço imensamente a Deus pela sua vida e pela amizade que desenvolvemos durante esse período, que se for da vontade Dele, que possamos continuar nos dois aspectos.

À minha coorientadora Bruna pelo carinho e disponibilidade, e por todo o conhecimento dispensado, minha gratidão. Assim como todos os docentes do curso de pós-graduação, por compartilharem saberes e nos motivarem durante esses anos.

À minha supervisora na Espanha, Carla Reigada, agradeço grandemente por todos os conhecimentos, pelas oportunidades e por me acolher com tanto carinho.

Aos membros da banca avaliadora, por aceitarem o meu convite, tenho certeza de que suas contribuições serão imensamente valiosas.

“Não é a força, mas a perseverança que realiza grandes coisas”

Samuel Johnson

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta diversas características que propiciam a aplicação do Planejamento Antecipado de Cuidados (ACP) em seu contexto, contudo esta abordagem não é utilizada com a frequência adequada. A literatura aponta diversas razões para este fato, entre elas destacamos a falta de conhecimento e a má interpretação acerca do assunto pelos profissionais de saúde. Este motivo pode relacionar-se com o modo em que percebem o sentido da vida e da morte e também à influência dos aspectos religiosos. **Objetivo:** Analisar as percepções de profissionais de saúde da APS quanto ao ACP, o sentido da vida e as atitudes religiosas. **Metodologia:** Foi utilizada a Análise por Triangulação de Métodos, cuja primeira etapa consistiu em um estudo transversal analítico, de abordagem quantitativa, no qual os participantes responderam três instrumentos: o Questionário sobre conhecimentos e atitudes sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV); o Questionário de Sentido da Vida; e a Escala de Atitude Religiosa (EAR-20). A segunda etapa se tratou de um estudo exploratório, utilizando como método a abordagem qualitativa genérica, sobre o conhecimento dos participantes acerca do ACP e as percepções sobre o sentido da vida e da morte, e a influência desses últimos na aplicação do ACP. A pesquisa foi realizada entre dezembro de 2021 e maio de 2022, com profissionais enfermeiros e médicos que atuam na APS das cidades de Castilho-SP e Três Lagoas-MS. Os dados quantitativos foram processados e analisados por meio do programa R *Core Team-2020*. Quanto aos dados qualitativos, foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin, em que se utilizou como referencial teórico para a discussão a Logoterapia e a Análise Existencial, propostos por Viktor Frankl. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição proponente, CAAE: 52451221.2.0000.0021. **Resultados:** Participaram da etapa quantitativa 110 profissionais, sendo 55 médicos e 55 enfermeiros. A maioria (79,1%) afirmou não ter conhecimento sobre as DAV e os escores médios dos componentes de opinião e de recomendação e respeito foram superiores a oito (escala 0-10). Foram identificadas correlações significativas entre o componente busca de sentido da vida e a recomendação de DAV aos familiares; busca de sentido da vida e componentes afetivo e cognitivo da atitude religiosa e atitude religiosa total com a intenção de fazer sua própria DAV no próximo ano. Quanto à etapa qualitativa, cuja delimitação de participantes se deu por conveniência, foram 30 médicos e 22 enfermeiros entrevistados. Das falas dos profissionais foram produzidos dois artigos. Do primeiro emergiram duas categorias temáticas: 1) Planejamento Antecipado de Cuidados como plano de cuidados gerais e 2)

influência dos fatores socioculturais na aplicação do Planejamento Antecipado de Cuidados na Atenção Primária à Saúde. No segundo, a partir dos relatos dos participantes emergiram três categorias principais: 1) Sentido da Vida, 2) Sentido da Morte, e 3) Influências nas conversas de Planejamento Antecipado de Cuidados. **Conclusão:** As percepções dos profissionais participantes demonstram falta de preparo para a aplicação das DAV, não pela falta de entendimento da importância desta ferramenta, mas pelo déficit de conhecimento necessário para sua aplicação. Constatou-se ainda que as crenças religiosas e o sentido da vida podem influenciar no uso das intervenções de ACP, no entanto, se faz importante estabelecer limites entre a influência e a bagagem cultural trazida pelos profissionais. Dessa forma, o desenvolvimento de políticas públicas que fomentem cursos de capacitação aos profissionais da APS sobre ACP, Cuidados Paliativos e conversas difíceis voltadas à morte e o morrer são necessárias.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Planejamento Antecipado de Cuidados. Diretiva Antecipada de Vontade. Cuidados Paliativos. Profissionais de Saúde. Enfermagem de Atenção Primária.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) has several characteristics that allow the application of Advance Care Planning (ACP) in its context, however this approach is not used with adequate frequency. The literature points out several reasons for this fact, among which we highlight the lack of knowledge and misinterpretation of the subject by health professionals. This motive can be related to the way in which they perceive the meaning of life and death and also to the influence of religious aspects. **Objective:** To analyze the perceptions of PHC health professionals regarding the ACP, the meaning of life and religious attitudes. **Methodology:** Analysis by Triangulation of Methods was used, the first stage of which consisted of an analytical cross-sectional study, with a quantitative approach, in which participants answered three instruments: the Questionnaire on knowledge and attitudes about Advance Directives (AD); the Meaning of Life Questionnaire; and the Religious Attitude Scale (EAR-20). The second stage was an exploratory study, using the generic qualitative approach as a method, on the knowledge of the participants about the ACP and the perceptions about the meaning of life and death, and the influence of the latter in the application of the ACP. The survey was carried out between December 2021 and May 2022, with professional nurses and doctors who work in the PHC in the cities of Castilho-SP and Três Lagoas-MS. Quantitative data were processed and analyzed using the R Core Team-2020 program. As for the qualitative data, they were analyzed using Bardin's Content Analysis, in which Logotherapy and Existential Analysis, proposed by Viktor Frankl, were used as a theoretical framework for the discussion. The project was approved by the research ethics committee of the proposing institution, CAAE: 52451221.2.0000.0021. **Results:** 110 professionals participated in the quantitative stage, 55 physicians and 55 nurses. The majority (79.1%) claimed not to have knowledge about AD and the mean scores of the opinion and recommendation and respect components were greater than eight (scale 0-10). Significant correlations were identified between the search for the meaning of life component and the recommendation of AD to family members; search for the meaning of life and affective and cognitive components of the religious attitude and total religious attitude with the intention of making their own AD in the next year. As for the qualitative stage, whose delimitation of participants was made for convenience, there were 30 physicians and 22 nurses interviewed. From the speeches of the professionals, two articles were produced. Two thematic categories emerged from the first: 1) Advance Care Planning as a general care plan and 2) influence of sociocultural factors in the application of Advance Care Planning in Primary Health Care. In

the second, from the participants' reports, three main categories emerged: 1) Meaning of Life, 2) Meaning of Death, and 3) Influences on the Advance Care Planning conversations.

Conclusion: The perceptions of the participating professionals demonstrate a lack of preparation for the application of AD, not due to the lack of understanding of the importance of this tool, but due to the lack of knowledge necessary for its application. It was also found that religious beliefs and the meaning of life can influence the use of ACP interventions, however, it is important to establish limits between influence and the cultural background brought by professionals. Thus, the development of public policies that encourage training courses for PHC professionals on ACP, Palliative Care and difficult conversations focused on death and dying are necessary.

Keywords: Primary Health Care. Advance Care Planning. Advance Directive. Palliative Care. Health Personnel. Primary Care Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Roteiro e condução da entrevista (Materiais e Métodos)	43
Figura 2- Roteiro e condução da entrevista (Artigo 2)	68
Figura 3- Roteiro e condução da entrevista (Artigo 3)	89
Figura 4- Categorias temáticas do estudo (Artigo 3)	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos participantes (Artigo 1)	51
Tabela 2- Escores médios dos instrumentos aplicados no estudo (Artigo1)	52
Tabela 3- Valores do coeficiente de correlação de Spearman nos principais resultados das correlações entre os instrumentos aplicados no estudo (Artigo 1)	54
Tabela 4- Características da amostra (Artigo 2)	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP- Planejamento Antecipado de Cuidados (*Advance Care Planning*)
APS- Atenção Primária à Saúde
CFM- Conselho Federal de Medicina
CIT- Comitê Intergestores Tripartite
COFEN- Conselho Federal de Enfermagem
CP- Cuidados Paliativos
DAV- Diretivas Antecipadas de Cuidados
DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EAR-20- Escala de Atitude Religiosa
EMAD- Equipe Multidisciplinar de Assistência Domiciliar
HIV/AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
LT- Logoterapia
MD- Mandato Duradouro
MS- Mato Grosso do Sul
OMS- Organização Mundial de Saúde
PLS- Projeto de Lei do Senado
QSV- Questionário Sentido da Vida
RAS- Rede de Atenção à Saúde
SAD- Serviço de Assistência Domiciliar
SP- São Paulo
SUS- Sistema Único de Saúde
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV- Testamento Vital
UE- Urgência e Emergência
UFMS- Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1 Cuidados Paliativos	23
2.2 Cuidados Paliativos e Atenção Primária à Saúde	24
2.3 Planejamento Antecipado de Cuidados e Atenção Primária à Saúde.....	26
2.4 Religiosidade e Planejamento Antecipado de Cuidados.....	28
REFERENCIAL TEÓRICO	31
3.1 Liberdade de sentido.....	32
3.2 Vontade de sentido	33
3.3 Sentido da vida	33
3.4 Dimensões do ser humano	34
3.5 Finitude e sentido da vida	35
OBJETIVO.....	36
Objetivo Geral.....	36
Objetivos Específicos.....	36
MATERIAIS E MÉTODOS.....	38
Tipo de Estudo.....	39
Locais.....	40
Casuística.....	41
CrITÉrios de Inclusão e Exclusão.....	41
Instrumento de Coleta de Dados.....	41
Coleta de Dados.....	43
Análise de Dados.....	43
Aspectos Éticos.....	44
RESULTADOS.....	46
Artigo 1- Relação entre conhecimento sobre diretivas antecipadas de vontade, sentido da vida e atitude religiosa na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde.....	47
Artigo 2- Percepções de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre Planejamento Antecipado de Cuidados	66
Artigo 3- O Sentido da vida dos profissionais de saúde e a prática do Planejamento Antecipado de Cuidados: análise qualitativa no âmbito da Atenção Primária à	

Saúde.....	86
CONCLUSÃO	106
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICES	117
Apêndice A- Instrumento de coleta de dados qualitativo (Entrevista).....	118
Apêndice B- Declaração de Ciência/Anuência Coordenadores UBS.....	119
Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	120
ANEXOS	123
Anexo 1- Questionário sobre conhecimentos e atitudes sobres Diretivas Antecipadas de Vontade.....	124
Anexo 2- Questionário Sentido da Vida	128
Anexo 3- Escala de Atitude Religiosa	128
Anexo 4- Parecer Comitê de Ética	129
	131

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) têm o privilégio único de acompanharem o usuário ao longo de suas vidas, nas mais variadas situações que levam a população a procurar os serviços de saúde. Estes acompanham o envelhecimento, a fragilização dos pacientes, o esforço das famílias para se adaptarem às novas necessidades de cuidados de seus membros, os medos e as inseguranças (SILVA, 2014).

Assim, a APS constitui-se um local singular para a atenção a pacientes elegíveis para os Cuidados Paliativos (CP). Esta modalidade de cuidado é percebida como holística, ativa e continuada; e é voltada para os pacientes de todas as faixas etárias que experimentam sofrimento relacionado a condições graves de saúde, que são aquelas que não podem ser aliviadas sem intervenção médica e que comprometem as dimensões físicas, sociais, espirituais e/ou emocionais do indivíduo. Condição grave de saúde seria aquela que traz um alto risco de mortalidade, afetando negativamente a qualidade de vida, sendo agravada por sintomas, tratamentos e estresse ao paciente acometido e ao seu cuidador. Os CP objetivam a melhora da qualidade de vida dos pacientes, especialmente daqueles perto do fim; bem como dos familiares e cuidadores. São operacionalizados por meio da prevenção, identificação precoce, avaliação abrangente e gestão de problemas de caráter físico, psicológico, espiritual e social; sendo aplicável em todos os níveis de saúde, do primário ao terciário. As ações são norteadas, na concepção que a intenção não é apressar nem adiar a morte, mas legitimá-la como processo natural; e ainda, reconhecendo e respeitando os valores e crenças culturais do paciente e sua família (RADBRUCH *et al.*, 2020).

Contudo, sabe-se que apesar de os profissionais da APS reconhecerem os CP como parte de suas responsabilidades, ainda há poucos portadores de doenças crônicas que recebem CP de forma adequada e de qualidade neste nível de atenção (AZEVEDO *et al.*, 2017). Apesar das perspectivas de que o atendimento a este tipo de paciente seja cada vez mais frequente nos serviços de saúde da APS, em que destacamos entre as diversas causas, o progressivo envelhecimento da população e o conseqüente aumento do número de pacientes com doenças graves e também crônicas, ainda não existe uma política pública de saúde específica no Brasil para os CP e os poucos serviços de CP geralmente estão ligados a hospitais especializados (DE PAULA PAZ *et al.*, 2016).

Assim, vivencia-se na pós-modernidade um contexto de fim de vida hospitalar, em que a morte se constitui um tabu, devendo ser afastada do ambiente domiciliar, e o falar ou mesmo pensar na mesma constitui-se motivo de vergonha. Neste contexto, observa-se que o

profissional de saúde também se afastou do paciente, dominado pela sensação de fracasso em não poder salvar vidas (SCOTTINI *et al.*, 2018).

Desse modo, podemos perceber que para o paciente e sua família o conhecimento da proximidade da morte e decorrente terminalidade da vida gera ansiedade e sofrimento e que estes sentimentos também são compartilhados pelos profissionais de saúde que os acompanham. Em decorrência disso, há dificuldade em estabelecer limites no cuidado curativo, perpetuando a futilidade terapêutica, que seria a atitude médica através de procedimentos e tratamentos que objetivando salvar a vida do paciente, o sujeita a um grande sofrimento, no qual, em muitos casos, não prolonga a vida e sim o morrer, promovendo a distanásia, motivada pelo receio das consequências legais e sensação de fracasso. Outro fator sinérgico para o despreparo dos profissionais ante a morte é a tecnologia e a mecanização em saúde, que levam a sensação de controle sobre o prolongamento da vida e condições do morrer, fator este que também distancia o profissional dos pacientes em estado terminal (SANTANA *et al.*, 2017).

Contudo, devido às características que permeiam a APS como a longitudinalidade, que gera um estreitamento de laços com o paciente e sua família, bem como o conhecimento do contexto socioeconômico, familiar e religioso, os profissionais que ali atuam teriam todos os predicados necessários à abordagem do processo de morte e luto em seus serviços. Devido a essas características, estariam aptos a elencar os pacientes elegíveis para a apresentação do Planejamento Antecipado de Cuidados (ACP, do inglês *Advance Care Planning*), bem como avaliar o momento propício para abordagem desses pacientes e suas famílias e para o acompanhamento destes no processo de construção de uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) (SAITO; ZOBOLI, 2019). No entanto, um estudo (NAVARRO *et al.*, 2014) realizado na Espanha, com médicos da APS, demonstrou que apesar de entenderem a importância da DAV para os pacientes e familiares e apoiarem a confecção deste instrumento, os profissionais não se sentem preparados para abordar a temática da morte e da terminalidade em suas consultas.

O ACP é uma abordagem que permite aos indivíduos com capacidade de decisão preservada, identificar seus desejos e valores, refletir sobre o seu significado e suas consequências, definindo objetivos e preferências quanto ao seu futuro tratamento e cuidados em saúde diante de doenças graves elegíveis para CP, discutindo com sua família e cuidadores sobre estas questões. O ACP encoraja a pessoa a registrar por escrito estas decisões, a fim de que elas sejam consideradas, caso ela não seja capaz de expressá-las no futuro (RIETJENS,

2017). Portanto, a DAV se insere no ACP, e constitui-se um instrumento pelo qual o paciente direciona e delimita (por escrito) a ação dos profissionais de saúde, assim como os procedimentos que gostaria ou não de se submeter em situações críticas de saúde (RIETJENS, 2017).

Quanto à DAV, é importante esclarecer que existem dois modelos: Mandato Duradouro (MD) e Testamento Vital (TV). No MD o paciente indica um procurador de saúde, uma pessoa próxima ou um familiar que ficará responsável pelas decisões relacionadas à saúde do indivíduo, se o paciente se encontrar impossibilitado de expressar suas escolhas; ou esta pessoa escolhida pode agir como representante que zelará para que as vontades do paciente sejam respeitadas, quando ele estiver permanente ou temporariamente impossibilitado de fazê-lo. Em contrapartida, TV é um documento em que o paciente registra suas escolhas relacionadas à saúde, como tratamentos e intervenções que gostaria ou não de ser submetido, valores, preferências e objetivos dos cuidados (MONTEIRO; SILVA JUNIOR, 2019).

Embora não haja legislação específica sobre o tema no Brasil (MONTEIRO; SILVA JUNIOR, 2019), parece recomendável que a DAV seja elaborada por instrumento hábil a garantir sua validade e eficácia, podendo ser utilizado também o próprio prontuário médico, tomadas as cautelas quanto ao discernimento do paciente, sua assinatura e a presença de testemunhas instrumentais. No entanto, devido à lacuna na legislação sobre o assunto, de modo a regular como as vontades do paciente devem ser expressas, para a garantia do respeito à autonomia deste, o mesmo pode verbalizar suas preferências e vontades aos familiares, pois no momento em que ele se encontra impossibilitado de se expressar, as decisões e vontades dos familiares são consideradas na tomada de decisão pelos profissionais (MATOS; BORGES, 2018).

Estudo de revisão sistemática e metanálise (HOUBEN, 2014) realizado entre os anos de 1966 a 2013 demonstra que as intervenções educativas do ACP, voltadas a DAV, além de aumentarem a adesão à confecção desta última, elevam e aprimoram as discussões de fim de vida entre pacientes e profissionais e promovem a concordância entre as preferências relacionadas ao tema e o recebimento de CP. O estudo ainda identificou que pacientes que participam de grupos de intervenções de ACP completaram a DAV mais frequentemente que o grupo controle; receberam cuidados em concordância com suas vontades mais vezes; foram menos propensos a morrer em hospitais e tiveram mais discussões sobre fim de vida com profissionais, do que o outro grupo (HOUBEN, 2014).

Apesar das recomendações da aplicação precoce, o ACP ainda se constitui uma ferramenta utilizada mais frequentemente em pacientes próximos a terminalidade da vida. A Resolução 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina (CFM) que entrou em vigor em agosto de 2012 (CFM, 2012), estabelece os critérios para que o paciente, maior de idade e consciente, possa definir junto ao seu médico, quais os limites terapêuticos na etapa terminal. Ainda, recentemente, a Resolução CFM 2.232/2019 (CFM, 2019) deixou claros os aspectos relacionados à possibilidade de recusa terapêutica pelo paciente e aos parâmetros de objeção de consciência para o médico. Tais legislações constituem-se importantes marcos para a modernidade nas relações entre médicos e pacientes no contexto brasileiro, possibilitando uma melhor atenção a pacientes elegíveis para CP e seus familiares.

Assim, tornam-se relevantes programas voltados para a conscientização de profissionais de saúde e pacientes quanto à importância da comunicação prévia com familiares, amigos ou o registro de DAV sobre os desejos a respeito dos cuidados e tratamentos futuros. Contudo, em um estudo (SOUZA *et al.*, 2015) com o objetivo de inventariar os problemas éticos vividos pela equipe da APS na atenção a pacientes elegíveis para CP, os entrevistados relataram a falta de uma comunicação eficaz entre a equipe e a família/cuidadores, a qual está relacionada às dificuldades dos profissionais em estabelecer um diálogo sincero e aberto sobre a real situação do paciente.

Um estudo (SAITO; ZOBOLI, 2019) de revisão de escopo evidenciou que o profissional da APS não aborda com regularidade o processo de morte e luto, pois não teve estes temas contemplados em sua formação, portanto, não se sente preparado para lidar com o tema e não tem conhecimento acerca dele (SAITO; ZOBOLI, 2019). Recomendações relacionadas aos elementos do ACP expressas em um consenso europeu abordam a importância do entendimento do indivíduo sobre o tema, sua adaptação, aceitação do processo, valores e objetivos relacionados aos cuidados futuros (RIETJENS, 2017).

Outro estudo (SCOTTINI *et al.*, 2018) realizado junto a pacientes em CP domiciliares, com o objetivo de identificar o conhecimento dos mesmos sobre sua própria doença e sobre a possibilidade de registrarem seus desejos de final de vida a partir das DAV, concluiu que os médicos prestadores da assistência no final da vida não estão preparados para enfrentar questões relativas à morte e à finitude humana, e tampouco para orientar seus pacientes quanto ao direito à autonomia por meio das DAV.

A dificuldade em iniciar conversas sobre a terminalidade da vida, pelos profissionais, pode estar pautada nas influências culturais presentes na vida desses indivíduos (RODENBACH *et al.*, 2016). Ao refletirmos sobre a terminalidade da vida, voltamo-nos para questões existenciais que nos direcionam a referenciais filosóficos que nos auxiliam neste caminho. O sentido da vida se constitui um tema amplamente discutido pela filosofia com abordagens existenciais e fenomenológicas. Entre essas abordagens, temos as de perspectivas clínicas, em que se sobressai a proposta pelo neurologista e psiquiatra Viktor Emil Frankl. O conceito de Frankl, denominado Logoterapia, descreve que a grande força motriz do ser humano é a busca pelo sentido na vida; e o sentido da morte tem importante papel nesta busca, pois a finitude atribui à vida seu caráter irrepetível. Ou seja, a vida do ser humano é única, portanto as situações que a vida lhe apresenta são únicas, aumentando sua responsabilidade frente às escolhas que realiza, e intensifica a busca pelo significado, isto é, o sentido da vida que o motiva (FRANKL, 1995; AQUINO *et al.*, 2015).

Outro aspecto importante da compreensão da morte é a influência das crenças religiosas sobre o entendimento das pessoas sobre ela. A terminalidade, culturalmente, poder ser considerada sinônimo de derrota e de mau agouro. Assim, dependendo do contexto cultural em que o indivíduo se insere, a morte não é entendida como um processo natural e permeado pela transcendentalidade (HEISLER; MARTINS, 2022). Esse aspecto é explicado pela ontologia dimensional inserida na Logoterapia, que dita que o ser humano é composto por três dimensões principais: a dimensão somatológica, que envolve o caráter físico; a psicológica, que engloba os impulsos, os processos psicológicos; e por último a dimensões noética ou noológica, que é a dimensão espiritual em que são depositados os valores e sentidos e que reconhece a responsabilidade e a consciência (FRANKL, 1995; LIMA NETO, 2013). Essa concepção nos permite delinear um paralelo com o conceito de “Dor Total”, concebido por Cicely Saunders em relação aos CP, em que destaca que o cuidado espiritual é tão importante quanto aqueles relacionados aos aspectos físicos e psicológicos (CASTRO *et al.*, 2021).

De acordo com Frankl, a dimensão noética ou espiritual influencia diretamente as decisões dos indivíduos (FRANKL, 2003). O que justificou, por exemplo, um estudo (HOE; ENGUIDAMOS, 2019) que teve o intuito de compreender a relação das crenças religiosas e a adesão à DAV e as decisões relacionadas ao fim da vida. A pesquisa foi realizada com mais de 6000 participantes e apontou que o aspecto religioso tem grande influência na adesão às conversas de fim de vida. E concluiu que a compreensão da morte, sob a ótica da religiosidade, pode interferir na aplicabilidade do ACP (HOE; ENGUIDAMOS, 2019).

Assim, tornam-se relevantes estudos que busquem compreender as percepções de profissionais de saúde da APS quanto ao sentido da vida e a relação existente entre estes sentidos com as atitudes religiosas e a falta de preparo para a abordagem do ACP neste nível de atenção. Parte-se da hipótese de que sentido da vida e as atitudes religiosas apresentam relação com os conhecimentos e opiniões sobre DAV nestes profissionais. Ressalta-se que o enfermeiro e o médico desempenham um importante papel na tomada de decisão envolvendo conflitos éticos no processo de morte e morrer, por serem profissionais que se encontram muito próximos do paciente e seus acompanhantes, apresentando vínculos afetivos mais favorecidos pelas circunstâncias do cuidado (SAIORON *et al.*, 2017; RISK *et al.*, 2019); por esta razão, essas classes de profissionais foram selecionadas para participação neste estudo.

Dessa forma, o presente estudo é de grande relevância para a enfermagem e para a saúde, visto que, a compreensão acerca da relação existente entre o sentido da vida, atitudes religiosas e as percepções sobre o ACP em profissionais da APS, possibilitará o planejamento de estratégias de formação e educação permanente destes profissionais, de abordagem da temática nos currículos da área de saúde, bem como a construção de materiais educativos e de conscientização destinado a profissionais, pacientes e cuidadores.

REVISÃO DE LITERATURA

REVISÃO DE LITERATURA

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Cuidados Paliativos

Ao longo de décadas, os CP se desenvolveram a partir de uma filosofia de cuidados a qual envolve uma abordagem multidisciplinar, com diversos programas clínicos e experiências que permeiam o manejo de sintomas, os cuidados psicossociais e os espirituais e ainda as decisões envolvendo a terminalidade da vida. Esta área tem se amplificado, não se limitando a um único diagnóstico, agregando diversas especialidades médicas e acadêmicas para seu desenvolvimento (PERILLA; JOAQUIM, 2022).

Os CP, como prática distinta da área de atenção à saúde, surgiram na década de 1960, após a atuação de Cicely Saunders, enfermeira, assistente social e médica, em um grande hospital universitário londrino, que culminou na criação do primeiro *hospice* da era moderna, ou seja, hospitais exclusivos para o provimento de CP. No entanto, este não é o único modelo para a prestação desses cuidados, podendo ser adaptado considerando as necessidades e recursos locais, em formatos que incluem desde enfermarias em hospitais gerais a ambulatorios, nos domicílios, em hospedarias e hospitais-dia (GOMES; OTHERO, 2016). Contudo, aspectos culturais, sociais e dificuldades do manejo dos pacientes em CP em outros contextos, acabam por encaminhá-los a encararem sua terminalidade nos hospitais (CARDOSO *et al.*, 2013).

Dessa forma, os CP são cuidados voltados aos pacientes e suas famílias. São cuidados valiosos em qualquer momento após o diagnóstico de uma doença grave, ou seja, aquela que pode causar uma limitação importante ou até causar a morte. No entanto, em alguns casos, se mostra eficaz em conjunto com cuidados curativos, auxiliando no manejo das necessidades físicas, psicológicas e psicossociais dos pacientes e seus entes queridos (ROTH; CANEDO, 2019).

Assim sendo, destacam-se os princípios que norteiam os CP, sendo eles: 1) a compreensão da morte como processo natural, sendo parte constituinte da vida; e a qualidade de vida como o principal objetivo clínico dos CP; 2) o não prolongamento do processo de morte, nem o aceleração da morte; 3) pacientes e familiares devem ser cuidados com o

mesmo zelo, pois constituem a unidade de cuidados; 4) o objetivo principal da assistência é o manejo dos sintomas, tendo, portanto que ser avaliados e controlados rotineiramente; 5) as decisões sobre os tratamentos devem ser tomadas de maneira ética, e também incluindo os pacientes e familiares, fornecendo a estes a informação necessária para tal e respeitando seus valores étnicos e culturais; 6) a prestação de cuidados por uma equipe interdisciplinar; 7) a integralidade e a continuidade da assistência; 8) a incorporação dos cuidados espirituais em conformidade com a abordagem global de cuidados; 9) a assistência ampliada no apoio ao luto dos familiares pelo período que se fizer necessário (GOMES; OTHERO, 2016).

Entretanto, é relevante que se desfaçam equívocos relacionados a esta área de cuidado, incluindo a crença que seus serviços só podem ser ofertados quando não há outros tratamentos disponíveis; ou ainda quando é associada à eutanásia. Acerca disso, devemos considerar que os CP, desde o início de seu movimento, estiveram associados a pacientes com doenças terminais, em que podemos tomar os Estados Unidos como exemplo, tendo sua origem estabelecida com um centro de cuidados a paciente oncológicos, em que, após comprovar sua efetividade e baixo custo, o governo passou a financiar através do MEDICARE (um programa de seguro de saúde que ajuda seus beneficiários a pagarem pelos cuidados de saúde), tomando como um dos primeiros critérios para inclusão de beneficiários, a expectativa de vida menor ou igual a seis meses (CONNOR, 2008). É importante destacar que o principal objetivo dos CP é ajudar a melhorar e aperfeiçoar a qualidade de vida do paciente, apoiando tanto ele quanto sua família, de forma a gerenciar as necessidades complexas que emergem neste momento delicado, restaurando o equilíbrio entre conforto e cuidados curativos (ROTH; CANEDO, 2019).

Sendo assim, os CP utilizam uma abordagem multidisciplinar, visando o manejo da “Dor Total”, definição cunhada por Cecily Saunders, que abrange o conceito de dor, relacionado ao paciente em CP, para além do físico, alcançando as dimensões emocional, social e espiritual (SAUNDERS, 1990).

Há uma esfera de cuidado que apresenta características similares aos CP, e que devido a estas similitudes auxiliaria na introdução dos CP precoces, presentes nas diretrizes da OMS (2014), e ainda facilitaria o acesso desses cuidados à população em situação de terminalidade. Veremos mais sobre esse nível de atenção e os CP na próxima seção.

2.2 Cuidados Paliativos e Atenção Primária à Saúde

O progresso relacionado às ciências e à saúde, entre outros fatores, tem impulsionado o aumento da expectativa de vida da população e trazido reverses aos sistemas de saúde devido ao aumento de atendimentos e sua diversificação, principalmente relacionados ao atendimento de indivíduos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Além deste fato, a OMS (2014) destaca a necessidade de incluir os CP como parte da assistência completa à saúde, no acompanhamento de doenças crônicas e atenção a idosos, incentivando o início precoce do tratamento paliativo, sendo este concomitante ao tratamento curativo, pois, segundo um estudo (TEMEL *et al.*, 2010) este modelo de início de CP precoce aumenta a qualidade de vida dos pacientes próximos à terminalidade.

Considerando que os pacientes crônicos fazem parte da população de abrangência da APS, se tornou imprescindível a integração dos CP hospitalares a serviços que atuam na atenção domiciliar, com a disponibilização de serviços mais simples, promovendo esse modelo de assistência a um maior número de pessoas (BARRIOSO, 2017). À vista disso, no contexto brasileiro, houve uma pactuação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no dia 31 de outubro de 2018, que definiu diretrizes organizacionais relacionadas aos CP no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre estas, foi definido que os CP devem figurar os cuidados continuados integrados disponíveis na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e serem ofertados a todas as pessoas acometidas por doenças que ameacem a vida, seja de caráter agudo ou crônico. Destarte, a APS passa a ser incumbida de acompanhar esses usuários em seu território de atuação, por meio das equipes de atenção básica, tendo a retaguarda das demais esferas de atenção (BRASIL, 2018).

No Brasil, a APS atua, principalmente, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Todavia, quando a situação dos pacientes em CP é agravada, impedindo que os mesmos se desloquem às unidades de saúde, a ESF pode contar com dispositivos que auxiliam na ampliação dos cuidados a estes pacientes, estendendo os CP para o atendimento domiciliar, conforme prevê o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). Entre estes estão os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e as Equipes de Atenção Domiciliar (EMAD), que não integram a APS; e os serviços de Urgência e Emergência (UE), que se articulam as ESF nesse intuito. Através de discussões entre as equipes, troca de conhecimentos e saberes multiprofissionais, fundamentando-se na clínica ampliada e no apoio matricial, traçam planos de cuidados para estes pacientes e os executam conjuntamente, podendo abarcar também o Projeto Terapêutico Singular, que ultrapassa a

intersetorialidade no contexto de saúde, buscando apoio em setores como o Serviço Social, por exemplo, para alcançar seus objetivos (BRASIL, 2018).

Tendo em mente a necessidade da inserção dos CP precocemente na APS, e na efetivação dos CP nesta esfera de cuidados, existe uma ferramenta que pode auxiliar neste processo, sendo aclarada na próxima seção.

2.3 Planejamento Antecipado de Cuidados e Atenção Primária à Saúde

Sabe-se que a família é a primeira instituição em que há transmissão de valores culturais, éticos, morais e espirituais, os quais moldam o indivíduo como sujeito social e estabelece suas relações com os outros; tem, portanto, grande valor e significância pessoal e social, sendo o local onde se busca amor, satisfação, bem-estar e apoio. A família é considerada como a primeira rede de apoio social e onde o paciente busca proteção, quando enfrenta adversidades em sua vida cotidiana (ESPÍNDOLA *et al.* 2018).

Em momentos de crise, as mudanças na organização familiar e seus papéis são previstas, como no caso de uma doença grave em que a terminalidade de um de seus membros se anuncia. Aquele indivíduo que era pai/mãe, filho/filha, esposo/esposa, agora é paciente. Portanto, se faz necessário que a equipe considere a família e o paciente como uma unidade de cuidado, buscando uma atenção norteada pelo enfrentamento da finitude, minimização do sofrimento físico, psicológico e espiritual. Pois neste cenário, é fundamental que a família tenha entendimento em relação ao processo de fim de vida, visto que na possibilidade de o paciente não conseguir expressar suas vontades, será ela a nortear as ações que serão oferecidas ao indivíduo, o que pode levar à insistência em investimentos desnecessários da equipe, prolongando o sofrimento do mesmo, se a família não estiver suficientemente esclarecida (MATOS; BORGES, 2018).

Compreender o processo de terminalidade da vida não é tarefa fácil e muitas vezes não se tem preparo humano e social para esse mister, portanto, é imprescindível que as ações de ACP levem em conta essa situação peculiar e paradoxal: ao mesmo tempo em que se pretende amainar as angústias e aflições do paciente, outros sofrimentos afloram naqueles que estão próximos e na iminência da perda de um ente querido, cujo sentimento, preocupação e medos devem ser considerados em sua totalidade (KÜBLER-ROSS, 2017).

O modelo de CP sempre inclui a família tanto no que tange às decisões, como também aos cuidados prestados ao paciente e aos seus entes queridos. Estas características também são inerentes a APS, que além dessas, conta com a longitudinalidade e o vínculo com o paciente,

qualificando essa esfera suficientemente para executar CP com resolutividade, pois se estabelece como um lugar seguro, que transmite confiança ao paciente e sua família. Podemos elucidar a comunicação interpessoal na área da saúde não apenas como uma transmissão de informações e sim uma troca entre profissionais e pacientes. Em que, sendo verbal ou não verbal, por meio de gestos, toques, expressões faciais, entre outras, o profissional demonstre respeito ao contexto sócio-histórico do indivíduo em seus cuidados, e inicie um movimento de troca de saberes, negociação e diálogo (MATSUOKA *et al.*, 2019). Em relação a pacientes em CP, um estudo (GOMES; OTHERO, 2016) de revisão narrativa afirma que a comunicação necessita ser aberta e ativa, desenvolvendo um processo de confiança e vínculo com o paciente e família, principalmente relacionado à comunicação de más notícias, em que as informações devem ser transmitidas de modo verdadeiro, lento e progressivamente suportável.

O emprego desta comunicação é primordial na área da saúde devido às relações intersubjetivas que estão presentes no convívio equipe, paciente e família. Um estudo (ARAUJO; SILVA, 2012) exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, que visava identificar as expectativas relacionadas à comunicação com a equipe de enfermagem, de pacientes que vivenciam os CP, concluiu que o relacionamento interpessoal mencionado, é ressignificado, adquirindo um valor expressivo para àqueles que se encontram na finitude da vida. Desse modo, a comunicação empática e compassiva é interpretada como um instrumento de apoio para estes pacientes.

As características elucidadas sobre a APS são fundamentais para iniciar o ACP. Esta abordagem, realizada pela equipe multidisciplinar, visa iniciar discussões com o paciente acerca dos seus desejos e valores relacionados ao seu tratamento e sobre questões de fim de vida, em situações em que o paciente não puder se expressar (ROTH; CANEDO, 2019).

O ACP objetiva coletar informações sobre os tratamentos de suporte de vida que o paciente está disposto a receber, quando acometido por uma doença grave ou limitante e pode culminar em uma DAV. A DAV é um instrumento em que o paciente expõe suas vontades acerca da terminalidade de vida, ou seja, explicita quais procedimentos gostaria de se submeter ou não em situações críticas como a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), por exemplo; assim como outras decisões dentro deste contexto. No que se refere a como a DAV deve ser expressa, temos duas referências mundiais: a lei americana (*Patient Self Determination Self Act of 1990*), que não estabelece ritos, nem obriga que sejam registradas por escrito, mas abrangem condutas para médicos e instituições, e direitos dos pacientes; a

outra é a australiana (*Consent to Medical Treatment and Palliative Care Act*, de 1995 e modificada em 2004), que é mais detalhada, exige manifestação por escrito e cria um cadastro nacional de diretivas que pode ser consultado na oportunidade do atendimento; este molde é seguido por Portugal (Lei n. 25/2012) e Espanha (Lei n. 41/2002) (PITELLI; OLIVEIRA; NAZARETH, 2018).

No Brasil, não há uma lei federal acerca desta temática, todavia neste âmbito há duas resoluções do CFM. A Resolução CFM n. 1995/2012 que determina critérios para que o paciente, maior de idade e plenamente consciente, possa estabelecer quais os limites terapêuticos na etapa terminal, junto ao seu médico. Já a Resolução CFM n. 2232/2019, elucida aspectos inerentes à possibilidade de recusa terapêutica pelo paciente e parâmetro de objeção consciência para seu médico. Ainda no contexto brasileiro, é importante apontar que havia um Projeto de Lei no Senado (PLS), o de n. 149/2018, que dispunha sobre a temática (PITELLI, OLIVEIRA; NAZARETH, 2018), mas que foi arquivado por não ter sido votado até o final do mandato do senador que o propôs. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em seu novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, destina um parágrafo sobre o dever do profissional de enfermagem de, observando a autonomia do paciente que apresente doença grave ou terminal, respeitar sua vontade ou de seu representante legal, se em concordância com a equipe multidisciplinar (COFEN, 2017).

Pelo exposto, as características que a APS apresenta, voltada ao paciente e sua abordagem familiar andam em paralelo às características dos CP, e possibilitam que os profissionais elenquem com mais facilidade os pacientes elegíveis para aplicação das intervenções relacionadas ao ACP, entendendo essa ferramenta como parte dos CP. Apesar do contexto brasileiro não apresentar um respaldo legal substancial, resoluções dos conselhos de medicina e enfermagem balizam sua aplicação. Ademais, é importante destacar a aprovação da Resolução do Ministério da Saúde de 31 de outubro de 2018, já citada neste estudo, que norteia os CP dentro da APS, estabelecendo cuidados integrados a serem oferecidos aos pacientes em CP (BRASIL, 2018). E, nesse cenário, coloca a APS como organizadora da rede, coordenadora do cuidado e a responsabiliza pelo acompanhamento desses pacientes por meio das equipes de Atenção Básica (SILVA *et al.*, 2022).

Apesar do ACP ser uma ferramenta robusta na discussão acerca das vontades e valores dos pacientes próximos a terminalidade, ele tangencia um assunto desconfortável tanto para pacientes quanto para profissionais que é a morte. E no momento em que este tema é inserido,

algumas reflexões que ele traz resvalam nas crenças religiosas, e este assunto é trazido na próxima seção.

2.4 Religiosidade e Planejamento Antecipado de Cuidados

A recusa terapêutica está estritamente ligada ao ACP, e este fato torna-o um assunto controverso entre a população geral e os profissionais, muitas vezes sendo confundido com uma forma de suicídio assistido. Como o assunto suicídio é muito delicado, principalmente na esfera religiosa, estudos (BÜLOW, 2008; RICHARDSON, 2014; SILVESTRI, 2003) demonstram que as crenças religiosas exercem uma destacada influência na compreensão e adesão a esta abordagem. Estudos (GARRIDO, 2013; HOE, 2020) apontaram que pacientes com fortes crenças religiosas são menos propensos a preencher uma DAV. Entretanto, um estudo (MYASHITA, 2021) recente realizado no Japão, demonstrou que dependendo da religião, as pessoas se mostram mais disponíveis a realizar as discussões de fim de vida que aquelas que não estão ligadas a nenhuma religião. Outro estudo (GARRIDO, 2013) descreveu que as pessoas muito ligadas a crenças religiosas acreditam que o controle das decisões de fim de vida está nas mãos de Deus. E este último fato pode ser explicado devido a religiões como Judaísmo, Catolicismo, Islamismo e Protestantismo acreditarem que a vida é uma dádiva de Deus, e se o homem tentar interferir em seu curso pode ser condenado; demonstrando uma compreensão limitada sobre o assunto, em que o ACP se trataria unicamente de questões ligadas à eutanásia, ou que a recusa terapêutica se trata de um meio de suicídio assistido (GREEN, 2013).

Cicely Saunders, fundadora do *hospice* moderno, durante suas interações com pacientes próximos à terminalidade da vida constatou que esses pacientes experimentavam um conceito de dor que englobava todas as dimensões do ser: *“Sua dor não incluía não apenas seu sofrimento físico, mas também sofrimento emocional e mental, seus problemas sociais e a necessidade de compreensão e segurança”* (SAUNDERS, 1964, p.68). Assim, conceituou essa experiência perturbadora como “Dor Total”, incluindo entre essas dimensões a espiritual, fazendo com que os cuidados prestados a esses pacientes fossem executados de forma holística, a fim de minimizar esse sofrimento (WOOD, 2021). Os profissionais que prestarão os cuidados devem avaliar as preferências dos pacientes neste sentido, visando o melhor cuidado possível (NATIONAL CONSENSUS, 2018). À vista disso, destaca-se a importância de compreender a influência de crenças religiosas nas discussões ACP, considerando que esta abordagem integra os CP.

No entanto, não há muitos estudos que se voltam à influência da religiosidade na aplicação da ACP/DAV por parte dos profissionais. Um dos estudos explicita que os profissionais de saúde não acreditam que suas crenças religiosas influenciam nas discussões sobre ACP (BRAUN, 2010). Outro estudo aponta que essa influência só se evidencia quando os pacientes ou familiares trazem o assunto durante as discussões (MICCINESI, 2005), e que profissionais que se declaram comprometidos religiosamente foram menos propensos a iniciar discussões sobre ACP (MICCINESI, 2005). No entanto, um estudo concluiu que a afiliação religiosa dos profissionais não pode ser identificada como barreira para as discussões sobre ACP (BOWMAN, 2018).

Em termos gerais, a religiosidade é definida como a adesão a crenças e práticas voltadas a uma instituição religiosa, percebida pelo quanto o indivíduo acredita, segue e pratica a religião. Há dois tipos de classificação para a religiosidade: a intrínseca, em que a religião tem um lugar central na vida do indivíduo, agregando conceitos culturais, morais e ideais ao significado de sua existência; e a extrínseca, em que se relaciona com atividades e crenças que são um meio para alcançar consolo, sociabilidade, distração e status. A religiosidade e a espiritualidade estão relacionadas, mas são definidas de formas diferentes: a religiosidade se relaciona à prática, e tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais se ligando às dimensões sociais e culturais do indivíduo; e a espiritualidade se relaciona com o transcendente, envolvendo o significado e propósito da vida e o entendimento da existência de algo além da experiência e conhecimento humano (THIENGO *et al.*, 2019).

Percebe-se que as associações entre as influências religiosas e as discussões sobre ACP são controversas. Contudo, por que a religiosidade influencia tanto as pessoas? De acordo, com Viktor Frankl (2016), criador da Logoterapia e Análise Existencial, o motivo desta influência reside na dimensão noética, que se trata do aspecto espiritual do homem, que engloba os valores que direcionam o ser humano.

No contexto brasileiro, com 80% da população referindo seguir alguma religião (DATAFOLHA, 2020), torna-se relevante entender se para os profissionais de saúde, o fator religioso influencia na compreensão e aplicação do ACP na prática profissional. Considerando que, segundo Frankl (2016), a dimensão espiritual exerce uma influência notória nas escolhas do ser humano.

REFERENCIAL TEÓRICO

3. Referencial Teórico

Foi utilizado como referencial teórico a Logoterapia e Análise Existencial que é uma teoria desenvolvida por Viktor Frankl (1905-1997), neurologista e psiquiatra vienense que durante o período da Segunda Guerra Mundial foi cativo nos campos de concentração, onde pôde observar suas teorias na prática. A Logoterapia é conhecida como a “Terceira Escola Vienense de Psicoterapia”. Quando tratamos da teoria de Frankl é necessário que se esclareça que a Logoterapia é um método de tratamento psicoterápico e a Análise Existencial é uma corrente antropológica de pesquisa, cuja questão central é voltada ao comportamento do indivíduo frente à existência e não a existência em si, direcionando-se às atitudes frente ao mundo (FRANKL, 2017). Esta linha psicoterápica é fundamentada em três pilares: a liberdade de vontade, a vontade de sentido e o sentido da vida.

3.1 Liberdade de vontade

A liberdade de vontade trata da liberdade de escolha do homem frente às situações que a vida lhe apresenta, entendendo que ele não é determinado pelo meio, pois tem a capacidade de se distanciar daquilo que não lhe apetece. De acordo com Frankl:

O que acentuamos é o fato de que o homem (...) toma posição em relação a ele; o fato de que ele sempre se “posiciona” de algum modo e de que esse comporta-se é justamente um comportar-se livre. Tanto em relação ao mundo circundante natural e social, em relação meio exterior, quanto em relação ao mundo interior psicofísico vital, em relação ao meio interior, o homem toma posição a cada instante de sua existência (FRANKL, 2017, p. 95).

Dessa forma, a liberdade de vontade seria o que possibilita o homem, superar os determinismos do meio moldando-se a si próprio, não separando assim a liberdade da responsabilidade. Pois o indivíduo é livre para e responsável pelo que escolhe. Incluindo nesta responsabilidade a finitude da vida, que diante da transitoriedade da vida, o homem tem responsabilidade pela própria vida (LIMA NETO, 2013).

3.2 Vontade de sentido

Este segundo fundamento da logoterapia se trata da faceta motivacional do ser humano, que o direciona a necessidade que a pessoa tem de encontrar um sentido. Pois o homem necessita de uma justificativa, um porquê para uma atitude, uma decisão que o permita atravessar as dificuldades que a vida impõe.

“O que chamo de vontade de sentido pode ser definido como o esforço mais básico do homem na direção de encontrar e realizar sentidos e propósitos” (FRANKL, 2011, p. 50).

3.3 Sentido da Vida

De acordo com Frankl, o sentido da vida não seria a ausência de sofrimento ou a busca pela felicidade, mas sim a razão que nos motiva a realizar as nossas atividades em busca desse objetivo. Muitas vezes se tem como viver, mas lhe falta um por quê viver. Apoiados nesta premissa, há pessoas que tem como viver, mas não alcançaram o motivo pelo qual fazê-lo caindo no denominado “vazio existencial”.

Se nos perguntarmos o que é que produz o vazio existencial e o que pode tê-lo causado, temos a seguinte explicação: ao contrário dos animais, não são os instintos e as pulsões que dizem ao ser humano o que ele tem de fazer. E, ao contrário do que acontecia no passado, também as tradições não lhe dizem mais o que deve fazer. Sem saber o que é imperioso fazer e sem saber o que deve fazer, também já não sabe mais o que quer. E qual a consequência? Ou ele quer apenas aquilo que os outros fazem, e isso é o conformismo, ou o oposto: ele só faz aquilo que os outros querem – querem dele. (...) há ainda outra manifestação que é consequência do vazio existencial: trata-se de uma neurotização específica, a “neurose noogênica”, que etiológicamente tem sua razão de ser no sentimento de falta de sentido, na dúvida em relação ao sentido da vida ou à perda da

esperança na existência de um tal sentido (FRANKL, 2016, p. 17).

Segundo a Logoterapia, é possível encontrar o sentido da vida através três modalidades de valores, de acordo com Frankl (2011; 2016; 2017): valores de criação, na medida em que me dedico a uma atividade criativa e enriqueço o mundo; valores vivenciais, nos quais eu desfruto experiências de algo que recebo do mundo, assim como por meio do amor a outro ser humano; e por fim, valores de atitude, na medida em que não posso exercer a criação ou o amor defronte a um destino imutável, cabe à pessoa a escolha de sua atitude afirmativa perante a vida e suas exigências.

Destacamos cinco características do sentido de vida para a Logoterapia, que são: o sentido da vida é único, assim como cada pessoa é única; é incondicional, Frankl acredita que é possível encontrar sentido em qualquer situação; é mutável, não é o mesmo a vida inteira, varia a cada circunstância; é o que tenciona, é o que move o ser humano; é concreto, como cada realidade da vida é (FRANKL, 2016).

3.4 Dimensões do ser humano

Frankl propõe uma ontologia dimensional, em sua análise do ser humano, são elas as dimensões: somática, psíquica e noética. A dimensão somatológica envolve o aspecto fisiológico do homem, voltando-se para parte biológica e orgânica do mesmo. A dimensão psicológica trata dos processos psicológicos, pulsões e funcionamento psicodinâmico do indivíduo. E, por fim a dimensão noética, também denominada espiritual (LIMA NETO, 2013).

As duas primeiras dimensões caracterizam o aspecto determinado do homem, passível de ser explicado objetivamente. A dimensão noética que contemplaria propriamente o ser humano, pois, de acordo com Frankl, nela residem os valores e sentidos concretos do homem. Considera-se, portanto, a dimensão noética ou espiritual, como a dimensão genuína do ser humano, pois abarca as projeções parciais da totalidade do homem, não somente da razão e do intelecto, quanto dos sentimentos e das emoções (XAUSA, 2011).

3.6 Finitude e sentido da vida

Na perspectiva de Frankl (2016), a finitude e a temporalidade são importantes na constituição do sentido da vida, pois são irreversíveis e irrepitíveis dentro da existência humana, impulsionando deste modo a busca pelo sentido da vida. Ressalta-se, deste modo, o caráter insignificante da duração da vida, na medida em que uma vida plena de sentido não corresponde a sua duração, não é possível avaliar a biografia pessoal por conta de sua longevidade, mas sim por meio de seu conteúdo, ou seja, por meio das decisões tomadas frente às imposições do destino (MOREIRA; HOLANDA, 2010).

O que aconteceria se a nossa vida não fosse finita no tempo, mas antes temporalmente ilimitada? Se fôssemos imortais, poderíamos, com razão, adiar cada uma das nossas ações até o infinito; nunca teria a menor importância o realizar-se amanhã ou depois de amanhã, ou daqui a um ano ou dez. Em compensação, tendo em vista a morte como uma certeza de nosso futuro e limite de nossas possibilidades, nos vemos obrigados a aproveitar o tempo de vida de que dispomos e a não deixar passar em vão as ocasiões irrepitíveis que se nos oferecem, ocasiões essas, cuja soma finita representa precisamente a vida toda (CORREA; RODRIGUES, 2013).

Considera-se, deste modo, que a revolta da pessoa diante do destino e da morte, jaz na incompreensão que ambos constituem como essenciais ao sentido da vida, pois os mesmos possibilitam empreender a existência para algo ou alguém, ou seja, edificar uma existência plena de sentido até a morte (CORREA; RODRIGUES, 2013). Logo, ao afirmar que a vida continua potencialmente significativa sob quaisquer circunstâncias, Frankl (2017) engrandece o valor incondicional do ser humano e sua dignidade, ambos não estão calcados na utilidade que a pessoa possa ter ou não no presente, mas sim em todos os valores que a mesma integrou no passado e que a acompanham hoje.

Considerando os fundamentos em que a Logoterapia e Análise existencial de Frankl se sustentam, se torna possível traçar um paralelo com os CP. Destacam-se a Ontologia Dimensional (LIMA NETO, 2013), que trata das dimensões do ser humano (somatológica, psicológica e noética); os aspectos globais tratados pelo conceito de Dor Total, trazidos por Cicely Saunders, que balizam e direcionam os CP (WOOD, 2021); a relação da finitude com o sentido da vida, descrito por Frankl (AQUINO, 2015); e a compreensão do caráter natural da morte, destacado tanto no conceito de CP *da International Association of Hospice and Palliative Care* (RADBRUCH *et al.*, 2020) quanto nos princípios dos CP (GOMES; OTHERO, 2018).

OBJETIVO

4. OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções de profissionais de saúde da APS quanto ao ACP, sentido da vida e as atitudes religiosas.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a relação entre conhecimento sobre DAV, sentido da vida e atitude religiosa na perspectiva de médicos e enfermeiros da APS.

Identificar as percepções que os profissionais da medicina e enfermagem da APS têm sobre o ACP.

Identificar as percepções dos profissionais de cuidados de saúde primários sobre como o sentido da vida e da morte influenciam as conversas de ACP no âmbito clínico.

MATERIAIS E MÉTODOS

MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de Estudo

Neste estudo, utilizamos a Análise por Triangulação de Métodos, que possibilita ao pesquisador utilizar duas ou mais técnicas para ampliar as informações acerca do seu objeto de pesquisa. Desse modo, a técnica dispõe de dois momentos diferentes que se associam, permitindo uma articulação entre os aspectos teóricos e empíricos, conferindo, dessa forma, o caráter científico ao estudo. O primeiro momento se trata da preparação dos dados empíricos coletados, sendo obtidos de procedimentos diversos. O segundo momento é relativo à análise desses dados e a determinação de suas correlações com os aspectos teóricos e os aspectos sócio estruturais (MARCONDES; BRISOLA, 2014).

A primeira etapa consistiu em um estudo transversal analítico, no qual os profissionais foram convidados a responder três instrumentos: o Questionário sobre conhecimentos e atitudes sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (Anexo 1) anônimo e autopreenchido, adaptado por Stolz *et al.* (2011) ao contexto brasileiro com base no questionário validado e publicado por Simón Lorda *et al.* (2008); o Questionário de Sentido da Vida (QSV) adaptado para o contexto brasileiro por Aquino *et al.* (2015) (Anexo 2); e a Escala de Atitude Religiosa (EAR-20) elaborada por Diniz e Aquino (2009) (Anexo 3) .

A segunda etapa se tratou de um estudo exploratório, que utilizou como referencial metodológico a pesquisa qualitativa genérica (CAELLI; RAY;MILL, 2003; PERCY; KOSTERE; KOSTERE, 2015; KOSTERE; KOSTERE, 2021). Este referencial é uma metodologia descritiva voltada para a compreensão de como os indivíduos atribuem significado a um fenômeno ou situação, ou seja, o interesse do pesquisador está voltado às opiniões, experiências de vida e reflexões dos participantes (PERCY; KOSTERE; KOSTERE, 2015). Dessa forma, a investigação qualitativa genérica busca os relatos das pessoas sobre as atitudes, crenças ou reflexões sobre suas experiências. Também pode ser utilizado quando o fenômeno que está sendo investigado não pode ser explicado por outro método de pesquisa qualitativa, como teoria fundamentada, etnografia ou fenomenologia (KOSTERE; KOSTERE, 2021).

A coleta de dados, nesta abordagem metodológica, busca a obtenção de uma ampla gama de opiniões, ideias e reflexões; assim, não necessariamente, se utiliza de amostras maiores que as outras abordagens qualitativas (PERCY; KOSTERE; KOSTERE, 2015). De acordo com Sandelowski (2010), a abordagem qualitativa genérica, em um nível epistemológico, estaria mais vinculada ao construtivismo, pois aborda as interpretações das

experiências dos indivíduos, sempre utilizando o pesquisador como mediador. Devido a esta característica, faz uso de entrevistas semiestruturadas ou grupos focais, embora se utilize também de documentos e outras fontes de dados. Quanto à análise, emprega métodos indutivos, uso de códigos abertos, categorias e análise temática, de forma a permanecer o mais perto possível dos dados (CAELLI; RAY; MILL, 2003; SANDELOWSKI, 2010; GREEN, 2004).

5.2 Local

As entrevistas foram realizadas nas dependências das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da APS dos municípios de Três Lagoas/MS e Castilho/SP. A escolha dos municípios foi por conveniência, pelo fato de se tratar do local de residência e/ou atuação dos pesquisadores.

O município de Três Lagoas está situado na região leste de Mato Grosso do Sul. Considerada a terceira cidade mais populosa do Estado, com uma população estimada de 123.281 mil habitantes (BRASIL, 2020). A APS do município de Três Lagoas atende a uma população de 93.718 habitantes, o que corresponde a uma cobertura de 76,02% da população (total de 111.652 hab.) (BRASIL, 2020). Acerca do quadro de profissionais médicos e enfermeiros da APS no município, são 47 enfermeiros e 53 médicos.

Já o município de Castilho, pertence à região administrativa de Araçatuba estando localizado na região noroeste do Estado de São Paulo, fazendo divisa com a cidade de Três Lagoas. Apresenta uma população estimada de 21.267 mil habitantes (BRASIL, 2020) e a cobertura da APS, segundo dados do Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2020), é de 100%. Quanto ao quadro de profissionais, conta com oito enfermeiros e 10 médicos.

5.3 Casuística

Selecionaram-se médicos e enfermeiros para constituição do universo de participantes, devido às características de atuação dos mesmos na tomada de decisão envolvendo o processo de morte e morrer e terapêuticas futuras.

Relativo à etapa qualitativa, a delimitação do número de participantes se deu a partir do momento em que os dados responderam à questão do estudo, ou seja, quando novas entrevistas não acrescentaram dados novos e os dados existentes forneceram informações suficientemente esclarecidas para a pesquisa (O'REILLY; PARKER, 2013).

5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão utilizados foram: profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) atuantes na APS de Três Lagoas/MS ou Castilho/SP há pelo menos seis meses, visto que na cidade de Três Lagoas havia sido realizado um concurso público para provimento de cargos na esfera da APS e convocação no ano de 2021; e maiores de 18 anos de idade. E os critérios de exclusão: profissionais em período de licença médica e/ou férias no período de realização das entrevistas. Sendo o universo constituído de 100 profissionais atuantes no município de Três Lagoas/MS e 18 no município de Castilho/SP, totalizando 118 profissionais entre médicos e enfermeiros.

5.5 Instrumentos de coleta de dados

Etapa Quantitativa

O primeiro instrumento aplicado, o Questionário sobre conhecimentos e atitudes sobre Diretivas Antecipadas de Vontade, é constituído por duas partes. A primeira parte contém perguntas para caracterização sociodemográfica e profissional, com as seguintes variáveis: sexo, idade, categoria profissional, formação, tempo de formação, experiência profissional e tempo atuação na APS. Na segunda parte, as perguntas versam sobre o conhecimento prévio dos participantes sobre CP, ACP E DAV, utilizando-se de escalas dicotômicas e do tipo *Likert*, em que são apresentados valores de 0 (pontuação mais negativa) a 10 (pontuação mais positiva). O instrumento foi adaptado ao contexto brasileiro por Stolz *et al.* (2011), com base no questionário validado e publicado por Simón Lorda *et al.* (2008).

O QSV foi o segundo instrumento aplicado neste primeiro momento do estudo. Ele foi desenvolvido por Steger *et al.* (2006) e adaptado para o contexto brasileiro por Aquino *et al.* (2015). O questionário conta com dez itens que discriminam duas dimensões: a busca de sentido e a presença do sentido da vida. Cada item é avaliado por meio de uma escala tipo *Likert* de 7 pontos, sendo que 1 corresponde a “Absolutamente Falso” e 7 a “Absolutamente Verdadeiro”. A primeira dimensão, composta pelos itens 2; 3; 7; 8 e 10 (por exemplo, “Eu estou procurando alguma coisa que faça com que minha vida tenha sentido”), possibilita avaliar o processo de busca de sentido da vida. A segunda dimensão, presença do sentido da vida, composta pelos itens 1; 4; 5; 6 e 9 (por exemplo, “Eu compreendo o sentido da minha vida”), objetiva verificar a existência de sentido da vida nos participantes. Desse modo, quanto maior a pontuação nos itens relacionados mais forte a relação com a dimensão a que

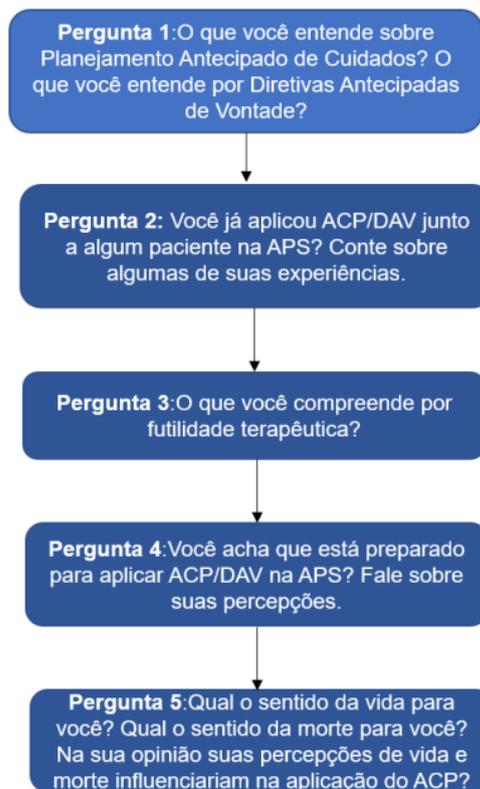
pertencem. De acordo com o estudo de validação do instrumento, a dimensão presença do sentido da vida correlaciona-se positivamente com as variáveis: satisfação de vida, emoções positivas, extroversão e religiosidade; enquanto a dimensão busca de sentido, pode ser correlacionada com depressão e emoções negativas (STEGGER *et al.*, 2006).

A última escala aplicada nesta primeira etapa do estudo foi a EAR-20 que é composta por vinte itens e cobre quatro domínios distintos da religiosidade, sendo eles: cognitivo (por exemplo, “Costumo ler os livros que falam sobre religiosidade”), afetivo (por exemplo, “Sinto-me unido a um “Ser” maior (Deus”), comportamental (por exemplo, “A religião/religiosidade influencia nas minhas decisões sobre o que eu devo fazer”) e corporeidade (por exemplo, “Ajoelho-me para fazer minha oração pessoal com Deus”). Para respondê-la o participante utiliza uma escala de cinco pontos, com extremos 1 (NUNCA) e 5 (SEMPRE). As maiores pontuações nessa escala indicam uma elevada atitude religiosa (DINIZ; AQUINO, 2009).

Etapa Qualitativa

Nesta etapa foram conduzidas entrevistas pela pesquisadora, a partir de um roteiro semiestruturado, nas quais os participantes foram questionados sobre seu conhecimento acerca do ACP e das DAV. Em seguida, foram realizadas as questões referentes à experiência dos profissionais com os instrumentos ACP e DAV, conhecimento acerca de futilidade terapêutica, opiniões acerca do sentido da vida e da morte e sobre a influência dessas percepções na abordagem dos pacientes (Figura 1).

Figura 1. Roteiro e condução da entrevista, 2022.



Fonte: Os autores

5.6 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2021 e maio de 2022, por meio de entrevistas presenciais, nas UBS dos municípios de Castilho e Três Lagoas. Para a primeira etapa (quantitativa) da interação, utilizamos a plataforma Formulários *Google*, para facilitar o preenchimento dos questionários e também a tabulação dos dados. De forma a preservar o sigilo e a confidencialidade dos dados, foi mantida a política de privacidade da ferramenta. Após a finalização da coleta de dados, os dados foram transformados em planilhas que foram confidencialmente arquivadas em posse da pesquisadora principal e após cinco anos, serão deletadas. Na segunda etapa (qualitativa), as respostas dos participantes foram gravadas, transcritas e apresentadas aos mesmos para conferência.

5.7 Análise de Dados

Etapa Quantitativa

Os dados foram captados pelo aplicativo GoogleForms® para conferência e validação. Inicialmente foram realizadas análises descritivas e exploratórias de todos os dados. Os testes t de Student e de Welch foram utilizados para comparar os escores entre dois grupos quando as variâncias foram homogêneas ou heterogêneas, respectivamente. Os instrumentos foram decompostos em componentes para possibilitar a análise de correlação entre eles. O questionário DAV foi decomposto em: componente sociodemográfico; componente conhecimento; componente opiniões; e componente recomendação e respeito. O QSV em Subescala Presença e Subescala Busca. A EAR-20 em componente conhecimento; componente comportamento; e componente sentimento. Os testes não paramétricos de Kruskal Wallis e Dunn foram utilizados para comparar os três grupos com níveis de atitude religiosa diferentes, quanto aos escores das subescalas Presença e Busca do Questionário do Sentido da Vida (QSV) e do componente “Recomendação e respeito” das Diretrizes Antecipadas de Vontade (DAV). Análises de correlação de Spearman foram utilizadas para analisar as correlações entre as variáveis. As análises foram realizadas com auxílio do programa R *Core Team* (2020), com o nível de significância de 5%.

Etapa Qualitativa

Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin, que se utiliza de métodos de descrição de conteúdo das falas a fim de obter indicadores que possibilitam inferir conhecimentos relativos às condições de verbalização e de recepção dessas mensagens. Constitui-se de uma etapa de pré - análise, que é realizada a fim de organizar a pesquisa sistematicamente; a seguir, explora-se o material e selecionam-se os resultados. Conclui-se a análise com a inferência e interpretação dos dados (BARDIN, 2011).

5.8 Aspectos Éticos

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), CAAE 52451221.2.0000.0021 e sob parecer de nº 5.070.511 (Anexo 1) foi iniciada a coleta de dados, em que previamente foi solicitada permissão por meio da assinatura de Termo de Ciência pelos coordenadores das UBS (Apêndice B); e conduzido de acordo com as normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Antes do início das entrevistas foi

apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) aos participantes que leram, assinaram e lhes foi entregue uma cópia.

RESULTADOS

ARTIGO 1- Relação entre conhecimento sobre diretrizes antecipadas de vontade, sentido da vida e atitude religiosa na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde

RESUMO

Objetivo: Avaliar a relação entre o conhecimento sobre as diretivas antecipadas de vontade, o sentido da vida e a atitude religiosa na perspectiva de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Localização:** O estudo foi realizado em duas cidades brasileiras. **Participantes:** Enfermeiros e médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde nesses municípios. **Delineamento:** Trata-se de um estudo transversal analítico, no qual os participantes responderam a três instrumentos sobre Diretivas Antecipadas de Vontade, Sentido de Vida e Atitude Religiosa, no qual foi levantado o conhecimento sobre diretivas antecipadas e realizadas análises de correlação de Spearman (r) para analisar as correlações entre as variáveis, considerando-se um nível de significância de 0,05. **Resultados:** A maioria dos profissionais (79,1%) afirmou não ter conhecimento sobre Diretivas Antecipadas e os escores médios dos componentes opinião e recomendação e respeito foram superiores a 8 (escala 0-10). Foram identificadas correlações significativas entre a busca do componente de sentido da vida e a recomendação de Diretivas Antecipadas aos familiares; busca de sentido na vida e componentes afetivos e cognitivos da atitude religiosa e da atitude religiosa total com a intenção de fazer suas próprias Diretivas Antecipadas no próximo ano. **Conclusão:** Os profissionais de saúde não estão preparados para aplicar as diretivas antecipadas em sua esfera de atuação, não por falta de compreensão de sua importância, mas pela falta de conhecimento necessário para sua aplicação, ainda que as crenças religiosas e o sentido da vida possam influenciar no uso dessas abordagens na prática profissional.

INTRODUÇÃO

O Planejamento Antecipado de Cuidados (ACP) é uma abordagem que possibilita que os indivíduos definam, discutam e documentem, juntamente com familiares e profissionais da saúde, seus objetivos e preferências quanto a cuidados e tratamento médicos futuros. (MARTINA *et al.*, 2021). Estudos demonstram que o ACP propicia a otimização da qualidade dos cuidados de fim de vida, a oferta de cuidados em concordância com as preferências do paciente e o aumento da utilização dos CP, acarretando redução de custos relacionados aos

cuidados de fim de vida; e principalmente, a documentação das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) (BRINKMAN-STOPPELENBURG *et al.*, 2014; JIMENEZ *et al.*, 2018; DIXON *et al.*, 2015).

Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta características que facilitam esse processo de comunicação com o paciente e familiares, como a longitudinalidade, por exemplo. Essas características permitem uma maior interação entre a equipe e o paciente, possibilitando um conhecimento ampliado que vai além do fisiopatológico, alcançando o contexto sociocultural, econômico e familiar, facilitando, desse modo, a identificação dos pacientes elegíveis para o ACP e sua aplicação (HAFID *et al.*, 2021). Ademais, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), preconiza em suas diretrizes a oferta de serviços aos pacientes em CP inseridos nos territórios de abrangência das equipes de APS, e como foi referido anteriormente, essa população é a que mais se beneficia do ACP (BRASIL, 2017; WASSMANSDORF MATTOS; D'AGOSTINI DERECH, 2020).

Contudo, foram identificadas barreiras que dificultam a aplicação do ACP pelos profissionais de saúde. Entre elas destacamos o desconforto dos profissionais em discutir sobre a morte e o morrer. Estudos mostram que os profissionais entendem a morte como algo difícil de aceitar, ainda mais discutir esse assunto dentro de clínicas e centros de saúde que são vistos como locais de cura, em que tratamentos não curativos são mal vistos. Além disso, a cultura geral da morte como “tabu” complica a comunicação sobre cuidados de fim de vida com pacientes e familiares (NELSON *et al.*, 2018; WILLENSEN *et al.*, 2021).

A compreensão sobre a morte e o morrer e o medo que é associado a ela pelos profissionais pode estar ligado aos aspectos culturais e espirituais que permeiam a vida desses profissionais (CROUCHER *et al.*, 2020). De acordo com Viktor Frankl, neurologista e psiquiatra vienense, em sua ontologia dimensional, o homem apresenta três dimensões e uma delas é a dimensão noética, que seria a dimensão espiritual, em que estariam incluídos os valores e a consciência do indivíduo. E esta dimensão direciona, segundo Frankl, as decisões do ser (FRANKL, 1995). O exercício da espiritualidade é muitas vezes praticado através da religiosidade, ou seja, através de crenças religiosas. Atualmente, a religiosidade pode ser aferida por meio do conceito de atitude, podendo ser definida como sendo um conjunto de comportamentos, conhecimentos e afetos relacionados a um objeto denominado religião (AQUINO *et al.*, 2013).

Conforme a Logoterapia, linha psicoterápica e filosófica desenvolvida pelo neurologista vienense, a força motriz do ser humano é o sentido da vida, ela impulsiona as decisões que o indivíduo toma perante os desafios que a vida impõe. E nesta diretriz, o

sentido da morte, para Frankl é um catalisador pela busca do sentido da vida, devido a irrepetibilidade que confere à vida e a sua inevitabilidade, assim o ser humano busca preencher o hiato entre o nascer e o morrer, com um sentido para sua vida (FRANKL, 2003). Nesse interim, de acordo com Frankl (2003), o aspecto espiritual (dimensão noética) e as atitudes religiosas têm influência na compreensão do sentido da vida e da morte pelo ser humano (AQUINO; CRUZ, 2021). A influência das Atitudes Religiosas na compreensão do processo da morte e morrer, é comprovada por estudos que destacaram que a compreensão que os pacientes demonstram sobre a morte, levando em conta esses aspectos, associa-se a adesão ao ACP/DAV ou não (LUTZ; ROWNIAK; SANDHU, 2018; DE VRIES *et al.*, 2019).

Visto que o ACP é uma importante abordagem para os pacientes em CP; que o contexto da APS é um ambiente propício para sua aplicação; e que enfermeiros e médicos, são os principais profissionais envolvidos no atendimento nesta esfera, seria importante entender como esses profissionais compreendem essa ferramenta e sua utilização em sua prática. Considerando ainda, que as atitudes religiosas exercem influência no sentido da vida e da morte e também na adesão ao ACP/DAV, torna-se relevante entender se esses fatores também influenciam a percepção dos profissionais sobre o assunto.

À vista disso, o presente estudo objetivou avaliar a relação entre conhecimento sobre diretrizes antecipadas de vontade, sentido da vida e atitude religiosa na perspectiva de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico, que buscou relação entre variáveis de caracterização dos participantes com o conhecimento acerca da DAV, o sentido da vida (busca e presença) e as atitudes religiosas.

Contexto

O estudo foi realizado em serviços de APS de dois municípios brasileiros, selecionados por conveniência dos pesquisadores, denominados por Município A (123.281 mil habitantes) e Município B (21.267 mil habitantes), no período de dezembro/2021 a maio/2022.

Composição da amostra

Foram considerados médicos e enfermeiros para constituição do universo de participantes, devido às características de atuação dos mesmos na tomada de decisão

envolvendo o processo de morte e morrer e terapêuticas futuras. Os critérios de inclusão utilizados foram: profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) atuantes na APS dos dois municípios há pelo menos seis meses, maiores de 18 anos de idade. E os critérios de exclusão foram: profissionais em período de licença médica e/ou férias no período de realização das entrevistas. Sendo o universo constituído de 104 profissionais atuantes no município A e 19 no município B, totalizando 123 profissionais entre médicos e enfermeiros.

Foram entrevistados 55 enfermeiros (89,43%) e 55 médicos (85,93%), o que correspondeu a 92,43% do universo. Os 13 profissionais restantes se recusaram a participar da pesquisa.

Instrumentos de coleta de dados

O formulário aplicado continha quatro partes:

- Caracterização sociodemográfica e profissional: sexo, idade, categoria profissional, município setor de trabalho, se possui pós-graduação, e tempo atuação no município.

- Questionário sobre conhecimentos e atitudes sobre Diretivas Antecipadas de Vontade: versa sobre o conhecimento prévio dos participantes sobre DAV, utilizando-se de escalas dicotômicas e do tipo *Likert*, em que são apresentados valores de 0 a 10, para cada questão. O instrumento possui 12 questões, e foi decomposto em: componente conhecimento; componente opiniões; e componente recomendação e respeito. O instrumento foi adaptado ao contexto brasileiro por Stolz *et al.* (2011), com base no questionário validado e publicado por Simón Lorda *et al.* (2008).

- QSV: desenvolvido por Steger *et al.* (2006) e adaptado para o contexto brasileiro por Aquino *et al.* (2015). O questionário conta com dez itens que discriminam duas dimensões: a busca de sentido e a presença do sentido da vida. Cada item é avaliado por meio de uma escala tipo *Likert* de 7 pontos, sendo que 1 corresponde a “Absolutamente Falso” e 7 a “Absolutamente Verdadeiro”. Dessa forma, os escores para cada dimensão variam de 5 a 35. A primeira dimensão possibilita avaliar o processo de busca de sentido da vida. A segunda, presença do sentido da vida, objetiva verificar a existência de sentido da vida nos participantes (STEGER *et al.*, 2006).

- EAR-20: é composta por vinte itens e cobre quatro domínios distintos da religiosidade, sendo eles: cognitivo, afetivo, comportamental e corporeidade. Para respondê-la o participante utiliza uma escala de cinco pontos, com extremos 1 (NUNCA) e 5 (SEMPRE); sendo a pontuação total mínima 20 e a máxima 100. A variação da pontuação de cada domínio é expressa na tabela 2. As maiores pontuações nessa escala são o indicativo de uma

elevada atitude religiosa (DINIZ; AQUINO, 2009).

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre dezembro 2021 e maio de 2022, por meio de entrevistas presenciais, nas Unidades Básicas de Saúde dos dois municípios. A ferramenta utilizada para o preenchimento do questionário foi o *Google Forms*, sendo mantida sua política de privacidade. Após finalização da coleta de dados, foram emitidas planilhas a serem confidencialmente arquivadas em posse do pesquisador principal, que, após cinco anos, serão deletadas.

Análise dos dados

Os dados foram captados pelo aplicativo GoogleForms® para conferência e validação. Os instrumentos foram decompostos em componentes para possibilitar a análise entre eles. O questionário DAV foi decomposto em: componente conhecimento; componente opinião; e componente recomendação e respeito. O QSV em subescala presença e subescala busca. A EAR-20 será apresentada em seus quatro domínios: cognitivo, comportamental, afetivo e corporeidade. Estes componentes constituíram as variáveis do estudo.

Inicialmente foram realizadas análises descritivas e exploratórias de todas as variáveis. Para isso foram utilizadas frequências absolutas e relativas, médias, desvios padrão, mínimos, máximos e quartis. Os testes t de Student e de Welch foram utilizados para comparar os escores entre dois grupos quando as variâncias foram homogêneas ou heterogêneas, respectivamente. Os testes não paramétricos de Kruskal Wallis e Dunn foram utilizados para comparar os três grupos com níveis de atitude religiosa diferentes, quanto aos escores das subescalas presença e busca do QSV e do componente “Recomendação e respeito” das DAV. Análises de correlação de Spearman(r) foram utilizadas para analisar as correlações entre as variáveis. Cujas classificações da força de correlação foram classificadas da seguinte forma: bem fraca (0,00-0,19), fraca (0,20-0,39), moderada (0,40-0,69), forte (0,90-0,89) e muito forte (0,90-1,0) (SCHOBER; BOER; SCHWATE, 2018). As análises foram realizadas com auxílio do programa R *Core Team* (2020), com o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A Tabela 1 demonstra as características dos participantes do estudo.

Tabela 1. Caracterização dos participantes, Brasil, 2022.

CARACTERÍSTICAS		n (%)
Sexo	Feminino	72 (65,5%)
	Masculino	38 (34,5%)
Formação acadêmica	Enfermeiro	55 (50,0%)
	Médico	55 (50,0%)
Pós-graduação	Sim	84 (76,4%)
	Não	26 (23,6%)
¹ Setor de trabalho	Assistência	102 (92,7%)
	Coordenação	29 (26,4%)
	Gestão	7 (5,5%)
Município	A	91 (17,3%)
	B	19 (17,3%)

	Média (desvio padrão)	Mediana (mínimo e máximo)
Idade (anos)	37,5 (9,7)	35,0 (24,0-68,0)
Tempo de atuação no município (anos)	6,3 (7,7)	3,0 (0,08-41,7)

¹As porcentagens somam mais de 100% pois era possível selecionar mais de uma resposta.

Fonte: Os autores.

Quanto ao componente conhecimento sobre as DAV, a maioria (79,1%) dos profissionais afirmou não ter conhecimento, 8,2% que adquiriu o conhecimento na graduação, 7,3% na pós-graduação, 0,9% em cursos específicos e 4,5% de outra forma. Além disso, quando questionados sobre a nota que os profissionais dariam aos seus conhecimentos sobre DAV, a média (desvio padrão) foi de 2,36 (2,30), em uma escala de 0 a 10.

Com relação ao conhecimento sobre regulamentação legal de DAV no Brasil, 16,4% afirmaram que há regulamentação, 6,4% responderam não e 77,3% responderam que não sabiam. Questionados se haviam lido algum documento sobre DAV, 10% dos profissionais afirmaram já ter lido e 90% não.

Na Tabela 2, são expressos os escores médios dos outros dois componentes do instrumento sobre as DAV, dos domínios do QSV e da EAR-20.

Tabela 2. Escores médios dos instrumentos aplicados no estudo, Brasil 2022.

Variáveis	Média (desvio padrão)	Escala
Instrumento DAV*		0-10
Opinião		
Acredita ser conveniente que os cidadãos façam planos de seus desejos de saúde deixando-os escritos na declaração das DAV?	8,3 (2,4)	0-10
Acredita que a declaração das DAV é um instrumento útil para os profissionais de saúde na hora de tomar decisões sobre um paciente?	8,5 (2,5)	0-10
Acredita que a declaração das DAV é um instrumento útil para os familiares do paciente na hora de tomar decisões sobre o paciente	8,3 (2,5)	0-10
Acredita que se o paciente nomeasse um representante nas DAV facilitaria a tomada de decisões aos profissionais de saúde em situações nas quais o paciente não pudesse expressar-se?	8,5 (2,2)	0-10
Recomendação e respeito		
Recomendaria que seus pacientes fizessem DAV	8,3 (2,3)	0-10
Gostaria que seus familiares fizessem DAV	8,4 (2,7)	0-10
Como um paciente, preencheria o documento de DAV	8,7 (2,5)	0-10
Respeitaria os desejos expressados de um paciente em uma declaração de DAV	7,8 (2,5)	0-10
Acha provável que faça sua declaração de DAV no próximo ano	5,0 (3,7)	0-10
Questionário Sentido da Vida (QSV)		
Subescala Presença	29,9 (5,5)	5 a 35
Subescala Busca	20,5 (9,3)	5 a 35
Escala de Atitude Religiosa (EAR-20)		
Cognitivo	20,5 (6,5)	7-35
Comportamental	17,4 (4,9)	5-25
Afetivo	11,3 (3,1)	3-15
Corporeidade	14,1 (6,2)	5-25
Score total de EAR-20	63,3 (16,4)	20-100

*DAV: Diretiva Antecipada de Vontade.

Em uma escala que varia de 0 a 10, os escores médios dos componentes de opinião dos profissionais sobre DAV foram superiores que 8. Já no componente recomendação e respeito, a maioria das médias também foi superior a 8,0, com exceção do item “Acha provável que faça sua declaração de DAV no próximo ano” com média de 5,0 e “Respeitaria os desejos expressados de um paciente em uma declaração de DAV” com média de 7,8.

Em uma escala que varia de 5 a 35 do QSV, o escore médio para presença foi de 29,9 e para busca foi de 20,5. Na EAR-20, o escore médio do domínio cognitivo foi de 20,5, em uma escala que varia de 7 a 35. Para comportamental (escala de 5 a 25) a média foi 17,4. Para afetivo, com escala de 3 a 15, a média foi de 11,3 e corporeidade (escala de 5 a 25), a média foi de 14,1.

Os resultados dos três instrumentos foram comparados quanto ao município de atuação, e não foram identificadas diferenças significativas.

Quanto à categoria profissional, observou-se que 5,5% dos enfermeiros e 36,4% dos médicos acreditam ter conhecimento sobre DAV. Em média, os enfermeiros deram nota 1,8 e os médicos 2,9 para os seus conhecimentos sobre DAV. Ambas as variáveis apresentaram diferença significativa ($p < 0,05$).

A tabela 3 evidencia os resultados que foram significativos das correlações entre os instrumentos aplicados.

Tabela 3. Valores do coeficiente de correlação de Spearman nos principais resultados das correlações entre os instrumentos aplicados no estudo, Brasil, 2022.

	QSV**	EAR-20***	EAR-20	EAR-20	EAR-20
	Busca	Total	Cognitivo	Comportamental	Afetivo
Gostaria que seus familiares fizessem DAV*	0,193 (p=0,04)	0,0005 (p= 0,99)	0,002 (p=0,98)	0,055 (p= 0,56)	0,0045 (p=0,962)
Acha provável que faça DAV no próximo ano	0,1624 (p=0,62)	0,212 (p=0,03)	0,236 (p=0,01)	0,302 (p<0,01)	0,075 (p=0,43)
QSV- Busca		0,281	0,199	0,299	0,282

- (p<0,01) (p=0,04) (p<0,01) (p<0,01)

*DAV: Diretiva Antecipada de Vontade. **QSV: Questionário Sentido da Vida. **EAR-20: Escala de Atitude Religiosa.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo demonstraram primeiramente, o nível de conhecimento dos profissionais da Atenção Primária quanto a DAV, em que quase 80% dos participantes indicaram não ter conhecimentos sobre o instrumento, atribuindo uma nota média de 2,36 (0-10). Este déficit de conhecimento foi identificado em outros estudos (GIMENO *et al.*, 2018; CHENG *et al.*, 2021) realizados na Europa e na Ásia com profissionais médicos e enfermeiros. Essa situação pode ser atribuída à formação acadêmica desses profissionais relacionada aos Cuidados Paliativos, em que a temática não é abordada de maneira robusta nos currículos e conseqüentemente acabam por não envolver abordagens como o ACP e o instrumento DAV, bem como as discussões de fim de vida (GREY *et al.*, 2017). Outro ponto levantado pelos estudos, é que a falta de leis consolidadas sobre o assunto, acabam por não dar espaço ao ACP e DAV nas esferas de saúde, limitando o acesso tanto dos profissionais, quanto dos pacientes a eles (CHENG *et al.*, 2021).

A maioria dos participantes (77,3%) indicou não saber se existe regulamentação legal das DAV no Brasil. O conhecimento acerca da legislação a respeito da DAV é relevante para os profissionais que vão aplicar o ACP com vistas à DAV e ainda mais relevante aos que vão receber esse documento e refletir sobre os desejos do paciente inseridos ali e os procedimentos de saúde que vão ser realizados ou não junto àquele paciente (ARRUDA *et al.*, 2019). Visando tanto o cumprimento da lei e o respaldo legal, mas também o respeito a autonomia do paciente (LUCA; RIO; BOSCO, 2018; BONSIGNORE *et al.*, 2020).

A pontuação relacionada ao componente Recomendação e Respeito variou de 7,8 a 8,0 (sendo o máximo 10). Ou seja, mesmo demonstrando déficit de conhecimento acerca do tema, os participantes concordam com a essência do instrumento DAV de autonomia do paciente e concordam em recomendá-lo e respeitá-lo, e este achado está em concordância com estudos em diferentes países com as mesmas classes profissionais (GIMENO *et al.*, 2018; STEEL; OWEN, 2020; SOMAL; FOLEY, 2021). Assim, é possível perceber, que as barreiras de aplicação do ACP e DAV não estão fundamentadas às ideologias que embasam esses

instrumentos, mas sim na escassez do conhecimento e prática acerca das abordagens (SOMAL; FOLEY, 2021).

Uma das correlações significativas evidenciadas pelo estudo, foi a que relaciona a subescala Busca do QSV com a Recomendação de DAV aos familiares. A subescala Busca, pode se relacionar com a busca de sentido, que é a motivação incessante do indivíduo que surge após alcançar objetivos (FRANKL, 2003), mas também pode se relacionar com contextos estressantes que impulsionam o indivíduo a adaptação e à resiliência (DAMASIO; KOLLER, 2015). A correlação desse constructo com a recomendação de DAV a familiares pode implicar em uma estratégia do indivíduo para evitar o sofrimento dos entes queridos, visto que altas pontuações na subescala Busca também estão associadas a sentimentos negativos e depressão (STEGER *et al.*, 2006; MASCARO; ROSEN, 2005), e um dos benefícios da DAV é evitar a futilidade terapêutica e a distanásia (HAMAYEL *et al.*, 2019; ROSE *et al.*, 2019).

Destaca-se também a correlação positiva entre a Atitude Religiosa (Total, Componente Cognitivo e Componente Comportamental) com a afirmativa de “Fazer sua DAV no próximo ano”. De acordo com Geertz (1989), dar sentido a experiência vivida é tão importante para o ser humano quanto suas necessidades biológicas, assim a religião ultrapassa a esfera metafísica induzindo a aceitação intelectual e reforçando o compromisso emocional. Dessa forma, a atitude religiosa pode ser expressa como o ato de possuir uma crença e através dela encontrar sentidos na vida e assim ser conduzido para uma cosmovisão mais positiva (AQUINO *et al.*, 2005). Considerando que estudos apontam que pessoas que apresentam crenças religiosas tem mais probabilidade de iniciar discussões sobre ACP e conversas sobre a terminalidade da vida (CHAKRABORTY *et al.*, 2017; MYASHITA *et al.*, 2021), a correlação encontrada pode ser compreendida como a habilidade da pessoa que apresenta crenças religiosas traçar planos para o futuro, sem considerar a possibilidade de morte como algo extremamente negativo, visualizando a DAV como uma ação organizacional de algo inevitável.

CONCLUSÃO

Os achados do estudo demonstraram que os profissionais de saúde da APS não se encontram preparados para aplicação do ACP e DAV na sua esfera de atuação, não por não apresentarem o entendimento da importância das diretrizes antecipadas, mas sim pelo conhecimento necessário para sua aplicação. Ainda, as crenças religiosas e o sentido da vida

podem influenciar no uso dessas abordagens na prática profissional. Sendo assim, se fazem necessários mais estudos para aclarar essas relações e influências.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo parecer nº 5.070.511 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), registrado no CAA sob o número 52451221.2.0000.0021 e foi conduzido de acordo com as regras éticas de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O consentimento informado por escrito foi obtido de todos os participantes, individualmente, incluídos no estudo.

FINANCIAMENTO

Esta pesquisa não recebeu apoio específico de órgãos do setor público, setor comercial ou entidades sem fins lucrativos.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Thiago A. A. de et al. Escala de Atitudes Religiosas, Versão Expandida (EAR-20): Evidências de Validade. **Avaliação psicológica, Itatiba**, v. 12, n. 2, p. 109-119, ago. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 28 ago. 2021.

AQUINO, Thiago A. A. de et al. Questionário de Sentido de Vida: evidências de sua validade fatorial e consistência interna. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 4-19, mar. 2015. DOI: 10.1590/1982-3703001332012. Acesso em: 28 ago. 2021.

AQUINO, Thiago A.; CRUZ, Josilene S. A fenomenologia do homem religioso segundo Viktor Frankl. **Relegens Threskeia**, v. 10, n.1, p. 15-35, 2021. Disponível em <<http://revistas.ufpr.br/relegens/article/download/79462/44002>>. Acesso em: 22 jul.2022.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar de; CORREIA, Amanda Pereira Moreira; MARQUES, Ana Laura Camara; SOUZA, Cristiane Gabriel; FREITAS, Heloisa Carolina de Assis; ARAUJO, Izabela Ferreira de; DIAS, Poliana dos Santos; ARAUJO, Wilma Fernades de. Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicologia Ciência e Profissão**, [S. L.], v. 29, n.2, p.228-243, jun.2009.

AQUINO, Thiago Antônio Avellar de; CORREIA, Amanda Pereira Moreira; MARQUES, Ana Laura Câmara; et ai . Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicologia: Ciência e Profissão** , v. 29, n. 2, pág. 228–243, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000200003&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 23 jul. 2022.

ARRUDA, Larissa Mont'alverne de; ABREU, Kelline Paiva Bringel ; SANTANA, Laryssa Braga Cavalcante; SALES, Manuela Vasconcelos de Castro. Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care. **Einstein (São Paulo)**, [S.L.], v. 18, p. 1-8, 2019. Disponível em: DOI: 10.31744/einstein_journal/2020RW4852. Acesso em: 21 nov. 2022.

BECK, Esther-Ruth; MCILFATRICK, Sonja; HASSON, Felicity; LEAVEY, Gerry. Nursing home manager's knowledge, attitudes and beliefs about advance care planning for people with dementia in long-term care settings: a cross-sectional survey. **Journal Of Clinical Nursing**, [S.L.], v. 26, n. 17-18, p. 2633-2645, 9 fev. 2017. Disponível em: DOI: 10.1111/jocn.13690. Acesso em: 21 nov. 2022.

BLACKWOOD, Douglas H.; WALKER, David; MYTHEN, Monty G.; et al. Barriers to advance care planning with patients as perceived by nurses and other healthcare professionals: A systematic review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n. 23–24, p. 4276–4297, 2019. DOI: 10.1111/jocn.15049>. Acesso em: 22 jul. 2022.

BONSIGNORE, Alessandro; BRAGAZZI, Nicola Luigi; BASILE, Chiara; PELOSI, Paolo; GRATAROLA, Angelo; BONATTI, Giulia; PATRONITI, Nicolò; CILIBERTI, Rosagemma. Development and Validation of a Questionnaire investigating the Knowledge, Attitudes and Practices of Healthcare Workers in the Field of Anesthesiology concerning the Italian Law on Advance Healthcare Directives: a pilot study. **Acta Biomedica Atenei Parmensis**, [S.L.], v.

92, n. 4, p. 1-11, 2 set. 2021. Disponível em: DOI: 10.23750/abm.v92i4.11314. Acesso em: 21 nov. 2022.

BRASIL. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 27 ago. 2022.

BRINKMAN-STOPPELENBURG, Arianne; RIETJENS, Judith AC; VAN DER HEIDE, Agnes. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. **Palliative Medicine**, v. 28, n. 8, p. 1000–1025, 2014. DOI: 10.1177/0269216314526272>. Acesso em: 22 jul. 2022.

CHAKRABORTY, Rajshekhar; EL-JAWAHRI, Areej R.; LITZOW, Mark R.; SYRJALA, Karen L; PARNES, Aric D.; HASHMI, Shahrukh K.. A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. **Palliative And Supportive Care**, [S.L.], v. 15, n. 5, p. 609-622, 19 jan. 2017. Disponível em: DOI:10.1017/S1478951516001061. Acesso em: 20 set. 2022.

CHENG, Qinqin; LIU, Xiangyu; LI, Xuying; QING, Limin; LIN, Qin; WEN, Shiwu; CHEN, Yongyi. Discrepancies among knowledge, practice, and attitudes towards advance care planning among Chinese clinical nurses: a national cross-sectional study. **Applied Nursing Research**, [S.L.], v. 58, p. 1-8, abr. 2021. Disponível em: DOI:10.1016/j.apnr.2021.151409. Acesso em: 20 set. 2022.

CHU, Dachen; YEN, Yung-Feng; HU, Hsiao-Yun; et al. Factors associated with advance directives completion among patients with advance care planning communication in Taipei, Taiwan. **PLOS ONE**, v. 13, n. 7, p. e0197552, 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0197552. Acesso em: 21 jul. 2022.

COGO, Silvana Bastos; LUNARDI, Valéria Lerch. Diretivas antecipadas de vontade aos doentes terminais: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 3, p. 524–534, 2015. DOI: [10.1590/0034-7167.2015680321i](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680321i) . Acesso em: 22 jul. 2022.

CROUCHER, Karina; BÜSTER, Lindsey; DAYES, Jennifer; et al. Archaeology and contemporary death: Using the past to provoke, challenge and engage. **PLOS ONE**, v. 15, n. 12, p. e0244058, 2020. DOI: .1371/journal.pone.0244058>. Acesso em: 22 jul. 2022.

DAMÁSIO, Bruno Figueiredo; KOLLER, Sílvia Helena. Meaning in Life Questionnaire: adaptation process and psychometric properties of the brazilian version. **Revista Latinoamericana de Psicología**, [S.L.], v. 47, n. 3, p. 185-195, set. 2015. Disponível em: DOI: 10.1016/j.rlp.2015.06.004. Acesso em: 20 set. 2022.

DE VRIES, Kay; BANISTER, Elizabeth; DENING, Karen Harrison; et al. Advance care planning for older people: The influence of ethnicity, religiosity, spirituality and health literacy. **Nursing Ethics**, v. 26, n. 7–8, p. 1946–1954, 2019. DOI: 10.1177/0969733019833130. Acesso em: 22 jul. 2022.

DINIZ, Ana C.; AQUINO, Thiago A. A. A RELAÇÃO DA RELIGIOSIDADE COM AS VISÕES DE MORTE. **Religare: Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da UFPB**, [S. L.], v. 6, n. 2, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/religare/article/view/8238>. Acesso em: 28 ago. 2021.

DIXON, Josie; MATOSEVIC, Tihana; KNAPP, Martin. The economic evidence for advance care planning: Systematic review of evidence. **Palliative Medicine**, v. 29, n. 10, p. 869–884, 2015. DOI: 10.1177/0269216315586659>. Acesso em: 22 jul. 2022.

FRANKL, Viktor E. **Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial**. Traduzido por: Alípio Maia de Castro. São Paulo: Quadrante, 2003.

FRANKL, Viktor Emil. **Logoterapia e análise existencial: textos de cinco décadas**. Tradução de Jonas Pereira dos Santos. Campinas: Editorial Psy II, 1995.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro:LTC, 1989.

GILISSEN, Joni; PIVODIC, Lara; DAEL, Annelien Wendrich-Van; COOLS, Wilfried; STICHELE, Robert Vander; BLOCK, Lieve van Den; DELIENS, Luc; GASTMANS, Chris.

Nurses' self-efficacy, rather than their knowledge, is associated with their engagement in advance care planning in nursing homes: a survey study. **Palliative Medicine**, [S.L.], v. 34, n. 7, p. 917-924, 8 maio 2020. Disponível em: DOI: 10.1177/026921632091615. Acesso em: 21 nov. 2022.

GIMENO, M.L. Martínez; ESCRIBANO, C. Cámara; FERNÁNDEZ, T. Honrubia; GARCÍA, M.C. Olmo; BENITO, D.H. Tovar; ARENAS, T. Bilbao-Goyoaga; ALMAGRO, P. Rodríguez. Conocimientos y actitudes sobre voluntades anticipadas en profesionales sanitarios. **Journal Of Healthcare Quality Research**, [S.L.], v. 33, n. 5, p. 270-277, set. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.05.005>. Disponível em: DOI: 10.1016/j.jhqr.2018.05.005. Acesso em: 20 set. 2022.

GOLDSTEIN, Nathan E.; MATHER, Harriet; MCKENDRICK, Karen; et al. Improving Communication in Heart Failure Patient Care. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 74, n. 13, p. 1682–1692, 2019. DOI: [10.1016/j.jacc.2019.07.058](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.07.058). Acesso em: 22 jul. 2022.

GREY, Carl; CONSTANTINE, Lori; BAUGH, Gina M.; LINDENBERGER, Elizabeth. Advance Care Planning and Shared Decision-Making: an interprofessional role-playing workshop for medical and nursing students. **Mededportal**, [S.L.], p. 1-9, 18 out. 2017. Disponível em: DOI:10.15766/mep_2374-8265.10644. Acesso em: 20 set. 2022.

HAFID, Abe; HOWARD, Michelle; GUENTER, Dale; et al. Advance care planning conversations in primary care: a quality improvement project using the Serious Illness Care Program. **BMC Palliative Care**, v. 20, n. 1, p. 122, 2021. DOI: 10.1186/s12904-021-00817. Acesso em: 22 jul. 2022.

HALLFORD, D. J.; MELLOR, D.; CUMMINS, R. A.; MCCABE, M. P.. Meaning in Life in Earlier and Later Older-Adulthood: confirmatory factor analysis and correlates of the meaning in life questionnaire. **Journal Of Applied Gerontology**, [S.L.], v. 37, n. 10, p. 1270-1294, 8 jul. 2016. Disponível em: DOI:10.1177/0733464816658750. Acesso em: 20 set. 2022.

HAMAYEL, Nebras Abu Al; ISENBERG, Sarina R.; SIXON, Joshua; SMITH, Katherine Clegg; PITTS, Samantha I.; DY, Sydney M.; HANNUM, Susan M.. Preparing Older Patients

With Serious Illness for Advance Care Planning Discussions in Primary Care. **Journal Of Pain And Symptom Management**, [S.L.], v. 58, n. 2, p. 244-251, ago. 2019. Disponível em: DOI:10.1016/j.jpainsymman.2019.04.032. Acesso em: 20 set. 2022.

JIMENEZ, Geronimo; TAN, Woan Shin; VIRK, Amrit K.; et al. Overview of Systematic Reviews of Advance Care Planning: Summary of Evidence and Global Lessons. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 56, n. 3, p. 436-459.e25, 2018. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2018.05.016. Acesso em: 22 jul. 2022.

KE, Li-Shan; HUANG, Xiaoyan; O'CONNOR, Margaret; LEE, Susan. Nurses' views regarding implementing advance care planning for older people: a systematic review and synthesis of qualitative studies. **Journal Of Clinical Nursing**, [S.L.], v. 24, n. 15-16, p. 2057-2073, 4 maio 2015. Disponível em: DOI:10.1111/jocn.12853. Acesso em: 20 set. 2022.

KOSS, Catheryn S.; JENSEN, Donna. Going It Alone: advance directive discordance in older married couples. **Journal Of Applied Gerontology**, [S.L.], v. 39, n. 12, p. 1274-1283, 28 out. 2019. Disponível em: DOI: 10.1177/0733464819884439. Acesso em: 25 jul. 2022.

LASMARÍAS, Cristina; ARADILLA-HERRERO, Amor; ESQUINAS, Cristina; et al. Primary Care Professionals' Self-Efficacy Surrounding Advance Care Planning and Its Link to Sociodemographics, Background and Perceptions: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 17, p. 9034, 2021. DOI: [10.3390/ijerph18179034](https://doi.org/10.3390/ijerph18179034) . Acesso em: 22 jul. 2022.

LUCA, A. di; RIO, A. del; BOSCO, M.. Law on advance health care directives: a medical perspective. **La Clinica Terapeutica**, [S.L.], n. 2, p. 77-81, 30 abr. 2018. Disponível em: DOI: 10.7417/T.2018.2058. Acesso em: 20 set. 2022.

LUTZ, Katie; ROWNIAK, Stefan R.; SANDHU, Prabjot. A Contemporary Paradigm: Integrating Spirituality in Advance Care Planning. **Journal of Religion and Health**, v. 57, n. 2, p. 662–671, 2018. DOI: 10.1007/s10943-017-0541-7>. Acesso em: 22 jul. 2022.

RIETJENS, Judith A.C.. Advance Care Planning in Asia: a systematic narrative review of healthcare professionals' knowledge, attitude, and experience. **Journal Of The American**

Medical Directors Association, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 349-357, fev. 2021. Disponível em: DOI:10.1016/j.jamda.2020.12.018. Acesso em: 22 set. 2022.

MARTINA, Diah; LIN, Cheng-Pei; KRISTANTI, Martina S.; et al. Advance Care Planning in Asia: A Systematic Narrative Review of Healthcare Professionals' Knowledge, Attitude, and Experience. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 22, n. 2, p. 349.e1-349.e28, 2021. DOI: [10.1016/j.jamda.2020.12.018](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.12.018). Acesso em: 22 jul. 2022.

MASCARO, Nathan; ROSEN, David H.. Existential Meaning's Role in the Enhancement of Hope and Prevention of Depressive Symptoms. **Journal Of Personality**, [S.L.], v. 73, n. 4, p. 985-1014, ago. 2005. Disponível em: DOI:10.1111/j.1467-6494.2005.00336.x. Acesso em: 20 set. 2022.

MIYASHITA, Jun; SHIMIZU, Sayaka; FUKUHARA, Shunichi; YAMAMOTO, Yosuke. Association between religious beliefs and discussions regarding advance care planning: a nationwide survey. **Palliative Medicine**, [S.L.], v. 35, n. 10, p. 1856-1864, 6 ago. 2021. Disponível em: DOI:10.1177/02692163211029508. Acesso em: 20 set. 2022.

NELSON, Katie E.; WRIGHT, Rebecca; ABSHIRE, Martha; et al. All Things Death and Dying: Health Professional Students Participating in the Death Café Model. **Journal of Palliative Medicine**, v. 21, n. 6, p. 850–852, 2018. DOI: [10.1089/jpm.2017.0440](https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0440)>. Acesso em: 22 jul. 2022.

NOGARIO, Aline Carniato Dalle; BARLEM, Edison Luiz Devos; TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri; SILVEIRA, Rosemary Silva da; COGO, Silvana Bastos; CARVALHO, Deciane Pintanela de. Implementation of early will directives: facilities and difficulties experienced by palliative care teams. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 41, p. 1-8, jan. 2020. DOI: [10.1590/1983-1447.2020.20190399](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190399). Acesso em: 25 jul. 2022.

OKADA, Hiroko; MORITA, Tatsuya; KIUCHI, Takahiro; OKUHARA, Tsuyoshi; KIZAWA, Yoshiyuki. Health care providers' knowledge, confidence, difficulties, and practices after completing a communication skills training program for advance care planning discussion in Japan. **Annals Of Palliative Medicine**, [S.L.], v. 10, n. 7, p. 7225-7235, jul. 2021. Disponível em: DOI:10.21037/apm-21-642. Acesso em: 20 set. 2022.

PARK, Hye Yoon; KIM, Young Ae; SIM, Jin-Ah; LEE, Jihye; RYU, Hyewon; LEE, Jung Lim; MAENG, Chi Hoon; KWON, Jung Hye; KIM, Yu Jung; NAM, Eun Mi. Attitudes of the General Public, Cancer Patients, Family Caregivers, and Physicians Toward Advance Care Planning: a nationwide survey before the enforcement of the life-sustaining treatment decision-making act. **Journal Of Pain And Symptom Management**, [S.L.], v. 57, n. 4, p. 774-782, abr. 2019. Disponível em: DOI:10.1016/j.jpainsymman.2018.12.332. Acesso em: 20 set. 2022.

ROSE, Barbara L.; LEUNG, Stephanie; GUSTIN, Jillian; CHILDERS, Julie. Initiating Advance Care Planning in Primary Care: a model for success. **Journal Of Palliative Medicine**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 427-431, abr. 2019. Disponível em: DOI:10.1089/jpm.2018.0380. Acesso em: 20 set. 2022.

SAIORON, Isabela; RAMOS, Flávia Regina Souza; AMADIGI, Felipa Rafaela; DIAZ, Paola da Silva. Diretivas antecipadas de vontade: desafios legais e educacionais na visão de enfermeiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.L.], v. 19, p. 1-8, 15 dez. 2017. DOI:10.5216/ree.v19.43587. Acesso em: 25 jul. 2022.

SCHOBBER, Patrick; BOER, Christa; SCHWARTE, Lothar A.. Correlation Coefficients. **Anesthesia & Analgesia**, [S.L.], v. 126, n. 5, p. 1763-1768, maio 2018. Disponível em: DOI: 10.1213/ANE.0000000000002864. Acesso em: 19 nov. 2022.

SIMÓN-LORDA, Pablo et al. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. **Atención Primaria**, [S.L.], v. 40, n. 2, p. 61-66, fev. 2008. DOI: 10.1157/13116148. Acesso em: 05 ago. 2021.

SOMAL, Karendeep; FOLEY, Tony. General practitioners' views of advance care planning: a questionnaire-based study. **Irish Journal Of Medical Science (1971 -)**, [S.L.], v. 191, n. 1, p. 253-262, 23 fev. 2021. Disponível em: DOI: 10.1007/s11845-021-02554-x. Acesso em: 20 set. 2022.

STEEL, Anna J; OWEN, Lucy H. Advance care planning: the who, what, when, where and why. **British Journal Of Hospital Medicine**, [S.L.], v. 81, n. 2, p. 1-6, 2 fev. 2020.

Disponível em: DOI: 10.12968/hmed.2019.0396. Acesso em: 20 set. 2022.

STEGER, Michael F.; FRAZIER, Patricia; OISHI, Shigehiro; et al. The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. **Journal of Counseling Psychology**, v. 53, n. 1, p. 80–93, 2006. DOI: 10.1037/0022-0167.53.1.80>.

Acesso em: 22 jul. 2022.

STOLZ, Camila et al. Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia. **Revista Bioética**, v. 19, n. 3, p. 833-845, 2011. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533257018>. Acesso em: 22 jul. 2022

WASSMANSDORF MATTOS, Caroline; D'AGOSTINI DERECH, Rodrigo. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira: Um survey nacional. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2094, 2020. DOI: [10.5712/rbmfc15\(42\)2094](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2094). Acesso em: 22 jul. 2022.

WILLEMSSEN, Antonia M.; PAAL, Piret; ZHANG, Silja; et al. Chinese medical teachers' cultural attitudes influence palliative care education: a qualitative study. **BMC Palliative Care**, v. 20, n. 1, p. 14, 2021. DOI: 10.1186/s12904-020-00707-w. Acesso em: 22 jul. 2022.

World Health Organization & Stop T.B.Partnership, 2008. Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43790>.

YADAV, Kuldeep N.; GABLER, Nicole B.; COONEY, Elizabeth; KENT, Saida; KIM, Jennifer; HERBST, Nicole; MANTE, Adjoa; HALPERN, Scott D.; COURTRIGHT, Katherine R.. Approximately One In Three US Adults Completes Any Type Of Advance Directive For End-Of-Life Care. **Health Affairs**, [S.L.], v. 36, n. 7, p. 1244-1251, jul. 2017. DOI:10.1377/hlthaff.2017.0175. Acesso em: 25 jul. 2022.

ARTIGO 2- Percepções de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre Planejamento Antecipado de Cuidados

RESUMO: Objetivo: Considerando a pouca aplicação de intervenções de Planejamento Antecipado de Cuidados no contexto brasileiro; e que a Atenção Primária à Saúde detém características que facilitariam esta ação junto aos doentes e suas famílias, o estudo objetivou identificar as percepções que os profissionais da medicina e enfermagem da Atenção Primária à Saúde têm sobre o Planejamento Antecipado de Cuidados e sua aplicação nessa esfera. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa realizado em duas cidades brasileiras. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que foram transcritas integralmente e analisadas por três investigadores independentes por meio da análise temática. **Resultados:** Dos relatos dos participantes emergiram duas categorias principais: 1) Planejamento Antecipado de Cuidados como plano de cuidados gerais e 2) influência dos fatores socioculturais na aplicação do Planejamento Antecipado de Cuidados na Atenção Primária à Saúde. **Conclusões:** Os profissionais participantes demonstram um déficit de conhecimento sobre a temática, sendo, portanto, evidente a necessidade de políticas públicas que fomentem cursos de capacitação aos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre Planejamento Antecipado de Cuidados, Cuidados Paliativos e conversas difíceis voltadas à morte e o morrer.

INTRODUÇÃO

O Planejamento Antecipado de Cuidados é a abordagem que possibilita a quem deseja discutir tratamentos e cuidados médicos futuros, conjuntamente com uma equipe de saúde multiprofissional e seus familiares. Esta discussão clínica pode culminar na Diretiva Antecipada de Vontade, um documento formal que dita as diretrizes provenientes dessas discussões (RIETJENS *et al.*, 2017). O Planejamento Antecipado de Cuidados pode ser iniciado em qualquer momento da vida e, particularmente, parece ser muito útil para pessoas em situação de fragilidade devido a uma doença grave e avançada (HOWARD *et al.*, 2019).

É reconhecido em alguns estudos que o Planejamento Antecipado de Cuidados proporciona menores índices de intervenções invasivas desajustadas. Para, além disso, esta abordagem possibilita menos internação em unidades de terapia intensiva, recorrendo à ventilação mecânica e nutrição artificial. Neste sentido, entende-se que Planejamento

Antecipado de Cuidados é o modelo que diminui a futilidade terapêutica (HOWARD *et al.*, 2019; SILVA; NIETSCHE; COGO, 2022). Planejamento Antecipado de Cuidados pode também ajudar a parar a futilidade terapêutica, entendida como o procedimento e tratamento que, objetivando salvar a vida da pessoa doente, o sujeita a um grande sofrimento que lhe prolonga a vida com baixa qualidade (ARRUDA *et al.*, 2020).

A Atenção Primária à Saúde é considerada uma esfera propícia para a aplicação das intervenções Planejamento Antecipado de Cuidados, pois detém características como a longitudinalidade e o estreitamento de laços entre a equipe multiprofissional, o doente e sua família, que oportunizam um ambiente seguro para estas discussões (AOKI *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2022). Contudo, apesar de os profissionais de saúde identificarem o Planejamento Antecipado de Cuidados como proveitoso aos doentes e à família, principalmente num contexto de doença grave e avançada, não o aplicam com frequência no contexto do Planejamento Antecipado de Cuidados (HOWARD *et al.*, 2019; SCHOLTEN *et al.*, 2018; ROSE *et al.*, 2019). Tal problemática tem sido pouco discutida na literatura, principalmente considerando o cenário brasileiro, conforme apontou um estudo de revisão integrativa sobre a temática da Diretiva Antecipada de Vontade no Brasil, na qual estudos voltados a Diretiva Antecipada de Vontade tiveram pouca representatividade (BEVILACQUA *et al.* 2022).

Sendo assim, levando em conta a importância do Planejamento Antecipado de Cuidados, o papel significativo dos profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, na execução desta abordagem (SCHOLTEN *et al.*, 2018; IZUMI, 2017), este estudo teve como objetivo identificar as percepções que os profissionais da medicina e enfermagem da APS têm sobre o Planejamento Antecipado de Cuidados.

MÉTODOS

Estudo qualitativo que busca, de uma forma genérica, compreender como as pessoas interpretam e constroem conhecimento do fenômeno em estudo, a partir das suas experiências (CAELLI; RAY; MILL, 2003). Os estudos qualitativos são teoricamente interpretativos e centrados nas pessoas, nos seus sistemas e significados. Estes estudos visam uma descrição rica do fenômeno e, portanto, são normalmente usadas técnicas de análise indutiva, recorrendo à codificação aberta, categorias e análises temáticas. Está entendido que, na investigação qualitativa, o problema da investigação deve ser descrito sem resultados previstos (CAELLI; RAY; MILL, 2003; SANDELOWSKI, 2010; GREEN, 2004).

Contexto

O estudo foi realizado em serviços de Atenção Primária à Saúde de dois municípios brasileiros, selecionados por conveniência dos pesquisadores, denominados por município A e município B. O município A apresenta população estimada de 123.281 habitantes, e seu quadro de profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde é constituído por 53 médicos e 47 enfermeiros. O município B apresenta uma população estimada de 21.267 habitantes, e conta com 11 médicos e oito enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.

Composição da amostra

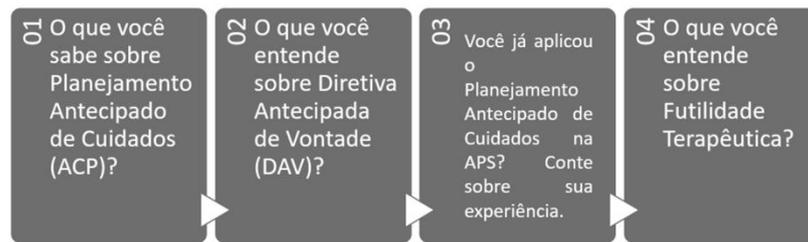
Neste estudo, os critérios de inclusão foram: profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) atuantes na APS do município A ou município B há pelo menos seis meses, maiores de 18 anos de idade. Foram entrevistados 20 enfermeiros e 15 médicos do município A, e 10 enfermeiros e sete médicos do município B. Recusaram-se a participar da pesquisa cinco profissionais, que verbalizaram não querer participar do estudo. O critério para delimitação da amostra foi o de conveniência, ou seja, a coleta de dados foi interrompida a partir do momento em que se obteve o “*corpus*” necessário para análise dos dados, o qual se constituiu por meio da relevância das falas (PATTON, 2002).

Coleta de Dados

A coleta de dados foi conduzida por uma enfermeira atuante a doze anos na Atenção Primária à Saúde previamente treinada para a condução das entrevistas. Os participantes do município A e B, antes do início da entrevista, tiveram conhecimento do objetivo do estudo.

Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada (Figura 1). O guião tinha quatro questões abertas referentes ao Planejamento Antecipado de Cuidados e Diretiva Antecipada de Vontade. A elaboração das questões para o roteiro foi feita pelos investigadores e considerou a experiência profissional e o componente teórico da pesquisa sobre o fenômeno estudado (MINAYO, 2012).

Figura 1. Roteiro e condução da entrevista



Fonte: Os autores.

As entrevistas foram realizadas nas dependências das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da APS dos municípios acima citados, conduzidas presencialmente e individualmente, de dezembro/2021 a março/2022, e tiveram duração média de 40 minutos.

Análise dos Dados

O conteúdo das entrevistas foi gravado, transcrito na íntegra e devolvido aos participantes para validação do conteúdo transcrito. As entrevistas foram codificadas garantindo o anonimato dos dados: a primeira letra representa a cidade (Município A ou B), a segunda a categoria profissional (**E**nfermeiro ou **M**édico) e o numeral correspondente à ordem de realização das entrevistas (por exemplo: AE1, seria enfermeiro do Município A 1). Para a análise, também foram usadas as notas dos investigadores sobre as entrevistas que estavam descritas num diário de campo.

As transcrições e notas constituíram o corpus da pesquisa, em que foi utilizada a análise temática (BARDIN, 2011), ou seja, o conteúdo das falas dos entrevistados foi agrupado e associado de acordo com afinidades temáticas, que foram levantadas de maneira indutiva, não considerando a frequência das unidades de análise. Para este processo foram seguidas as seguintes etapas: criou-se um banco de dados com a transcrição integral das entrevistas gravadas; leitura do material transcrito acompanhada por anotações de comentários e impressões acerca das falas; identificação das unidades de análise, por afinidade temática, segundo as motivações e propósitos do estudo; codificação do material; categorização, através do agrupamento dos significados destacados no conteúdo dos relatos.

A análise e codificação das entrevistas foram realizadas individualmente por dois investigadores *experts* em enfermagem e saúde pública, com experiência em metodologia qualitativa. As particularidades convergentes e divergentes foram discutidas com um terceiro investigador *expert* em metodologia qualitativa e cuidados paliativos. Os temas e categorias temáticas foram sendo definidos de forma sistemática.

Aspectos Éticos

Foi pedida assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido a todos os participantes do estudo. A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente sob CAAE: 52451221.2.0000.0021.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Participaram do estudo 52 profissionais, em sua maioria (67,30%) do sexo feminino. Atuavam na Atenção Primária à Saúde, em sua maior parte (63,40%), de 6 meses a 5 anos e predominantemente (75%), na área de assistência. Houve uma prevalência de profissionais com pós-graduação (71,20%), preponderando as áreas de Saúde Pública/ Saúde da Família (32,40%).

As características dos participantes estão explicitadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características da amostra, n=52, Brasil, 2022.

CARACTERÍSTICAS		n (%)
Cidade de atuação	Município A	35 (67,30)
	Município B	17 (32,70)
Sexo	Feminino	35 (67,30)
	Masculino	17 (32,70)
Idade	24-30	15 (28,80)
	31-35	15 (28,80)
	35-40	7 (3,50)
	>40	15 (28,80)

Atuação na APS (em anos)	0,5-5	33 (63,40)
	6-10	10 (19,20)
	11-15	6 (11,50)
	>15	3 (5,70)
Setor de Atuação	Assistência	39 (75)
	Gestão	13 (25)
Possui Pós-Graduação	Sim	37 (71,20)
	Não	15 (28,80)
Área de Pós-graduação	Saúde Pública/ Saúde da Família	12 (32,40)
	Urgência e Emergência	8 (21,60)
	Enfermagem do trabalho	4 (10,80)
	Obstetrícia	4 (10,80)
	Outros	9 (24,30)
	Total	37

Fonte: Os autores.

Considerando os objetivos da pesquisa e relevância, a análise do *corpus* da pesquisa culminou em duas categorias temáticas principais: Planejamento Antecipado de Cuidados como plano de cuidados gerais e Influência dos fatores socioculturais na aplicação do Planejamento Antecipado de Cuidados na Atenção Primária à Saúde.

1. Planejamento Antecipado de Cuidados como plano de cuidados gerais

O entendimento demonstrado pelos participantes sobre o Planejamento Antecipado de Cuidados voltou-se muito para o Plano de Cuidados, muito utilizado na enfermagem, para garantir a qualidade de cuidados ao doente. Nas falas a seguir, nota-se a compreensão do Planejamento Antecipado de Cuidados como cuidados de rotina do doente, em que as discussões têm o objetivo de melhorar seus cuidados diários, de modo a aumentar sua qualidade de vida.

“Entendo que é planejar como você gostaria de ser cuidada em todos os aspectos, respeitando os horários de dormir, de higiene, de alimentação, que fosse respeitada sua alimentação, que fosse respeitada a questão religiosa, de culto, aquilo que agregasse ali

naquele momento algo importante, para que o doente se sentisse bem, e não uma coisa tão mecânica como a enfermagem assiste”. (AE04)

“Eu acho que seria na verdade uma conversa com o doente, imagino que seja levantar uma proposta para ele, do que ele acha interessante para a saúde dele e tentar entrar de acordo com a ideia do médico, para ser na verdade um aliado, o doente e o médico trabalharem juntos em prol da saúde. E eu acho que fazer esse planejamento seria você ter uma terapêutica ali, uma maneira de fundamentar as consultas, exames, fazer um acompanhamento e esse doente estar disposto a colaborar com isso, dentro daquilo que ele pensa que vai ajudar”. (AM04)

Também, dentro desta categoria, um grupo de profissionais voltou seu entendimento para as pessoas com doenças graves ou próximos a terminalidade da vida, associando esse plano de cuidados à antecipação das vontades do doente.

“Eu acho que é a pessoa planejar, deixar escrito, planejar o que ela quer que seja feito com ela caso ela fique doente. O plano de cuidados. Um exemplo pode internar se precisar UTI [Unidade de Terapia Intensiva], às vezes prolongação da vida, alguma coisa nesse sentido”. (AE08)

“Fazer um plano pessoal, deixar documentado para sua família para quando você estiver incapacitado de responder, e sua família responder por você, por exemplo, uma doação de órgão, uma coisa lá na frente quando você não puder responder por si, sua família ou alguém de confiança que você habilite responde por você”. (BE10)

2. Influência dos fatores socioculturais na aplicação do Planejamento Antecipado de Cuidados na Atenção Primária à Saúde

Ao serem questionados sobre a aplicabilidade do Planejamento Antecipado de Cuidados na Atenção Primária à Saúde, os participantes levantaram diversos fatores socioculturais que influenciariam esta prática em seu contexto de trabalho. As falas relacionadas a esses fatores culminaram na criação desta categoria.

2.1 Morte

Destaca-se, primeiramente, o fator entendimento sobre a morte, pois como as questões relacionadas ao Planejamento Antecipado de Cuidados estão estreitamente relacionadas à terminalidade, este assunto ainda é um tabu social e não exclui o âmbito profissional quanto a

esta questão. Os participantes expressaram esta problemática de modo explícito, que falar sobre a morte e o morrer é algo que não é confortável nem para os doentes, nem para os profissionais. Neste momento da entrevista, alguns participantes demonstraram grande comoção, pois verbalizaram terem se lembrado de entes queridos e colegas de trabalho que haviam perdido recentemente para o COVID-19.

“Acho que não, até porque falar de morte é um assunto ainda muito difícil para as pessoas, proximidade da morte. Todo mundo não gosta de falar sobre isso. Acho que não estaria preparada porque ninguém está”. (AE08)

“Eu estaria, diante de tudo que passei, porque eu já perdi pai, filha, sobrinho, tio, avó, avô e tudo mais, marido agora. Apesar do que estou sentido, eu consigo ajudar alguém”. (CE03)

2.2 Tempo

Outro fator trazido pelos profissionais seria a falta de tempo. Em razão da organização da agenda de trabalho dos profissionais, que no contexto brasileiro, é fundamentado no cumprimento de metas e quantidade de consultas (aumento de produção), os participantes expressam que o período que dispõem para atendimento dos doentes seria muito diminuto para que as intervenções Planejamento Antecipado de Cuidados fossem colocadas em prática adequadamente.

“Eu acho, eu queria aplicar, eu acho superinteressante, acho muito legal...Apesar de a gente ter uma estrutura muito boa de serviço, a gente tem uma exigência de volume muito grande de atendimento, consultas muito curtas e isso dificulta a nossa abordagem.” (AM13)

2.3 Contexto cultural

E, por fim, o último fator trazido pelos participantes foi o contexto da população atendida e dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Na visão dos profissionais, a população não estaria preparada culturalmente para este tipo de discussão, pois poderiam entender como perda da esperança de cura, ou ainda não se sentir preparados a discutir tais assuntos com os profissionais. Afinal, tais conversas tangem a morte e o morrer e este assunto, no cenário cultural brasileiro é um assunto a ser evitado, pois causa desconforto e, de acordo com o “saber popular” traz mau agouro, principalmente relacionado aos idosos e à população vulnerável.

“Agora, não por conta da cultura, eu já conheço a população daqui, é uma população muito difícil e tem muitos idosos, tem muitos problemáticos, então eu acho que deveria ter um curso, alguma coisa, para depois aplicar porque a partir do momento que você começa a aplicar esse tipo de tema, você vai implantar uma nova perspectiva sobre a morte e será que esse povo está preparado?”. (AE16)

E ainda algumas falas indicaram que o contexto da APS não seria indicado para discutir os assuntos sobre terminalidade, pois percebem que os doentes não consideram os profissionais que ali atuam, aptos para estas intervenções; e ainda, que está pauta não pertence ao trabalho que pertence a APS, pois esta estaria voltado para prevenção e não cuidados futuros.

“Eu não sei se faz muito sentido fazer essa diretiva na atenção primária, porque ninguém está aqui pensando que o médico da atenção primária toma uma decisão em relação à sua vida. Acho que seria mais do âmbito hospitalar, uma situação intra-hospitalar. Acho que faz mais sentido. Na atenção primária, como a gente não lida muito com esses doentes terminais”. (BM02)

“Não vejo como minha função na atenção básica. Eu vejo a gente trabalhando em um trabalho mais preventivo, e não trabalhando já focado no que ele vai querer antecipar. Acho que a atenção básica é mais a prevenção, não posso ficar falando: “fulano, se você estiver perto da morte, eu posso fazer isso, isso e isso?”. Eu vejo mais a atenção básica como a prevenção para que não chegue até lá. Acho que seria outro nível de atenção.” (TE16)

DISCUSSÃO

As percepções de parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde participantes deste estudo sobre o Planejamento Antecipado de Cuidados envolvem a compreensão do mesmo como um planejamento de cuidados rotineiros, não necessariamente relacionados a cuidados futuros. No entanto, de um modo distinto, estudos (KUUSISTO *et al.*, 2020; HIRAKAWA *et al.*, 2021; LASMARIAS *et al.*, 2021; MARTINEZ GIMENO *et al.*, 2018) que buscaram as percepções dos profissionais sobre o assunto apontam o Planejamento Antecipado de Cuidados como coordenação do cuidado, voltada a cuidados futuros. Tais cuidados estariam voltados à discussão de assuntos de fim de vida, valores e vontades dos doentes, relacionados a cuidados médicos e também à preocupação quanto à capacidade dos doentes em realizar atividades rotineiras (HIRAKAWA *et al.*, 2021).

Algumas falas dos participantes indicaram associação do Planejamento Antecipado de Cuidados a doentes com doenças graves e à antecipação das vontades dos mesmos, tal como identificado em outros estudos (Kuusisto et al., 2020; Singh-Carlson et al., 2020) que buscaram analisar os conhecimentos e percepções de profissionais sobre o Planejamento Antecipado de Cuidados. Estes estudos apontaram que os profissionais identificaram o Planejamento Antecipado de Cuidados como aplicável a doentes acometidos por doenças graves e estava relacionado à discussão de cuidados futuros, convergindo com as percepções dos participantes da pesquisa.

Foi evidenciado neste estudo o despreparo dos profissionais na abordagem Planejamento Antecipado de Cuidados. A literatura (GLAUDEMANS *et al.*, 2018; PERBONI *et al.*, 2018; SCHOLTEN *et al.*, 2018) aponta a falta de preparo dos profissionais de saúde para tratar de assuntos relacionados à terminalidade da vida e seu processo. Essa percepção faz com que esses profissionais se afastem daqueles doentes em processo de fim de vida e conseqüentemente acabem prestando cuidados fundamentalmente voltados ao caráter biológico e não com uma visão total do doente (PERBONI *et al.*, 2018; CHEUNG, 2020). A motivação desta carência pode estar pautada na formação desses profissionais, em que os conhecimentos sobre Planejamento Antecipado de Cuidados não constituem parte relevante de sua construção profissional, divergindo da obstinação pela cura, o que os leva a futilidade terapêutica (RODRIGUES *et al.*, 2021; MALTA *et al.*, 2018).

De forma a sanar o despreparo evidenciado no estudo, é fundamental que os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde sejam envolvidos em atividades de educação continuada, de modo a atualizar seus conhecimentos sobre as discussões de assunto de fim de vida e sobre CP (PEARSE *et al.*, 2021; KERMEL-SCHIFFMAN; WERNER., 2017; YANG *et al.*, 2021), consoante à fala do participante AE16 “...*eu acho que deveria ter um curso...*”. Com profissionais devidamente capacitados, acredita-se que as ações propostas na recente e, ainda em fase de aprovação, política brasileira (BRASIL, 2018) voltada aos Cuidados Paliativos, possam impactar de modo positivo na qualidade de vida dos doentes em Cuidados Paliativos.

A falta de tempo hábil para conduzir o processo Planejamento Antecipado de Cuidados é um aspecto que reflete a cultura de profissionais de saúde em países influenciados por modelos biomédicos e hospitalocêntricos e que converge com a literatura. Estudos (HOWARD *et al.*, 2018; LADIN *et al.*, 2021; THREAPLETTON *et al.*, 2017) que buscavam levantar as principais barreiras para execução do Planejamento Antecipado de Cuidados

apontaram a escassez de tempo, como um dos motivos mais citados como impeditivo a esta prática.

No entanto, há modelos de organização de agenda (MURRAY *et al.*, 2003) que são aplicáveis à Atenção Primária à Saúde e que otimizam os períodos entre consultas, inclusive tendo sido aplicados no contexto brasileiro (VIDAL *et al.*, 2019) demonstrando um aumento de qualidade no atendimento. Entretanto, há de se levar em conta, que a organização da agenda de consultas dentro da Atenção Primária à Saúde brasileira, é voltada à quantidade de atendimentos e não à qualidade dos atendimentos, fazendo com que as diretrizes da Atenção Primária à Saúde sejam deixadas de lado (MARTINS *et al.*, 2019). Ainda que haja ações por parte do Governo Federal, como o AcolheSUS que visa melhorar o acesso da população aos serviços, as características culturais que influenciam a ação dos gestores municipais em entender que quantidade é melhor que qualidade, acaba por impedir essas readequações e real melhoria dos atendimentos (MARTINS *et al.*, 2019; PROTÁSIO *et al.*, 2017).

Considerando que o Planejamento Antecipado de Cuidados está pautado no vínculo com os doentes, é fundamental que o profissional esteja aberto à bagagem cultural trazida pelos doentes em seus cuidados que pode diferir da sua. Esta afirmativa se mostra na subcategoria “Contexto Cultural”, da segunda categoria, em que os participantes apontam que a população não estaria culturalmente preparada para se envolver em discussões Planejamento Antecipado de Cuidados. Componentes socioculturais podem se tornar barreiras para adesão e aplicação do Planejamento Antecipado de Cuidados junto a doentes e familiares (GUTMAN *et al.*, 2018). Dentre estes, pode-se citar a cultura de que falar de morte traz má sorte (YONASHIRO-CHO *et al.*, 2016; LADIN *et al.*, 2021, MCDERMOTT & SELMAN, 2018); as crenças religiosas (ALI *et al.*, 2021; GARRIDO *et al.*, 2013) e o nível de alfabetização (KERMEL SCHIFFMAN; WERNER, 2017; GRANT; BACK; DETTMAN, 2020).

Contudo, a solução para que essas barreiras sejam dissipadas e melhor entendidas pela população podem estar ligada a maneira como a mensagem dos Cuidados Paliativos, considerando o Planejamento Antecipado de Cuidados como parte destes, está sendo transmitida para a população geral. Estudos (CARRASCO *et al.*, 2019; GRANT *et al.*, 2020) identificaram que a população geral associa fortemente Cuidados Paliativos e Planejamento Antecipado de Cuidados à morte, e menos a serviços de saúde.

A discussão com grupos populacionais, direcionando a mensagem de acordo com suas particularidades culturais, pode agir sinergicamente no entendimento desses, ajudando a

desmistificar tanto os CP quanto o Planejamento Antecipado de Cuidados, sobressaindo assim seus valores e princípios humanísticos (REIGADA *et al.*, 2021; MCDERMOTT; SELMAN, 2018; LADIN *et al.* 2021).

O último ponto trazido na subcategoria “Contexto Cultural” foi a percepção por parte dos profissionais de que a aplicação do Planejamento Antecipado de Cuidados não seria adequada à esfera da Atenção Primária à Saúde. Este achado diverge da literatura (SUEN *et al.*, 2020; ROSE *et al.*, 2019; AOKI *et al.*, 2017) que afirma que as características de longitudinalidade e os laços estabelecidos pela equipe com o doente e sua família propiciariam tanto a identificação dos doentes que poderiam dar início ao processo Planejamento Antecipado de Cuidados, quanto a condução do doente e família nas discussões sobre fim de vida (SUEN *et al.*, 2020; ROSE *et al.*, 2019). Visto que, o entendimento socioeconômico e cultural, por parte da equipe, é muito mais amplo se comparado aos profissionais do âmbito hospitalar, por exemplo, que devido ao tempo limitado que permanecem com o doente, podem não perceber todo o contexto que o circunda (NELSON-BRANTLEY *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

As percepções dos profissionais médicos e enfermeiros, participantes do estudo, sobre Planejamento Antecipado de Cuidados demonstram um déficit de conhecimento importante sobre essa abordagem. Esse déficit é constatado pela associação que fazem do Planejamento Antecipado de Cuidados a cuidados rotineiros e gerais, não relacionados a cuidados de saúde futuros e com especial enfoque na terminalidade da vida. Este déficit de conhecimento pode fundamentar os fatores impeditivos a aplicação das intervenções Planejamento Antecipado de Cuidados, na esfera da APS, apontados pelos participantes.

Deste modo, é de suma importância políticas públicas que fomentem cursos de capacitação aos profissionais de saúde voltados ao Planejamento Antecipado de Cuidados e aos Cuidados Paliativos, além de conversas sobre assuntos difíceis tais como a morte e o morrer, no contexto da Atenção Primária à Saúde. E que façam uso das informações provenientes deste estudo, que salientam que o modo como os profissionais percebem o Planejamento Antecipado de Cuidados interfere na aplicabilidade desta abordagem nesta importante esfera de saúde.

REFERÊNCIAS

ALI, Noorhazlina; ANTHONY, Philomena; LIM, Wee Shiong; *et al.* Exploring Differential Perceptions and Barriers to Advance Care Planning in Dementia among Asian Patient–Caregiver Dyads—A Mixed-Methods Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 13, p. 7150, 2021. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/13/7150>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

AOKI, Takuya; MIYASHITA, Jun; YAMAMOTO, Yosuke; *et al.* Patient experience of primary care and advance care planning: a multicentre cross-sectional study in Japan. **Family Practice**, v. 34, n. 2, p. 206–212, 2017. Disponível em: <<https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/cmw126>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

ARRUDA, Larissa Mont’Alverne de; ABREU, Kelline Paiva Bringel; SANTANA, Laryssa Braga Cavalcante; *et al.* Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, p. eRW4852, 2019. Disponível em: <<https://journal.einstein.br/article/variables-that-influence-the-medical-decision-regarding-advance-directives-and-their-impact-on-end-of-life-care/>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEVILAQUA, Taís Foletto; COGO, Silvana Bastos; VENTURINI, Larissa; *et al.* Diretivas antecipadas de vontade: análise das tendências das produções científicas brasileiras na área da saúde. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e6611628663, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28663>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BLACKWOOD, D.H.; VINDROLA-PADROS, C.; MYTHEN, M.G.; *et al.* Advance-care-planning and end-of-life discussions in the perioperative period: a review of healthcare professionals’ knowledge, attitudes, and training. **British Journal of Anaesthesia**, v. 121, n. 5, p. 1138–1147, 2018. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0007091218305646>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Dispõe de diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).

CAELLI, Kate; RAY, Lynne; MILL, Judy. ‘Clear as Mud’: Toward Greater Clarity in Generic Qualitative Research. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 2, n. 2, p. 1–13, 2003. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/160940690300200201>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

CARRASCO, José Miguel; GÓMEZ-BACEIREDO, Beatriz; NAVAS, Alejandro; *et al.* Social representation of palliative care in the Spanish printed media: A qualitative analysis. **PLOS ONE**, v. 14, n. 1, p. e0211106, 2019. Disponível em: <<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0211106>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

CHEUNG, Johnny T. K.; AU, Doreen; IP, Anthony H. F.; *et al.* Barriers to advance care planning: a qualitative study of seriously ill Chinese patients and their families. **BMC Palliative Care**, v. 19, n. 1, p. 80, 2020. Disponível em: <<https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-020-00587-0>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

DAVIES, Marika. Death is part of a doctor’s job. **BMJ**, p. i5597, 2016. Disponível em: <<https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.i5597>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

GARRIDO, Melissa M.; IDLER, Ellen L.; LEVENTHAL, Howard; *et al.* Pathways From Religion to Advance Care Planning: Beliefs About Control Over Length of Life and End-of-Life Values. **The Gerontologist**, v. 53, n. 5, p. 801–816, 2013. Disponível em: <<http://academic.oup.com/gerontologist/article/53/5/801/590447/Pathways-From-Religion-to-Advance-Care-Planning>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

GLAUDEMANS, Jolien J; DE JONG, Anja E; ONWUTEAKA PHILIPSEN, Bregje D; *et al.* How do Dutch primary care providers overcome barriers to advance care planning with older people? A qualitative study. **Family Practice**, v. 36, n. 2, p. 219–224, 2019. Disponível em: <<https://academic.oup.com/fampra/article/36/2/219/5035648>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

GRANT, Marian S.; BACK, Anthony L.; DETTMAR, Nicole S. Public Perceptions of Advance Care Planning, Palliative Care, and Hospice: A Scoping Review. **Journal of**

Palliative Medicine, v. 24, n. 1, p. 46–52, 2021. Disponível em:

<<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2020.0111>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

GREEN, Judith; THOROGOOD, Nicki. **Qualitative methods for health research**. London: SAGE Publication, 2004.

GUTMAN, Gloria; DE VRIES, Brian; KWAN, Helen; *et al.* Institutional and Cultural Barriers to ACP: Staff Perspectives. **Innovation in Aging**, v. 4, n. Supplement_1, p. 754–754, 2020. Disponível em:

<https://academic.oup.com/innovateage/article/4/Supplement_1/754/6038576>. Acesso em: 20 jan. 2023.

HIRAKAWA, Yoshihisa; AITA, Kaoruko; NISHIKAWA, Mitsunori; *et al.* Facilitating Advance Care Planning for Patients With Severe COPD: A Qualitative Study of Experiences and Perceptions of Community Physicians, Nurses, and Allied Health Professionals. **Home Healthcare Now**, v. 39, n. 2, p. 81–90, 2021. Disponível em:

<<https://journals.lww.com/10.1097/NHH.0000000000000945>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

HOWARD, M.; BERNARD, Carrie; KLEIN, D; *et al.* Barriers to and enablers of advance care planning with patients in primary care: Survey of health care providers. **Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien**, v. 64, n. 4, p. e190–e198, 2018.

Disponível em: <<https://www.cfp.ca/content/cfp/64/4/e190.full.pdf>>.

HOWARD, Michelle; LANGEVIN, Jessica; BERNARD, Carrie; *et al.* Primary care clinicians' confidence, willingness participation and perceptions of roles in advance care planning discussions with patients: a multi-site survey. **Family Practice**, p. cmz050, 2019.

Disponível em: <<https://academic.oup.com/fampra/advance-article/doi/10.1093/fampra/cmz050/5571723>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

IZUMI, Shigeko. Advance Care Planning: The Nurse's Role. **AJN, American Journal of Nursing**, v. 117, n. 6, p. 56–61, 2017. Disponível em: <<https://journals.lww.com/00000446-201706000-00028>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

KERMEL-SCHIFFMAN, Ile; WERNER, Perla. Knowledge regarding advance care planning: A systematic review. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 73, p. 133–142, 2017.

Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167494317301899>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

KUDUBES, Asli Akdeniz; AKIL, Zülfiye Karakaş; BEKTAS, Murat; *et al.* Nurses' Attitudes Towards Death and Their Effects on Spirituality and Spiritual Care. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 1, p. 153–161, 2021. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s10943-019-00927-2>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

KUUSISTO, Anne; SANTAVIRTA, Jenni; SARANTO, Kaija; *et al.* Healthcare professionals' perceptions of advance care planning in palliative care unit: a qualitative descriptive study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 30, n. 5–6, p. 633–644, 2021. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15578>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

LADIN, Keren; NECKERMANN, Isabel; D'ARCANGELO, Noah; *et al.* Advance Care Planning in Older Adults with CKD: Patient, Care Partner, and Clinician Perspectives. **Journal of the American Society of Nephrology**, v. 32, n. 6, p. 1527–1535, 2021. Disponível em: <<https://journals.lww.com/10.1681/ASN.2020091298>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

LASMARIAS, Cristina; ARADILLA-HERRERO, Amor; ESQUINAS, Cristina; *et al.* Primary Care Professionals' Self-Efficacy Surrounding Advance Care Planning and Its Link to Sociodemographics, Background and Perceptions: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 17, p. 9034, 2021. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/17/9034>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MALTA, Regina; RODRIGUES, Bruna; PRIOLLI, Denise Gonçalves. Paradigma na Formação Médica: Atitudes e Conhecimentos de Acadêmicos sobre Morte e Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 2, p. 34–44, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000200034&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MARTÍNEZ GIMENO, M.L.; CÁMARA ESCRIBANO, C.; HONRUBIA FERNÁNDEZ, T.; *et al.* Conocimientos y actitudes sobre voluntades anticipadas en profesionales sanitarios. **Journal of Healthcare Quality Research**, v. 33, n. 5, p. 270–277, 2018. Disponível em:

<<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2603647918300496>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MARTINS, Ana Carolina Tardin; PAULA, Ana Patrícia de; CARDOSO, Janaína Rodrigues; *et al.* O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2095–2103, 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602095&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MCDERMOTT, Ella; SELMAN, Lucy Ellen. Cultural Factors Influencing Advance Care Planning in Progressive, Incurable Disease: A Systematic Review With Narrative Synthesis.

Journal of Pain and Symptom Management, v. 56, n. 4, p. 613–636, 2018. Disponível em:

<<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392418303452>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MILES, Lizzy; CORR, Charles A. Death Cafe: What Is It and What We Can Learn From It.

OMEGA - Journal of Death and Dying, v. 75, n. 2, p. 151–165, 2017. Disponível em:

<<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0030222815612602>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.

Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MURRAY, Mark; BERWICK, Donald M. Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. **JAMA**, v. 289, n. 8, p. 1035, 2003. Disponível em:

<<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.289.8.1035>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

NAGARAJAN, Srivalli V.; LEWIS, Virginia; HALCOMB, Elizabeth; *et al.* Barriers and facilitators to nurse-led advance care planning and palliative care practice change in primary

healthcare: a qualitative study. **Australian Journal of Primary Health**, v. 28, n. 2, p. 151–157, 2022. Disponível em: <<https://www.publish.csiro.au/PY/PY21081>>. Acesso em:

20 jan. 2023.

NELSON, Roxanne. Discussing Death over Coffee and Cake: The Emergence of the Death

Café. **AJN, American Journal of Nursing**, v. 117, n. 2, p. 18–19, 2017. Disponível em:

<<https://journals.lww.com/00000446-201702000-00018>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

NELSON- BRANTLEY, Heather; BULLER, Carol; BEFORT, Christie; *et al.* Using Implementation Science to Further the Adoption and Implementation of Advance Care Planning in Rural Primary Care. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 52, n. 1, p. 55–64, 2020. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12513>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

O'REILLY, Michelle; PARKER, Nicola. 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. **Qualitative Research**, v. 13, n. 2, p. 190–197, 2013. Disponível em:

<<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1468794112446106>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

PEARSE, Wendy; SAXON, Robyn; PLOWMAN, Greg; *et al.* Continuing Education Outcomes for Advance Care Planning: A Systematic Review of the Literature. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v. 41, n. 1, p. 39–58, 2021. Disponível em: <<https://journals.lww.com/10.1097/CEH.0000000000000323>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda; GOMES, Luciano Bezerra; MACHADO, Liliane dos Santos; *et al.* Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000205007&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 20 jan. 2023.

REIGADA, Carla; HERMIDA-ROMERO, Santiago; SANDGREN, Anna; *et al.* Interdisciplinary discussions on palliative care among university students in Spain: giving voice to the social debate. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, v. 16, n. 1, p. 1955441, 2021. Disponível em:

<<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17482631.2021.1955441>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

RIETJENS, Judith A C; SUDORE, Rebecca L; CONNOLLY, Michael; *et al.* Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. **The Lancet Oncology**, v. 18, n. 9, p. e543–e551,

2017. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S147020451730582X>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

RODRIGUES, Ricardo Lucas De Souza; MAGNOS, Marta Alexandra De Almeida; COVAS, Sofia Marques Inglês Gomes; *et al.* “Quando ninguém se entende”: conflitos bioéticos num caso real de fim de vida. **Cadernos de Saúde**, p. 4-11 Páginas, 2021. Disponível em: <<https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/9564>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

ROSE, Barbara L.; LEUNG, Stephanie; GUSTIN, Jillian; *et al.* Initiating Advance Care Planning in Primary Care: A Model for Success. **Journal of Palliative Medicine**, v. 22, n. 4, p. 427–431, 2019. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2018.0380>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SANDELOWSKI, Margarete. What’s in a name? Qualitative description revisited: QUALITATIVE DESCRIPTION REVISITED. **Research in Nursing & Health**, v. 33, n. 1, p. 77–84, 2010. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.20362>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SCHOLTEN, Guda; BOURGUIGNON, Sofie; DELANOTE, Anthony; *et al.* Advance directive: does the GP know and address what the patient wants? Advance directive in primary care. **BMC Medical Ethics**, v. 19, n. 1, p. 58, 2018. Disponível em: <<https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-018-0305-2>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SILVA, Thayná Champe da; NIETSCHKE, Elisabeta Albertina; COGO, Silvana Bastos. Palliative care in Primary Health Care: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 1, p. e20201335, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672022000100306&tlng=en>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SINGH-CARLSON, Savitri; REYNOLDS, Grace L.; WU, Stacey. The Impact of Organizational Factors on Nurses’ Knowledge, Perceptions, and Behaviors Around Advance Care Planning. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, v. 22, n. 4, p. 283–291, 2020.

Disponível em: <<https://journals.lww.com/10.1097/NJH.0000000000000656>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SUDORE, Rebecca L.; LUM, Hillary D.; YOU, John J.; *et al.* Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 53, n. 5, p. 821-832.e1, 2017. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392416312325>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

SUEN, Leslie W.; LEYDE, Sarah; MIN, Kathleen; *et al.* Thinking Outside the Visit: Primary Care Patient Perspectives on Helpful Advance Care Planning Methods. **Journal of General Internal Medicine**, v. 35, n. 6, p. 1903–1905, 2020. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s11606-019-05367-y>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

THREAPLETON, Diane Erin; CHUNG, Roger Y.; WONG, Samuel Y.S.; *et al.* Care Toward the End of Life in Older Populations and Its Implementation Facilitators and Barriers: A Scoping Review. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 18, n. 12, p. 1000-1009.e4, 2017. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861017302256>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

VIDAL, Tiago Barra; ROCHA, Suelen Alves; HARZHEIM, Erno; *et al.* Scheduling models and primary health care quality. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 38, 2019. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/158057>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

YANG, Zhen; LIU, Siqi; DAI, Ming; *et al.* Knowledge, attitude and practice of advance care planning among nursing interns: A mixed-methods approach. **Nurse Education in Practice**, v. 56, p. 103183, 2021. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1471595321002195>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

ARTIGO 3- O Sentido da vida dos profissionais de saúde e a prática do Planejamento Antecipado de Cuidados: análise qualitativa no âmbito da Atenção Primária à Saúde

Objetivo: Este estudo propõe identificar as percepções dos profissionais de cuidados de saúde primários sobre como o sentido da vida e da morte influenciam as conversas de Planejamento Antecipado de Cuidados no âmbito clínico. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa realizado em duas cidades brasileiras. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que foram transcritas integralmente e analisadas por três investigadores independentes por meio da análise temática, utilizando com referencial teórico a Logoterapia e Análise Existencial de Viktor Frankl. **Resultados:** Dos relatos dos participantes emergiram três categorias principais: 1) Sentido da Vida, 2) Sentido da Morte, e 3) Influências nas conversas de ACP. **Conclusões:** Houve um predomínio de participantes que acreditam que as percepções dos sentidos da vida e da morte pelos profissionais influenciam nas intervenções de Planejamento Antecipado de Cuidados, majoritariamente os que descreveram uma perspectiva de cunho religioso. Dessa forma, se faz importante estabelecer limites entre a influência que a bagagem cultural trazida pelo profissional de saúde interfere nas discussões de fim de vida com os pacientes. Pois, é certo que o aspecto espiritual do cuidado não pode ser negligenciado, o que traz o lado benéfico da influência; por outro lado, esta influência não pode interferir nas escolhas de fim de vida do paciente, o que geraria um problema de cunho ético.

Introdução

De acordo com Viktor Frankl (2016), o sentido da vida é a força motriz do ser humano. É um aspecto intrínseco alcançável através das relações estabelecidas entre uma pessoa com os outros e com o mundo (FRANKL, 2016). Quando falamos de sentido da vida, na teoria de Frankl, reforçamos que a morte também tem um papel importante, pois ela atribui à vida valores dado ao seu caráter irrepetível. Se o ser humano integrar a morte como um processo natural, a vida e os seus valores se intensificam e a responsabilidade do ser humano realizar boas escolhas se intensifica, em busca pelo sentido da vida (FRANKL, 2016; KING; HICKS, 2021). Apesar de a morte, ser tratada pela sociedade como um tabu, evitando-se falar ou discutir sobre ela, as conversas sobre a morte são necessárias principalmente quando

alguém se encontra numa situação de doença grave e avançada (CHENG *et al.*, 2019; PRATTER *et al.*, 2019). Através de estas conversas difíceis podem ser aplicadas as intervenções de ACP (KELLY *et al.*, 2020).

O Planeamento Antecipado de Cuidados (ACP) é uma abordagem que permite que as pessoas possam discutir seus desejos e valores relacionados a seus tratamentos futuros e cuidados de saúde, juntamente com a equipe multiprofissional e familiares, podendo culminar na documentação das diretrizes oriundas dessas discussões por meio da Diretiva Antecipada de Vontade (DAV). O ACP é aplicável em qualquer momento da vida. No entanto, é mais utilizada em pacientes debilitados devido a doenças graves ou idade avançada, por exemplo. À vista disso, é comumente praticada junto à pacientes em Cuidados Paliativos (SUDORE *et al.*, 2017; MCMAHAN *et al.*, 2020; DIAS *et al.*, 2022).

Apesar de a literatura descrever que o ACP aumenta a qualidade de vida da pessoa, diminui o estresse dos familiares, e diminui a prática dos procedimentos invasivos fúteis (HAMAYEL *et al.*, 2019; ROSE *et al.*, 2019), a adesão das pessoas ao ACP é baixa (YADAV *et al.*, 2017; GEERSE *et al.*, 2021), assim como a sua aplicação na prática clínica dos profissionais de saúde (KNIGHT *et al.*, 2020; CRAIG *et al.*, 2020). Estudos anteriores (HONG *et al.*, 2022; ALI *et al.*, 2021; KELLY *et al.*, 2020) descrevem que são os fatores intrapessoais que influenciam na baixa adesão dos pacientes, tais como a religião (ALI *et al.*, 2021; TSAI *et al.*, 2022), características étnicas (HONG *et al.*, 2022; KELLY *et al.*, 2020) e saúde mental (KELLY *et al.*, 2020; TSAI *et al.*, 2022). Quanto aos fatores voltados aos profissionais, os estudos apontam que é a falta de tempo (RISK *et al.*, 2019; HOWARD *et al.*, 2019); falta de preparação da equipe (RISK *et al.*, 2019; NAGARAJAN *et al.*, 2022) e as dificuldades dos profissionais em falarem sobre assuntos de fim de vida (NAGARAJAN *et al.*, 2022; HOWARD *et al.*, 2019), que dificultam a prática do ACP.

Estudos anteriores realizados com profissionais de saúde, demonstraram que a presença do Sentido da Vida, como proposto por Frankl (2016), foi associada a bem-estar subjetivo, menor sofrimento psicológico e burnout. Influenciando, desta forma, sua vida profissional quanto a rendimento e atitudes positivas relacionados ao trabalho (BARNETT *et al.*, 2019; SHIRI *et al.*, 2020).

A esfera da Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apontada pela literatura, como propicia para a aplicação das intervenções de ACP, fazendo com que as pessoas tenham uma maior adesão à DAV (AOKI *et al.*, 2017; LEAK *et al.*, 2021). Este fato pode ser justificado

devido aos vínculos de qualidade que se estabelecem entre a equipe multiprofissional, pacientes e famílias, fazendo com que se sintam mais acolhidos e seguros em discutir assuntos relativos ao fim de vida (KIM *et al.*, 2022). No entanto, estudos apontam que os profissionais desta esfera de cuidados não estão devidamente preparados para sua aplicação, principalmente por se tratar de conversas que tangenciam a morte (RISK *et al.*, 2019; NAGARAJAN *et al.*, 2022).

Este estudo propõe identificar as percepções dos profissionais de cuidados de saúde primários sobre como o sentido da vida e da morte influenciam as conversas de ACP no âmbito clínico.

Método

Estudo qualitativo, exploratório, que utiliza a entrevista semiestruturada como a principal técnica de recolha de dados, visando descrever e interpretar os sentidos e significados atribuídos ao fenômeno em estudo (CAELLI; RAY; MILL, 2003). A opção por este tipo de entrevista se deu por permitir a geração de uma discussão mais abrangente sobre os tópicos.

A metodologia qualitativa permite conhecer os pensamentos, atitudes e as ações relacionados com vida do indivíduo. Neste método, a atitude do pesquisador é de abertura e de escuta, e, de um modo genérico, objetiva entender como as pessoas interpretam e constroem conhecimento acerca do fenômeno em estudo, através de suas experiências. Assim, visando descrever ricamente o fenômeno, são utilizadas técnicas de análise indutiva, recorrendo à codificação aberta, categorias e análise temáticas. Pautando-se que, na investigação qualitativa, a questão a ser solucionada deve ser descrita sem resultados previstos (CAELLI *et al.*, 2003; SANDELOWSKI, 2010; GREEN, 2004).

Contexto

O estudo foi realizado em serviços de APS de dois municípios brasileiros, selecionados por conveniência dos pesquisadores, denominados por município A e município B. O município A apresenta população estimada de 123.281 habitantes, e seu quadro de profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde é constituído por 53 médicos e 47 enfermeiros. O município B apresenta uma população estimada de 21.267 habitantes, e conta com 11 médicos e oito enfermeiros Atenção Primária à Saúde.

Composição da amostra

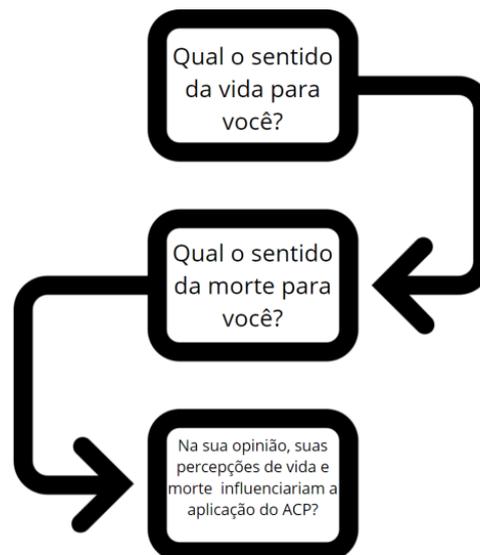
O critério para delimitação da amostra foi o de conveniência, ou seja, os participantes foram selecionados e convidados a participar no estudo pela fácil acessibilidade a eles (PATTON, 2002). Neste estudo, os critérios de inclusão foram: profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), atuantes na APS do município A ou município B há pelo menos seis meses. Os critérios de exclusão incluíam: profissionais em período de licença médica e/ou férias no período de realização das entrevistas.

A coleta de dados foi interrompida a partir do momento em que se obteve o “corpus” necessário para análise dos dados, o qual se constituiu por meio da relevância das falas (PATTON, 2002). No total, foram entrevistados 20 enfermeiros e 15 médicos do município A, e 10 enfermeiros e sete médicos do município B.

Coleta de Dados

Para a coleta de dados foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada, construída pelos autores, com perguntas relacionadas ao sentido da vida e da morte e sua influência na aplicação do ACP, considerando a teoria e a experiência profissional do grupo investigador (MINAYO, 2012). A condução da entrevista foi realizada por um dos investigadores e se deu conforme Figura 1.

Figura 1. Roteiro e condução da entrevista



Fonte: Os Autores.

Os integrantes da amostra foram convidados a participar da pesquisa após um processo de esclarecimento e posterior assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram realizadas nas dependências das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Atenção Primária à Saúde dos municípios acima citados, conduzidas presencialmente e individualmente, de dezembro/2021 a março/2022, e tiveram duração média de 30 minutos.

Análise dos Dados

A transcrição das entrevistas foi realizada integralmente, e este conteúdo foi entregue aos participantes para validação. As falas foram codificadas seguindo o seguinte sistema: a primeira letra representa a cidade (Município A ou B), a segunda a categoria profissional (Enfermeiro ou Médico) e o numeral correspondente à ordem de realização das entrevistas, por exemplo, AE1, seria enfermeiro do Município A 1.

O corpus do estudo foi formado pelas transcrições das falas e notas dos pesquisadores, e foi submetida a análise temática (BARDIN, 2011), isto é, o conteúdo obtido através das entrevistas foi agrupado de acordo com as afinidades temáticas, de maneira indutiva, sem levar a frequência das unidades de análise em consideração. Para realização do processo, foram realizadas as seguintes etapas: criação de um banco de dados com a transcrição na íntegra das entrevistas; leitura do material, bem como das anotações de comentários e impressões do entrevistador acerca das falas; identificações das unidades de análise, através de similitude temática, de acordo com os propósitos do estudo; codificação do material; categorização, de acordo com os significados trazidos pelo conteúdo dos relatos.

A análise e codificação das entrevistas foram realizadas individualmente por dois investigadores experts em enfermagem e saúde pública, com experiência em metodologia qualitativa. As particularidades convergentes e divergentes foram discutidas com um terceiro investigador expert em metodologia qualitativa e cuidados paliativos. Os temas e categorias temáticas foram sendo definidos de forma sistemática.

Referencial Teórico

Considerando os objetivos da pesquisa, fizemos uso de um referencial teórico, para auxiliar no esquadramento do tema, sendo utilizado a Logoterapia e Análise Existencial de Viktor Frankl, que versa que o mais importante fator propulsor do indivíduo é a busca pelo sentido da vida (FRANKL, 2016). Visto que o referencial teórico tem como objetivo nortear o

estudo, tendo como funções a sustentação e orientação teórica, ampliar o horizonte do estudo e guiar o pesquisador, estabelecendo de onde será observado o problema.

O sentido da vida se constitui um tema amplamente discutido pela filosofia com abordagens existenciais e fenomenológicas. Entre essas abordagens, temos as de perspectivas clínicas, como a que utilizaremos como referencial. O conceito de Frankl, descreve que a grande força motriz do ser humano é a busca pelo sentido na vida; e o sentido da morte tem importante papel nesta busca, pois a finitude atribui à vida seu caráter irrepetível e por isso deve ser encarado como um processo natural e necessário. Ou seja, a vida do ser humano é única, portanto as situações que a vida lhe apresenta são únicas, aumentando sua responsabilidade frente às escolhas que realiza, e intensifica a busca pelo significado, isto é, o sentido da vida que o motiva (FRANKL, 2016).

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Compuseram a amostra do estudo 52 profissionais, sendo a maioria enfermeiros (61,5%) e do sexo feminino (67,30%). Atuavam na Atenção Primária à Saúde, em sua maior parte (63,40%), de seis meses a cinco anos e predominantemente (75%), na área de assistência. Desses profissionais, a maior parte (71,20%) apresentava pós-graduação, prevalecendo às áreas de Saúde Pública/ Saúde da Família (32,40%).

Tendo em mente os objetivos do estudo e a relevância dos significados trazidos pelas falas dos participantes, selecionamos os principais temas dentro de três categorias temáticas, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2. Categorias temáticas e temas do estudo



*ACP: Planejamento Antecipado de Cuidados

Fonte: Autores.

1. Sentido da Vida

Nesta categoria, foram agrupadas as falas dos participantes sobre como percebem o sentido da vida. Os significados trazidos pelos profissionais convergem com as categorias de valores, descritos por Viktor Frankl, nos quais o ser humano utiliza como meio para encontrar o sentido da vida.

1.1 Ajudar

Nesta seção, 17% (n=9) dos participantes apontam que o sentido da vida é fazer algo para outra pessoa, no sentido de assistir, auxiliar. É importante que este ato, sem necessariamente ser algum feito grandioso, signifique alguma coisa tanto para pessoa que pratica quanto para quem ele realiza, podendo estar ou não relacionado ao lado profissional. O sentido da vida é voltar-se para o outro, dar e ajudar.

“O sentido da vida é a busca do meu melhor, fazer o melhor por mim e fazer o melhor pelos outros, a gente existe para isso, buscar por mim e pelos outros.” BM04

“O sentido da vida, no meu ponto de vista, é independentemente da situação que você esteja, você sempre está disposto a ajudar alguém. Eu acho que a caridade, ajudar, prestar um

serviço, dar uma mão, dar um conforto financeiro e emocional, para mim isso é o sentido da minha vida, ajudar.” BM09

1.2 Relação Humana

Nesta categoria, os participantes 37,2% (n=19) expressam entender o sentido das suas vidas como algo relacionado com a vivência e a experiência. Para estes profissionais, o sentido da vida está conectado à qualidade das suas relações que envolvem afeto, sejam elas familiares, amorosas ou transcendentais (com o seu deus).

“O sentido da vida hoje seria estar bem comigo mesmo, estar bem com Deus e com as pessoas mais próximas”. BE02

“O sentido da minha vida, é ver meu filho se sentindo bem, saudável, feliz. Hoje minha vida gira em torno dele. Se ele está bem, eu estarei bem também. Meu sentido da vida total é ele”. BE07

“Para mim a vida é uma escola, a gente está aqui para aprender e através da experiência que a gente passa com os outros seres que vivem em torno da gente.” AM01

1.3 Atitude positiva face à vida

Nesta categoria 24,3% (n=13) dos participantes descrevem que o sentido da vida está relacionado com as posturas e atitudes pessoais em distintos acontecimentos da vida, principalmente os que trazem dificuldades e sofrimento. Adotar uma atitude positiva, de crescimento e aprendizagem pode proporcionar sentido à vida.

“Eu vivo intensamente minha vida. Eu acho que é a gente ser feliz, amar, viver intensamente, procurar fazer as coisas que a gente gosta.” BE01

“Para mim, faz o mesmo sentido, portanto a questão do aprendizado é o que estou fazendo aqui, e não passar uma vida em branco, sem ter valores, porque acredito que o que nós aprendemos vai continuar.” BE06

“A gente tem que aproveitar a vida ao máximo, e ter um olhar positivo para as coisas, mesmo nas dificuldades. Porque daí vem o aprendizado que a vida dá.”. AE12

2. Sentido da Morte

Quando tratamos assuntos que se aproximam da terminalidade da vida, é natural refletir sobre a nossa própria vida e o que significa a morte para nós. O tema “morte” é um assunto

tratado como tabu, em que a sociedade no geral evita falar ou mesmo pensar sobre (LAARHOVEN *et al.*, 2020; HUANG *et al.*, 2018). Entretanto, neste contexto, entender quais as percepções que os profissionais têm sobre esta temática tem seu mérito, pois ao colocar em prática a abordagem ACP, os entendimentos de vida e morte tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais serão tangenciados. Dessa forma, esta categoria visou descrever as percepções sobre a morte pelos participantes.

2.1 A morte é transcendental

Os maioria dos participantes refletem sobre a morte como algo que vai mais além do entendimento humano, que ultrapassa o mundo limitado e físico. A morte está conectada à religiosidade e é percebida como a continuidade do ser, além do mundo em que vivemos.

“Eu tenho minha religião e acredito que, depois da morte, a gente vai ter um encontro com Deus. Para mim, é isso. Apesar de a gente sofrer, pensar que vai perder alguém querido, dentro da minha religião eu penso que a gente vai ser feliz, que depois da morte a gente vai viver em um mundo melhor, vai ter um encontro espiritual com Deus.” BM01

“Para mim, a morte não termina. Estou na Terra fazendo uma passagem. Quando eu morro, eu continuo essa mesma passagem no plano espiritual”. BM06

“A morte é uma passagem. Nós acreditamos que vamos para algum lugar. Você deixa esses problemas, faz uma passagem, vai para outro lugar, lá você vai ser acolhido, vai ser ajudado, vai melhorar”. AE10

2.2 Processo Natural

Os profissionais (41,4%, n=21) entendem a morte como algo natural que faz parte da vida humana. A morte é o destino inevitável do ser humano.

“Da morte é que a gente não pode fugir dela, é o caminho certo para todo mundo. A gente nasce, cresce e, infelizmente ou felizmente, a gente vai acabar morrendo um dia”. BE04

“Vai chegar a hora de você descansar, então a morte é natural. É muito dolorosa, mas é natural”. BE05

“A morte é o ponto final. O que vem depois só vamos saber depois, na hora que morrer”. BM01

3. Influências nas conversas de Planejamento Antecipado de Cuidados

Após serem estabelecidas as percepções de sentido da vida e morte para os participantes, eles foram questionados sobre a influência dessas questões nas discussões de ACP com seus pacientes. Esta categoria descreve os dois aspectos que mais se destacaram sobre a interferência ou não das perspectivas sobre vida e morte dos profissionais durante as conversas do ACP, na esfera em que atuam.

3.1 Crenças religiosas e Planejamento Antecipado de Cuidados

A maioria dos entrevistados (80,5%, n=42) alegou que as crenças religiosas, ou transcendentes, influenciam de forma positiva e significativa (65,3%, n=34) as discussões do ACP.

“Se eu tenho uma percepção religiosa de caridade, essa influência vai ajudar tanto a pessoa que está partindo quanto a que fica.” BM09

“Algumas coisas na vida fazem mais sentido do que a ciência pode explicar”. AE10-

“É claro que a gente como profissional sempre tenta ser muito imparcial, falar de religiosidade no âmbito de saúde é muito complicado às vezes, mas eu penso que para algumas pessoas não deixa de ser uma forma de esperança porque muitas pessoas vão se identificar também com esse lado da religiosidade e muitas vezes eu percebo que isso pode ser um apego de certo, porque é um consolo de alguma maneira, para aquele desfecho desfavorável que está prestes a acontecer. Mas eu acredito que influencia sim, porque de qualquer maneira é o meu pensamento, a minha forma de pensar, apesar de a gente estar fazendo de maneira imparcial é uma coisa que tem influência sim.” AM13

3.2 Imparcialidade e Planejamento Antecipado de Cuidados

Alguns participantes (19,5%, n=10) deixaram claro que o seu sentido de vida ou morte, não tem de influir nas discussões ACP, devido ao profissionalismo, respeito à autonomia do paciente e suas escolhas,.

“Eu acho que não. Eu tentaria não influenciar, tentaria deixar o paciente no seu arbítrio. Só que eu tenho o meu dentro da parte profissional, e talvez o paciente não tenha. Eu acho que tem que se ponderar muito bem”. BM06

“Eu acho que não tanto, porque eu sempre tento me manter muito neutra, principalmente para lidar com os pacientes, porque eles vêm com uma carga de crenças, principalmente

nessas situações familiares que são muito delicadas, que a gente tem muito sofrimento envolvido”. AM04

“Eu acho que não influenciariam. Eu tenho minhas percepções, mas eu também consigo ver que, diante de todo um sofrimento, cada um tem sua opinião e tem seu querer, então a gente tem que respeitar”.BM01

DISCUSSÃO

As percepções apontadas pelos participantes do estudo sobre o sentido da vida convergiram com os meios destacados por Frankl (2016) para se alcançar o Sentido da Vida, sendo eles os valores criativos (Subcategoria “Ajudar”), vivenciais (Subcategoria “Relação Humana”) e atitudinais (Subcategoria “Atitude positiva face à vida”). As percepções sobre a terminalidade trazidas pelos participantes foram agrupadas em duas categorias, os que se voltaram para a transcendentalidade (A morte é transcendental) e aqueles que a entendem como um processo natural (Processo Natural). A primeira categoria associou a morte como um processo relacionado a crenças religiosas, e este fato é explicado pela teoria de Frankl, pois entende o ser humano como um ser multidimensional, em que se encontram a dimensão somática, relacionada ao aspecto físico; psicológica, relacionada ao aspecto psíquico; e a noética, que seria dimensão espiritual, que segundo Frankl, direciona as escolhas do ser humano pois nela se encontram os valores que o norteiam (FRANKL, 2016).

Após a identificação das percepções sobre sentido da vida e da morte pelos profissionais, foi questionada a compreensão dos mesmos sobre a influência dessas percepções nas intervenções ACP, considerando que se trata de discussões acerca da terminalidade da vida. Enfatiza-se que a maioria dos entrevistados (80,5%, n=44) afirmou que há uma influência desse entendimento nas intervenções de ACP junto aos pacientes e que o mesmo se encontra atrelado ao aspecto transcendental.

Os meios para alcançar o Sentido da Vida, de acordo com Frankl, foram descritos pelos participantes do estudo na categoria “Sentido da Vida”, são eles: os valores criativos, que se referem a ações que fazemos pelos outros ou para o mundo; valores vivenciais, que se referem ao que recebemos do mundo, como através de relações interpessoais; e valores atitudinais, que seria relacionado a nossas atitudes frente a situações que o mundo nos coloca (FRANKL, 2016). Em consonância com a literatura, o estudo apontou que a maioria dos

participantes se voltou para os valores vivenciais, que traduzem as experiências interpessoais com familiares e amigos como a maior motivação que dá sentido à suas vidas (GLAZ *et al.*, 2019; TOMÁS-SÁBADO *et al.*, 2015).

A dificuldade em falar sobre a morte por profissionais de saúde é uma constatação destacada em vários estudos (LLEWELLYN *et al.*, 2016; HOEK *et al.*, 2021), principalmente os voltados aos Cuidados Paliativos, pois é um assunto muito próximo àqueles pacientes, e mesmo assim necessário a estes quando pensamos, por exemplo, no ACP (HAMAYEL *et al.*, 2019; ROSE *et al.*, 2019). Essa dificuldade pode ser explicada pelos aspectos culturais que identificam a morte como assunto tabu presente na sociedade, tanto na ocidental quanto na oriental que acabam por refletir no âmbito profissional destas pessoas (LAARHOVEN *et al.*, 2020; HUANG *et al.*, 2018). Por estes motivos, objetivou-se identificar o sentido da morte para profissionais participantes do estudo.

A subcategoria “A morte é transcendental”, trouxe as falas dos participantes que entendem que a morte não seria o fim. Neste ponto, é relevante esclarecer que a religiosidade e espiritualidade são definições diferentes, religiosidade implica na relação do ser humano com um ser transcendente e “espiritualidade” não implica nenhuma ligação com uma realidade superior (VILLANI *et al.*, 2019)). Enquanto a teoria de Frankl busca na espiritualidade a explicação para um sofrimento além do físico e psicológico, assim como o conceito de Dor Total trazida por Cicely Saunders, que atribui ao cuidado espiritual igual importância aos cuidados físicos e psicológicos, quando tratamos de pacientes em Cuidados Paliativos (WOOD, 2021); Frankl olha para a religião como um modo, não primordial, para que o ser humano busque o sentido para sua vida; e, nesse sentido, atribui às crenças religiosas valor, visto que se constitui um meio para chegar a um fim (sentido da vida) (GLAZ *et al.*, 2019) . Assim, as percepções dos profissionais convergem com outros estudos (ZAMBRANO *et al.*, 2011; TÜZER *et al.*, 2020), em que os profissionais trazem características religiosas para significar a terminalidade, principalmente como uma maneira de lidar com as perdas de pacientes.

A segunda subcategoria trouxe a significação da morte como um processo natural, aproximando a terminalidade da cientificidade. Esta percepção pode ser justificada pelas experiências individuais dos participantes, afastando os sentimentos que envolvem a finitude, permanecendo apenas o processo físico do fim (ZAMBRANO *et al.*, 2011). As percepções trazidas por esta categoria também são identificadas na literatura (KRAITENBERGER *et al.*, 2020; ZHANG *et al.*, 2021), em que estudos que exploraram as atitudes dos profissionais ante

a morte, demonstraram que a maioria dos participantes a aceitavam como um processo natural.

Na categoria “Influências nas conversas de ACP”, a primeira subcategoria trouxe as falas que afirmaram haver influência das crenças religiosas nas intervenções ACP. No entanto, este tema na literatura apresenta divergências, temos estudos que afirmam que a religiosidade é um fator que interfere positivamente às discussões de fim de vida (MYASHITA *et al.*, 2021; TAN *et al.*, 2016) e outros (HONG *et al.*, 2021; VRIES *et al.*, 2019) que apontam interferência negativa, quando se trata de pacientes. No tocante aos profissionais, o cenário de divergência permanece com estudos (RURUP *et al.*, 2006) que apontam que as crenças religiosas dos profissionais interferem nas intervenções ACP e outros que afirmam não haver influência (BOWMAN *et al.*, 2018; BÜLOW *et al.*, 2012).

No entanto, na categoria “Imparcialidade e ACP”, temos falas dos profissionais que remetem a limites quanto à influência de suas próprias crenças nas discussões ACP com seus pacientes, de modo a respeitar sua autonomia e bagagem cultural. Um estudo (HSU *et al.*, 2021) que objetivou analisar as interações religiosas médico-pacientes e a ética na terminalidade da vida, concluiu que é importante que os profissionais não imponham suas crenças, mantendo e respeitando os limites profissionais (HSU *et al.*, 2021). Outro ainda adverte os profissionais, que por questões éticas, não compartilhem suas crenças, pois não podem ser as mesmas dos pacientes (RURUP *et al.*, 2006). No entanto, considerando os Cuidados Paliativos como cuidados globais, o aspecto espiritual do paciente não pode deixar de ser atendido, por ser considerado uma dimensão tão importante quanto o físico e o psicológico (HSU *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou identificar as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde quanto ao sentido da vida e da morte e se essas concepções influenciariam nas intervenções ACP, na opinião dos participantes. Assim, foi identificado que as percepções que os participantes apresentaram relacionadas ao sentido da vida, convergem com os três valores explicitados por Frankl, como meios de buscar o sentido da vida. Em relação ao entendimento do sentido da morte, as respostas foram permeadas de transcendentalidade pela maioria deles. E houve um predomínio de participantes que acreditam que as percepções dos

sentidos da vida e da morte pelos profissionais influenciam nas intervenções de ACP, majoritariamente os que descreveram uma perspectiva de cunho religioso.

Dessa forma, se faz importante estabelecer limites entre a influência que a bagagem cultural trazida pelo profissional de saúde interfere nas discussões de fim de vida com os pacientes. Pois, é certo que o aspecto espiritual do cuidado não pode ser negligenciado, o que traz o lado benéfico da influência; por outro lado, esta influência não pode interferir nas escolhas de fim de vida do paciente, o que geraria um problema de cunho ético.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALI, N. et al. Exploring Differential Perceptions and Barriers to Advance Care Planning in Dementia among Asian Patient–Caregiver Dyads—A Mixed-Methods Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 13, p. 7150, 4 jul. 2021. DOI 10.3390/ijerph18137150. Acesso em: 01 out. 2022.

AOKI, T. et al. Patient experience of primary care and advance care planning: a multicentre cross-sectional study in Japan. **Family Practice**, v. 34, n. 2, p. 206–212, 1 abr. 2017. DOI: [10.1093/fampra/cmw126](https://doi.org/10.1093/fampra/cmw126). Acesso em: 01 out. 2022.

BARNETT, Michael D.; MOORE, Jenna M.; GARZA, Caitlin J. Meaning in life and self-esteem help hospice nurses withstand prolonged exposure to death. **Journal Of Nursing Management**, [S.L.], v. 27, n. 4, p. 775-780, 21 jan. 2019. Disponível em: [10.1111/jonm.12737](https://doi.org/10.1111/jonm.12737). Acesso em: 14 jan. 2023.

BOWMAN, Marjorie; CYR, Sarah St.; STOLFI, Adrienne. Health-Care Provider Personal Religious Preferences and Their Perspectives on Advance Care Planning With Patients. **American Journal Of Hospice And Palliative Medicine®**, [S.L.], v. 35, n. 12, p. 1565-1571, 4 jul. 2018. Disponível em: DOI: [10.1177/1049909118785891](https://doi.org/10.1177/1049909118785891). Acesso em: 11 out. 2022.

BÜLOW, Hans-Henrik; SPRUNG, Charles L.; BARAS, Mario; CARMEL, Sara; SVANTESSON, Mia; BENBENISHTY, Julie; MAIA, Paulo A.; BEISHUIZEN, Albertus; COHEN, Simon; NALOS, Daniel. Are religion and religiosity important to end-of-life decisions and patient autonomy in the ICU? The Ethicatt study. **Intensive Care Medicine**, [S.L.], v. 38, n. 7, p. 1126-1133, 14 abr. 2012. Disponível em: DOI: [10.1007/s00134-012-2554-8](https://doi.org/10.1007/s00134-012-2554-8). Acesso em: 11 out. 2022.

CAELLI, Kate; RAY, Lynne; MILL, Judy. 'Clear as Mud': toward greater clarity in generic qualitative research. **International Journal Of Qualitative Methods**, [S.L.], v. 2, n. 2, p. 1-13, jun. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/160940690300200201>. Acesso em: 14 jan. 2023.

CHENG, Hon-Wai Benjamin; SHEK, Pui-Shan Karen; MAN, Ching-Wah; CHAN, Oi-Man; CHAN, Chun-Hung; LAI, Kit-Man; CHENG, Suk-Ching; FUNG, Koon-Sim; LUI, Wk; LAM, Carman. Dealing With Death Taboo: discussion of do-not-resuscitate directives with chinese patients with noncancer life-limiting illnesses. **American Journal Of Hospice And Palliative Medicine®**, [S.L.], v. 36, n. 9, p. 760-766, 11 fev. 2019. S. Disponível em: DOI:10.1177/1049909119828116. Acesso em: 01 out. 2022.

CRAIG, Denise Patricia; RAY, Robin; HARVEY, Desley; SHIRCORE, Mandy. Factors Which Influence Hospital Doctors' Advance Care Plan Adherence. **Journal Of Pain And Symptom Management**, [S.L.], v. 59, n. 5, p. 1109-1126, maio 2020. Disponível em: DOI:10.1016/j.jpainsymman.2019.12.008. Acesso em: 11 out. 2022.

DIAS, Laiane Moraes; BEZERRA, Mirella Rebello; BARRA, Williams Fernandes; CARVALHO, Ana Emília Vita; CASTRO, Luísa; REGO, Francisca. Advance care planning and goals of care discussion: the perspectives of brazilian oncologists. **Bmc Palliative Care**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 1-9, 22 set. 2022. Disponível em: 10.1186/s12904-022-01052-w.. Acesso em: 14 jan. 2023.

FRANKL, Vitor Emil. **Psicoterapia e Sentido da Vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial**. 6. ed. Tradução: Alípio Maia de Castro, São Paulo: Quadrante, 2016.

GEERSE, Olaf P.; LAMAS, Daniela J.; BERNACKI, Rachelle E.; SANDERS, Justin J.; PALADINO, Joanna; BERENDSEN, Annette J.; HILTERMANN, Thijo J.N.; LINDVALL, Charlotta; FROMME, Erik K.; BLOCK, Susan D.. Adherence and Concordance between Serious Illness Care Planning Conversations and Oncology Clinician Documentation among Patients with Advanced Cancer. **Journal Of Palliative Medicine**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 53-62, 1 jan. 2021. Disponível em: DOI:10.1089/jpm.2019.0615. Acesso em: 11 out. 2022.

GIŁAZ, Stanisław. The Relationship of Forgiveness and Values with Meaning in Life of Polish Students. **Journal Of Religion And Health**, [S.L.], v. 58, n. 5, p. 1886-1907, 17 jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00860-4>. Acesso em: 14 jan. 2023.

GREEN, Judith; THOROGOOD, Nicki. Qualitative methods for health research. London:

SAGE Publications; 2004.

HAMAYEL, Nebras Abu Al et al. Preparing Older Patients With Serious Illness for Advance Care Planning Discussions in Primary Care. *Journal Of Pain And Symptom Management*, [S.L.] , v. 58, n. 2, p. 244-251, ago. 2019. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.04.032>.

HOEK, Danique W Bos-Van Den; VELDEN, Naomi Ca van Der; HUISMAN, Rozemarijn; VAN LAARHOVEN, Hanneke Wm; TANGE, Dorien; WIND, Jan; SMETS, Ellen Ma; HENSELMANS, Inge. Role of GPs in shared decision making with patients about palliative cancer treatment: a qualitative study in the netherlands. **British Journal Of General Practice**, [S.L.], v. 72, n. 717, p. 1-9, 26 out. 2021. Disponível em:
 DOI:10.3399/BJGP.2021.0446. Acesso em: 11 out. 2022.

HONG, M.; KIM, K. Advance care planning among ethnic/racial minority older adults: Prevalence of and factors associated with informal talks, durable power of attorney for health care, and living will. **Ethnicity & Health**, v. 27, n. 2, p. 453–462, 17 fev. 2022. DOI:
 10.1080/13557858.2020.1734778. Acesso em: 01 out. 2022.

HOWARD, M. et al. Primary care clinicians' confidence, willingness participation and perceptions of roles in advance care planning discussions with patients: a multi-site survey. **Family Practice**, p. cmz050, 19 set. 2019. DOI: 10.1093/fampra/cmz050. Acesso em:
 01 out. 2022.

HUANG, Hai Shan; ZENG, Tie Ying; MAO, Jing; LIU, Xiao Hong. The Understanding of Death in Terminally Ill Cancer Patients in China: an initial study. **Cambridge Quarterly Of Healthcare Ethics**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 421-430, 30 maio 2018. Disponível em:
 DOI:10.1017/S0963180117000809. Acesso em: 11 out. 2022.

KELLY, Elizabeth Palmer; HENDERSON, Brent; HYER, Madison; PAWLIK, Timothy M.. Intrapersonal Factors Impact Advance Care Planning Among Cancer Patients. **American Journal Of Hospice And Palliative Medicine®**, [S.L.], v. 38, n. 8, p. 907-913, 28 set. 2020. Disponível em: DOI: 10.1177/1049909120962457. Acesso em: 01 out. 2022.

KIM, Peter; DALY, Jeanette M.; BERRY-STOELZLE, Maresi A.; SCHMIDT, Megan E.; MICHAELS, Leann C.; DORR, David A.; LEVY, Barcey T.. Prognostic Indices for Advance Care Planning in Primary Care: a scoping review. **The Journal Of The American Board Of**

Family Medicine, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 322-338, mar. 2020. Disponível em:
DOI:10.3122/jabfm.2020.02.190173. Acesso em: 12 nov. 2022.

KING, Laura A.; HICKS, Joshua A.. The Science of Meaning in Life. **Annual Review Of Psychology**, [S.L.], v. 72, n. 1, p. 561-584, 4 jan. 2021. Disponível em:
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-072420-122921>. Acesso em: 14 jan. 2023.

KNIGHT, Thomas; MALYON, Alexandra; FRITZ, Zoe; SUBBE, Chris; COOKSLEY, Tim; HOLLAND, Mark; LASSERSON, Daniel. Advance care planning in patients referred to hospital for acute medical care: results of a national day of care survey. **Eclinicalmedicine**, [S.L.], v. 19, p. 100235, fev. 2020. Disponível em: DOI:10.1016/j.eclinm.2019.12.005..
Acesso em: 11 out. 2022.

KRAITENBERGER, Shlomit; GOLDEZWEIG, Gil; AVIV, Ariel; SHAULOV, Adir; BRAUN, Michal. Attitudes toward death and death acceptance among hemato-oncologists: an israeli sample. **Palliative And Supportive Care**, [S.L.], v. 19, n. 5, p. 587-591, 9 dez. 2020. Disponível em: DOI:10.1017/S1478951520001285. Acesso em: 28 out. 2022.

LAARHOVEN, Angela Jjm Keijzer-Van; TOUWEN, Dorothea P; TILBURGS, Bram; BOEFT, Madelon van Tilborg-Den; PEES, Claudia; ACHTERBERG, Wilco P; STEEN, Jenny T van Der. Which moral barriers and facilitators do physicians encounter in advance care planning conversations about the end of life of persons with dementia? A meta-review of systematic reviews and primary studies. **Bmj Open**, [S.L.], v. 10, n. 11, p. 1-16, nov. 2020. Disponível em: DOI:10.1136/bmjopen-2020-038528.. Acesso em: 11 out. 2022.

LEAK, Michelle A *et al.* Impact of advance care planning consults on advance directives completion. **Am J Manag Care**, [s. l.], v. 27, n. 10, 19 out. 2021 DOI: 10.37765/ajmc.2021.88767. Acesso em: 12 nov. 2022.

LLEWELLYN, Rebecca; JAYE, Chrystal; EGAN, Richard; CUNNINGHAM, Wayne; YOUNG, Jessica; RADUE, Peter. Cracking open death: death conversations in primary care. **Journal Of Primary Health Care**, [S.L.], v. 8, n. 4, p. 303, 2016. Disponível em: DOI:10.1071/HC15058. Acesso em: 11 out. 2022.

MCMAHAN, Ryan D.; TELLEZ, Ismael; SUDORE, Rebecca L.. Deconstructing the Complexities of Advance Care Planning Outcomes: what do we know and where do we go? a scoping review. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [S.L.], v. 69, n. 1, p. 234-244, 7 set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.16801>. Acesso em: 14 jan. 2023.

PRATER, Laura C.; WICKIZER, Thomas; BOWER, Julie K.; BOSE-BRILL, Seuli. The Impact of Advance Care Planning on End-of-Life Care: do the type and timing make a difference for patients with advanced cancer referred to hospice?. **American Journal Of Hospice And Palliative Medicine®**, [S.L.], v. 36, n. 12, p. 1089-1095, 14 maio 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049909119848987>. Acesso em: 14 jan. 2023.

RISK, Jo; MOHAMMADI, Leila; RHEE, Joel; WALTERS, Lucie; WARD, Paul R. Barriers, enablers and initiatives for uptake of advance care planning in general practice: a systematic review and critical interpretive synthesis. **Bmj Open**, [S.L.], v. 9, n. 9, p. 1-17, set. 2019. Disponível em: DOI:10.1136/bmjopen-2019-030275. Acesso em: 11 out. 2022.

ROSE, Barbara L. et al. Initiating Advance Care Planning in Primary Care: a model for success. *Journal Of Palliative Medicine*, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 427-431, abr. 2019. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2018.0380>.

RURUP, Mette L.; ONWUTEAKA-PHILIPSEN, Bregje D.; PASMANN, H. Roeline W.; RIBBE, Miel W.; WAL, Gerrit van Der. Attitudes of physicians, nurses and relatives towards end-of-life decisions concerning nursing home patients with dementia. **Patient Education And Counseling**, [S.L.], v. 61, n. 3, p. 372-380, jun. 2006. Disponível em: DOI: 10.1016/j.pec.2005.04.016. Acesso em: 11 out. 2022.

SANDELOWSKI, Margarete. What's in a name? Qualitative description revisited. **Research In Nursing & Health**, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 77-84, 10 dez. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.20362>. Acesso em: 14 jan. 2023.

SHIRI, Shimon; WEXLER, Isaiah; MARMOR, Anat; MEINER, Zeev; SCHWARTZ, Isabella; KORACH, Osnat Levzion; AZOULAY, Daniel. Hospice Care: hope and meaning in life mediate subjective well-being of staff. **American Journal Of Hospice And Palliative Medicine®**, [S.L.], v. 37, n. 10, p. 785-790, 13 fev. 2020. Disponível em: 10.1177/1049909120905261. Acesso em: 14 jan. 2023.

SUDORE, R. L. et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 53, n. 5, p. 821- 832.e1, maio 2017. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331. Acesso em: 01 out. 2022.

TAN, Laurence; SIM, Lai Kiow; NG, Lynnette; TOH, Hui Jin; LOW, James Alvin. Advance Care Planning. **American Journal Of Hospice And Palliative Medicine®**, [S.L.], v. 34, n.

1, p. 26-33, 11 jul. 2016. Disponível em: DOI: 10.1177/1049909115615563. Acesso em: 11 out. 2022.

TOMÁS-SÁBADO, Joaquín; VILLAVICENCIO-CHÁVEZ, Christian; MONFORTE-ROYO, Cristina; GUERRERO-TORRELLES, Mariona; FEGG, Martin Johannes; BALAGUER, Albert. What Gives Meaning in Life to Patients With Advanced Cancer? A Comparison Between Spanish, German, and Swiss Patients. **Journal Of Pain And Symptom Management**, [S.L.], v. 50, n. 6, p. 861-866, dez. 2015. Disponível em: DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.06.015. Acesso em: 11 out. 2022.

TSAI, Wan-Ting; CHEN, Chun-Min; CHUNG, Ming-Cheng; TSAI, Pei-Yu; LIU, Yen-Tzu; TANG, Feng-Cheng; LIN, Ying-Li. Important Factors Influencing Willingness to Participate in Advance Care Planning among Outpatients: a pilot study in central taiwan. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 19, n. 9, p. 5266, 26 abr. 2022. Disponível em: DOI:10.3390/ijerph19095266. Acesso em: 11 out. 2022.

TÜZER, Hilal; KÜRCA, Kamile; ÖZVEREN, Hüsna. Investigation of Nursing Students' Attitudes Towards Death and Their Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. **Journal Of Religion And Health**, [S.L.], v. 59, n. 4, p. 2177-2190, 26 fev. 2020. Disponível em: 10.1007/s10943-020-01004-9. Acesso em: 11 out. 2022.

VILLANI, Daniela; SORGENTE, Angela; IANNELLO, Paola; ANTONIETTI, Alessandro. The Role of Spirituality and Religiosity in Subjective Well-Being of Individuals With Different Religious Status. **Frontiers In Psychology**, [S.L.], v. 10, p. 1-11, 9 jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01525>. Acesso em: 14 jan. 2023.

VRIES, Kay de; BANISTER, Elizabeth; DENING, Karen Harrison; OCHIENG, Bertha. Advance care planning for older people: the influence of ethnicity, religiosity, spirituality and health literacy. **Nursing Ethics**, [S.L.], v. 26, n. 7-8, p. 1946-1954, 3 abr. 2019. Disponível em: DOI: 10.1177/0969733019833130. Acesso em: 11 out. 2022.

WOOD, Joe. Cicely Saunders, 'Total Pain' and emotional evidence at the end of life. **Medical Humanities**, [S.L.], p. 1-11, 12 maio 2021. Disponível em: DOI: 10.1136/medhum-2020-012107. Acesso em: 20 ago. 2022.

YADAV, Kuldeep N.; GABLER, Nicole B.; COONEY, Elizabeth; KENT, Saida; KIM, Jennifer; HERBST, Nicole; MANTE, Adjoa; HALPERN, Scott D.; COURTRIGHT, Katherine R.. Approximately One In Three US Adults Completes Any Type Of Advance

Directive For End-Of-Life Care. **Health Affairs**, [S.L.], v. 36, n. 7, p. 1244-1251, jul. 2017. Disponível em: DOI:10.1377/hlthaff.2017.0175. Acesso em: 11 out. 2022.

ZAMBRANO, Sofía C.; BARTON, Christopher A.. On the Journey with the Dying: how general practitioners experience the death of their patients. **Death Studies**, [S.L.], v. 35, n. 9, p. 824-851, out. 2011. Disponível em: DOI: 10.1080/07481187.2011.553315. Acesso em: 11 out. 2022.

ZHANG, Jiali; TAO, Hongmei; MAO, Jundan; QI, Xue; ZHOU, Hongzhen. Correlation between nurses' attitudes towards death and their subjective well-being. **Annals Of Palliative Medicine**, [S.L.], v. 10, n. 12, p. 12159-12170, dez. 2021. Disponível em: DOI: 10.21037/apm-21-2943. Acesso em: 28 out. 2022.

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

As percepções dos profissionais da APS participantes sobre o ACP expressam falta de preparo para aplicação das diretrizes antecipadas de vontade, não pela falta de entendimento da importância delas, mas pelo déficit de conhecimento necessário para sua aplicação, demonstrado através das falas que relacionavam o ACP a cuidados rotineiros. E ainda levantaram fatores impeditivos para aplicação do ACP na APS, tais como: dificuldade em discutir sobre assuntos relacionados à terminalidade; tempo hábil para aplicação da abordagem; entendimento de que a população não está culturalmente preparada para esse tipo de discussão; e, por fim, que o contexto da APS não é propício para as intervenções sobre ACP.

No que diz respeito ao Sentido da Vida e crenças religiosas, constatou-se que é possível que haja influência desses fatores no uso das intervenções ACP na prática profissional. Esse achado foi corroborado pelo predomínio de participantes, que através de suas falas, indicaram acreditar que as percepções dos sentidos da vida e da morte pelos profissionais influenciam nas intervenções ACP, majoritariamente os que descreveram uma perspectiva de cunho religioso.

Dessa forma, o desenvolvimento de políticas públicas que fomentem cursos de capacitação aos profissionais da APS sobre o ACP, CP e conversas difíceis voltadas à morte e o morrer são necessárias. Embora as crenças religiosas e o sentido da vida possam influenciar o uso das intervenções de ACP, destaca-se a importância de estabelecer limites entre a influência e a bagagem cultural trazida pelos profissionais, pois considerando que o aspecto espiritual do cuidado não pode ser menosprezado, esta interferência não pode agir nas escolhas de fim de vida do paciente, visto que produziria um impasse ético.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Thiago A. A. de et al. Escala de Atitudes Religiosas, Versão Expandida (EAR-20): Evidências de Validade. **Avaliação psicológica, Itatiba**, v. 12, n. 2, p. 109-119, ago. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 ago. 2021.
- AQUINO, Thiago A. A. de et al. Questionário de Sentido de Vida: evidências de sua validade fatorial e consistência interna. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 4-19, mar. 2015. DOI: 10.1590/1982-3703001332012. Acesso em: 28 ago. 2021.
- ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.L.], v. 46, n. 3, p. 626-632, jun. 2012. DOI:10.1590/s0080-62342012000300014. Acesso em: 04 jun. 2021.
- AZEVEDO, Cissa et al. Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.L.], v. 51, p. 1-8, 28 ago. 2017. DOI: 10.1590/S1980-220X2016038003245. Acesso em: 05 ago. 2021.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRIOSO, Paula Damaris Chagas. Cuidados paliativos e atenção primária à saúde: proposição de um rol de ações de enfermagem. 2017. **Dissertação (Mestrado em Cuidado em Atenção Primária em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo**, 2017. DOI: 10.11606/D.7.2018.tde-24092018-160612. Acesso em: 04 jun. 2021.
- BOWMAN, Marjorie; CYR, Sarah St.; STOLFI, Adrienne. Health-Care Provider Personal Religious Preferences and Their Perspectives on Advance Care Planning with Patients. **American Journal Of Hospice And Palliative Medicine®**, [S.L.], v. 35, n. 12, p. 1565-1571, 4 jul. 2018. DOI: [10.1177/1049909118785891](https://doi.org/10.1177/1049909118785891). Acesso em: 27 jul. 2022.
- BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE). **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília:2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso573.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2022.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica (DAB). **COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA. 2020. E-GESTOR AB.** Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml?jsessionid=eFmpbWmCyaLHNEtE3wQGRlax>. Acesso em: 09 fev. 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **CIDADES: CASTILHO-SP e TRÊS LAGOAS-MS.** 2020. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil>>. Acesso em: 09 fev. 2021.

BRAUN, Ursula K.; FORD, Marvella E.; BEYTH, Rebecca J.; MCCULLOUGH, Laurence B.. The physician's professional role in end-of-life decision-making: voices of racially and ethnically diverse physicians. **Patient Education And Counseling**, [S.L.], v. 80, n. 1, p. 3-9, jul. 2010. DOI: 10.1016/j.pec.2009.10.018. Acesso em: 24 jul. 2022.

BÜLOW, Hans-Henrik; SPRUNG, Charles L.; REINHART, Konrad; PRAYAG, Shirish; DU, Bin; ARMAGANIDIS, Apostolos; ABROUG, Fekri; LEVY, Mitchell M.. The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. **Intensive Care Medicine**, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 423-430, 19 dez. 2007. S. DOI: 10.1007/s00134-007-0973-8. Acesso em: 24 jul. 2022.

CARDOSO, D. H. et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1134–1141, dez. 2013. DOI: [10.1590/S0104-07072013000400032](https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400032). Acesso em: 01 jun. 2022.

CASTRO, Maria Cristina Freitas de; FULY, Patrícia dos Santos Claro; SANTOS, Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos; et al. Total pain and comfort theory: implications in the care to patients in oncology palliative care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, p. e20200311, 2021. [DOI:10.1590/1983-1447.2021.20200311](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311) . Acesso em: 1 jun. 2022.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 564, de 06 de novembro de 2017: aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília, 06 nov. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em: 01 maio 2021.

CONNOR, Stephen R.. Development of Hospice and Palliative Care in the United States. **Omega - Journal Of Death And Dying**, [S.L.], v. 56, n. 1, p. 89-99, fev. 2008. DOI:10.2190/OM.56.1.h. Acesso em: 21 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASIL). RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012, de 9 de agosto de 2012. **Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.**

Brasília: DOU, ano 2012, v. SEÇÃO I, p. 269-70, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASIL). RESOLUÇÃO Nº 2.232, DE 17 DE JULHO DE 2019. **Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente.** Brasília: DOU, ano 2019, v. EDIÇÃO 119, n. SEÇÃO 1, p. 113, 2019.

CORRÊA, Diogo Arnaldo; RODRIGUES, Cláudia Monti Duque. Finitude e Sentido da Vida: do torpor à tarefa. **Logos & Existência: Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial.** Mogi das Cruzes, v. 2, n. 1, p.37-46. jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/le/article/view/15915/10038>>. Acesso em: 26 jun. 2022.

HEIDINIZ, Ana C.; AQUINO, Thiago A. A. A RELAÇÃO DA RELIGIOSIDADE COM AS VISÕES DE MORTE. **Religare: Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da UFPB**, [S. L.], v. 6, n. 2, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/index.php/religare/article/view/8238>>. Acesso em: 28 ago. 2021.

ESPÍNDOLA, Amanda Valério et al. Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. **Revista Bioética**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 371-377, dez. 2018. DOI: 10.1590/1983-80422018263256. Acesso em: 04 jun. 2021.

FRANKL, VITOR E. *Psicoterapia e Sentido da Vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial.* 6. ed. Tradução: Alípio Maia de Castro, São Paulo: Quadrante, 2016.

FRANKL, VITOR E.. *Em busca de sentido: Um psicólogo no campo de concentração.* 42. ed. Tradução: Walter Schlupp e Carlos Aveline, Petrópolis: Vozes, 2017.

GARRIDO, Melissa M.; IDLER, Ellen L.; LEVENTHAL, Howard; CARR, Deborah. Pathways From Religion to Advance Care Planning: beliefs about control over length of life and end-of-life values. **The Gerontologist**, [S.L.], v. 53, n. 5, p. 801-816, 15 nov. 2012. DOI: 10.1093/geront/gns128. Acesso em: 27 abr. 2022.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, [S.L.], v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016. DOI: 10.1590/S0103-40142016.30880011. Acesso em: 20 ago. 2022.

GREEN, Ronald M.. Religion and medical ethics. **Ethical And Legal Issues In Neurology**, [S.L.], p. 79-89, 01 jan. 2013. DOI: 10.1016/B978-0-444-53501-6.00006-8. Acesso em: 24 jun. 2022.

HEISLER, Joel Luís; MARTINS, Maria das Graças Teles. FINITUDE: A MORTE, O MORRER E ASSISTENCIA A PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINAIS NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 5, p. 653–674, 2022. DOI: [10.51891/rease.v8i5.5392](https://doi.org/10.51891/rease.v8i5.5392). Acesso em: 22 jul. 2022.

HOE, Deborah F.; ENGUIDANOS, Susan. So Help Me, God: Religiosity and End-of-Life Choices in a Nationally Representative Sample. **Journal of Palliative Medicine**, v. 23, n. 4, p. 563–567, 2020. DOI: 10.1089/jpm.2019.0209>. Acesso em: 11 maio 2022.

HOUBEN, Carmen H.M. et al. Efficacy of Advance Care Planning: a systematic review and meta-analysis. **Journal Of The American Medical Directors Association**, [S.L.], v. 15, n. 7, p. 477-489, jul. 2014. DOI: 10.1016/j.jamda.2014.01.008. Acesso em: 29 abr. 2021.

IMAZU, Maria F. M.et al. Effectiveness of individual and group interventions for people with type 2 diabetes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 200-207, abr. 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0247.2543. Acesso em: 28 maio 2021.

International Association for Hospice Palliative Care (IAHPC). **Global Consensus-based palliative care definition**. 2018. Disponível em: <<https://hospicecare.com/%20what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>>. Acesso em: 21 abr. 2021.

KOSTERE, Sandra; KOSTERE, Kim. **The Generic Qualitative Approach To A Dissertation In The Social Sciences**. London: Routledge, 2021. Disponível em: DOI:10.4324/9781003195689. Acesso em: 30 jan. 2023.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. [Trad. Paulo Menezes]. 10^a ed.. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017.

LIMA NETO, Valdir B. A Espiritualidade em Logoterapia e Análise Existencial: o Espírito em uma Perspectiva Fenomenológica e Existencial. **Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies**, v.19, n. 2, p. 220-229, jul-dez, 2013. Disponível em: <

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200010&lng=pt&nrm=is>. Acesso em: 22 jun. 2022.

MARCONDES, Nilsen A. V.; BRISOLA, Elisa M. A.. ANÁLISE POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**, [S.L.], v. 20, n. 35, p. 201, 22 ago. 2014. UNIVAP Universidade de Vale do Paraiba. DOI: 10.18066/revunivap.v20i35.228. Acesso em: 02 set. 2021.

MATOS, Johnata da C.; BORGES, Moema da S.. The family as a member of palliative care assistance. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 12, n. 9, p. 2399, 8 set. 2018. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i9a234575p2399-2406-2018. Acesso em: 04 jun. 2021.

MATSUOKA, Érica Tavares de Melo et al. A Comunicação Profissional de Saúde-Usuário(a) na Doença Renal Crônica. **Revista Subjetividades**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 1-15, 6 maio 2019. DOI: 10.5020/23590777.rs.v19i1.e7593. Acesso em: 06 jun. 2021.

MICCINESI, Guido; FISCHER, Susanne; PACI, Eugenio; ONWUTEAKA-PHILIPSEN, Bregje D; CARTWRIGHT, Colleen; HEIDE, Agnes van Der; NILSTUN, Tore; NORUP, Michael; MORTIER, Freddy. Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries. **Social Science & Medicine**, [S.L.], v. 60, n. 9, p. 1961-1974, maio 2005. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.08.061. Acesso em: 10 jun. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de S.. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000300007. Acesso em: 05 ago. 2021.

MIYASHITA, Jun; SHIMIZU, Sayaka; FUKUHARA, Shunichi; YAMAMOTO, Yosuke. Association between religious beliefs and discussions regarding advance care planning: a nationwide survey. **Palliative Medicine**, [S.L.], v. 35, n. 10, p. 1856-1864, 6 ago. 2021. DOI: 10.1177/02692163211029508. Acesso em: 10 jul. 2022.

MONTEIRO, Renata da S. F.; SILVA JUNIOR, Aluísio G. da. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. **Revista Bioética**, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 86-97, mar. 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019271290. Acesso em: 09 jun. 2021.

MOREIRA, Neir; HOLANDA, Adriano. Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa. **Psico-USF**, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 345-356, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-82712010000300008>. DOI: 10.1590/S1413-82712010000300008. Acesso em: 28 ago. 2021.

National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. **National Coalition for Hospice and Palliative Care**, 4th ed. Richmond, VA, 2018. Disponível em: < <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/>>. Acesso em: 24 jul. 2022.

NAVARRO, Beatriz et al. Advance Directives from the Point of View of Primary Care Physicians in Spain. **Population Health Management**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 197-198, jun. 2014. DOI: 10.1089/pop.2013.0104. Acesso em: 28 ago. 2021.

O'REILLY, Michelle et al. 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. **Qualitative Research**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 190-197, 17 maio 2012. DOI: 10.1177/1468794112446106. Acesso em: 05 ago. 2021.

PAZ, Cássia R. de P. et al. New demands for primary health care in Brazil: palliative care. **Investigación y Educación En Enfermería**, [S.L.], v. 34, n. 1, p. 46-57, 15 fev. 2016. DOI: 10.17533/udea.iee.v34n1a06. Acesso em: 05 ago. 2021.

PERCY, William; KOSTERE, Kim; KOSTERE, Sandra. Generic Qualitative Research in Psychology. **The Qualitative Report**, [S.L.], p. 1-12, 16 fev. 2015. Nova Southeastern University. <http://dx.doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2097>. Disponível em: DOI: 10.46743/2160-3715/2015.2097. Acesso em: 30 jan. 2023.

PERILLA, Viviana Marcela León; JOAQUIM, Regina Helena Vitale Torkomian. Perspectivas conceptuales de los cuidados paliativos en el final de la vida: revisión sistemática. **Revista Ciencias de La Salud**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 1-15, 11 fev. 2022. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. DOI: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10906. Acesso em: 01 jun. 2022

PITTELLI, Sergio Domingos; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de; NAZARETH, Janice Caron. Diretivas antecipadas de vontade: proposta de instrumento único. **Revista Bioética**, v. 28, n. 4, p. 604-9, dez. 2020. DOI: 10.1590/1983-80422020284423. Acesso em: 01 maio 2021.

RADBRUCH, Lukas; LIMA, Liliana de; KNAUL, Felicia; WENK, Roberto; ALI, Zipporah; BHATNAGHAR, Sushma; BLANCHARD, Charmaine; BRUERA, Eduardo; BUITRAGO, Rosa; BURLA, Claudia. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. **Journal Of Pain And Symptom Management**, [S.L.], v. 60, n. 4, p. 754-764, out. 2020. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027. Acesso em: 20 ago. 2022.

RICHARDSON, Patrice.. Spirituality, religion and palliative care. **Ann Palliat Med** v.3, p.150–159.2014. DOI: [10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.05](https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.05). Acesso em: 22 de mai. 2022.

RIETJENS, Judith A C; SUDORE, Rebecca L; CONNOLLY, Michael; et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. **The Lancet Oncology**, v. 18, n. 9, p. e543–e551, 2017. DOI: 10.1016/S1470-2045(17)30582-X. Acesso em: 25 jul. 2022.

RISK, Jo; MOHAMMADI, Leila; RHEE, Joel; WALTERS, Lucie; WARD, Paul R. Barriers, enablers and initiatives for uptake of advance care planning in general practice: a systematic review and critical interpretive synthesis. **Bmj Open**, [S.L.], v. 9, n. 9, p. 1-17, set. 2019. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-030275. Acesso em: 20 ago. 2022.

RODENBACH, Rachel A.; RODENBACH, Kyle E.; TEJANI, Mohamedtaki A.; et al. Relationships between personal attitudes about death and communication with terminally ill patients: How oncology clinicians grapple with mortality. **Patient Education and Counseling**, v. 99, n. 3, p. 356–363, 2016. DOI: [10.1016/j.pec.2015.10.010](https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.10.010). Acesso em: 22 jul. 2022.

ROTH, Alan R.; CANEDO, Angelo R. Introduction to Hospice and Palliative Care. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 46, n. 3, p. 287–302, 2019. DOI: [10.1016/j.pop.2019.04.001](https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.04.001) Acesso em: 1 jun. 2022.

RURUP, Mette L.; ONWUTEAKA-PHILIPSEN, Bregje D.; PASMANN, H. Roeline W.; et al. Attitudes of physicians, nurses and relatives towards end-of-life decisions concerning nursing home patients with dementia. **Patient Education and Counseling**, v. 61, n. 3, p. 372–380, 2006. DOI: 10.1016/j.pec.2005.04.016 . Acesso em: 25 jul. 2022.

SAITO, Danielle Y. T.; ZOBOLI, Elma L. C. P.. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. **Revista Bioética**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 593-607, dez. 2015. DOI: 10.1590/1983-80422015233096. Acesso em: 05 ago. 2021.

SANTANA, Júlio César B. et al. Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. **Revista Bioética**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 158-167, abr. 2017. DOI:10.1590/1983-80422017251177. Acesso em: 28 ago. 2021.

SAUNDERS, Cicely. **Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach**. Londres. Edward Arnold, 1990.

SAUNDERS, Cicely. The Symptomatic Treatment of Incurable Malignant Disease.

Prescribers' Journal, v.4, n. 4, 68–73, 1964. Acesso em: 22 ago. 2022.

SCOTTINI, Maria A.; SIQUEIRA, José E. de; MORITZ, Rachel Duarte. Direito dos pacientes às diretivas antecipadas de vontade. **Revista Bioética**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 440-450, dez. 2018. DOI: 10.1590/1983-80422018263264. Acesso em: 09 jun. 2021.

SILVA, Mariana Lobato dos Santos Ribeiro. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 45–53, 2013. DOI: 10.5712/rbmfc9(30)718. Acesso em : 25 de maio de 2021.

SILVA, Thalane Souza Santos; PEDREIRA, Rhaine Borges Santos; LIMA, Evely Rocha; et al. Desafios da equipe multiprofissional em cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e18511628904, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i6.28904. Acesso em: 25 jul. 2022.

SILVESTRI, Gerard A.; KNITTIG, Sommer; ZOLLER, James S.; et al. Importance of Faith on Medical Decisions Regarding Cancer Care. **Journal of Clinical Oncology**, v. 21, n. 7, p. 1379–1382, 2003. DOI: 10.1200/JCO.2003.08.036>. Acesso em: 25 jul. 2022.

SIMÓN-LORDA, Pablo et al. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. **Atención Primaria**, [S.L.], v. 40, n. 2, p. 61-66, fev. 2008. DOI: 10.1157/13116148. Acesso em: 05 ago. 2021.

SOUZA, Hieda L. de et al. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. **Revista Bioética**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 349-359, ago. 2015. DOI: 10.1590/1983-80422015232074. Acesso em: 05 ago. 2021.

SUDORE, Rebecca L.; LUM, Hillary D.; YOU, John J.; et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 53, n. 5, p. 821-832.e1, 2017. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331) Acesso em: 25 jul. 2022.

TEMEL, Jennifer S. et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 363, n. 8, p. 733-742, 19 ago. 2010. Massachusetts Medical Society. DOI: 10.1056/nejmoa1000678. Acesso em: 1 jun. 2022.

THIENGO, Priscila Cristina da Silva; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; MERCÊS, Magno Conceição das; COUTO, Pablo Luiz Santos; FRANÇA, Luiz Carlos Moraes; SILVA, Alba Nunes da. ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 24, p. 1-13, 7 mar. 2019.

DOI:10.5380/ce.v24i0.58692. Acesso em: 20 ago. 2022.

WHO. World Health Organization (org.). Defining adherence. In: **WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Genebra: Who, 2003. Cap. 1. p. 3-5. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>> Acesso em: 25 maio 2021.

WOOD, Joe. Cicely Saunders, ‘Total Pain’ and emotional evidence at the end of life. **Medical Humanities**, [S.L.], p. 1-11, 12 maio 2021. Disponível em: DOI: 10.1136/medhum-2020-012107. Acesso em: 20 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATIONS (WHO). **Sixty-seventh World Health Assembly. Resolutions and Decisions**. 19–24 May 2014. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2022.

XAUSA, Izar Aparecida de Moraes. **A Psicologia do Sentido da Vida**. Campinas, SP: Vide Editorial, 2011. 292p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados qualitativo (Entrevista)

Questões norteadoras:

- (1) O que você entende sobre ACP? O que você entende por Diretivas Antecipadas de Vontade? – Inicia-se processo educativo visando esclarecer os conceitos de ACP e DAV.
- (2) Você já aplicou ACP/DAV junto a algum paciente na APS? Conte sobre algumas de suas experiências.
- (3) O que você compreende por futilidade terapêutica?
- (4) Você acha que está preparado para aplicar ACP/DAV na APS? Fale sobre suas percepções.
- (5) Qual o sentido da vida e da morte para você? Na sua opinião, essas percepções interfeririam na aplicação ACP/DAV?

Apêndice B- Declaração de Ciência/Anuência para os coordenadores das Unidades de Saúde

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA/ANUÊNCIA

_____, _____ de _____ de _____

Venho por meio desta, declarar que tenho ciência e concordo com a realização do projeto de pesquisa “**ACP, sentido da vida e a atitude religiosa na Atenção Primária à Saúde: percepções dos profissionais de saúde**”, sob coordenação da Prof. Dra. Juliana Dias Reis Pessalacia, nesta unidade de saúde. Em conformidade com declaração emitida pela Secretária Municipal de Saúde do município de Três Lagoas, Elaine Cristina Ferrari Fúrio, anexo a este documento.

Sem mais,

Coordenador Responsável

Unidade: _____

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pelas pesquisadoras Juliana Dias Reis Pessalacia, Bruna Moretti Luchesi e Marcela Tavares de Souza. E também contará com a participação, para a execução do estudo, com uma equipe de pesquisa formado por graduandos em medicina e enfermagem e outros colaboradores, como profissionais do direito e da psicologia, sendo eles: Fernando Ribeiro dos Santos, Matheus Cerazi Sartori, Tábita Raísa Kiselar Aguilera, Cleber Affonso Angeluci, Morgana Praxedes de Souza, Franciele Santana.

A finalidade deste estudo é identificar as percepções de profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) quanto ao sentido da vida, as atitudes religiosas e o ACP (ACP) e construir e validar uma cartilha educativa sobre ACP na APS para tais profissionais.

A população deste estudo serão os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) atuantes na APS de Três Lagoas/MS e Castilho/SP; sendo incluídos quem trabalha nesses locais há pelo menos dois anos e sejam maiores de 18 anos de idade. Não participarão profissionais em período de licença médica e/ou férias no período de realização das entrevistas.

Você será submetido a questionamentos a respeito das suas experiências e conhecimentos relacionadas à Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e ACP. Os locais para aplicação dos instrumentos de coleta de dados (entrevista e questionário) serão as dependências das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da APS dos municípios de Três Lagoas/MS e Castilho/SP. Os dados serão armazenados por um período de 5 anos e você poderá revê-los quando quiser. Após este período, serão destruídos.

Informo que as entrevistas serão gravadas em aparelhos de MP4 e que assinando este termo, você estará concordando com a gravação. Você poderá escutar as gravações ao final da entrevista e quando desejar. As gravações também serão armazenadas por um período de 5 anos e destruídas após.

O presente estudo não proporcionará qualquer tipo de despesa financeira para você, visto que, será realizado nas dependências das UBS. Entretanto, em caso de despesas não previstas com transporte ou alimentação, decorrentes de sua participação neste estudo, será garantido o ressarcimento das mesmas.

Portanto, sua participação consistirá em responder aos instrumentos de pesquisa (entrevista e questionário), com tempo máximo de duração de meia hora. Estarão participando do estudo, enfermeiras e alunas do programa de Mestrado em Enfermagem, dois professores e alunos dos cursos de graduação em enfermagem e medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Os riscos são decorrentes da possibilidade de constrangimento ou desconforto por parte dos profissionais de saúde ao responder às questões da pesquisa ou à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados. Para tanto, os participantes terão a oportunidade de esclarecer dúvidas quanto às questões a serem abordadas previamente, tendo a liberdade de não participar do estudo e responder às mesmas.

Além disso, em caso de reações psicológicas decorrentes da participação no estudo, será oferecida uma assistência psicológica, por encaminhamentos a profissionais especializados. Cabe ressaltar que compõe a equipe de pesquisa do projeto, uma psicóloga. Portanto, mediante às medidas de prevenção adotadas, os riscos são considerados mínimos. Ainda, caso ocorra algum dano não previsto, será garantida a indenização em relação aos mesmos.

Os impactos previstos do projeto envolvem as dimensões científicas, social e prática. Quanto à dimensão científica, a identificação de conhecimentos acerca da temática, do sentido da vida e aspectos religiosos dos profissionais de saúde, possibilitará esclarecer facilitadores e dificultadores na aplicação da temática na rotina profissional, facilitando posteriores intervenções educacionais e estudos. Quanto a dimensão social, o conteúdo disponibilizado permitirá a minimização de dúvidas de profissionais de saúde em relação a temática do ACP além disso, poderão entender e fazer cumprir os desejos dos pacientes, evitando conflitos bioéticos maiores. Em relação a prática, o conhecimento gerado pelo estudo permitirá a construção de cartilhas educacionais direcionadas a esses profissionais, delineamento de cursos voltados a temática e posterior inserção na grade curricular dos cursos de graduação na área da saúde.

Quero deixar claro que suas respostas são confidenciais mantendo, assim, seu anonimato e que você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se da pesquisa. Ressalto ainda que o seu nome não será identificado em nenhum momento, pois os questionários e entrevistas serão identificados através de códigos.

Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos ou publicados em periódicos da área. Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para Juliana Dias Reis Pessalacia, telefone: 067-98164-9602, Endereço: Av Capitão Olinto Mancini, 4440, jardim Angélica, CEP: 79611001, Três Lagoas/MS e-mail: juliana@pessalacia.com.br. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 33457187, Endereço: Cidade Universitária, Caixa Postal 549. CEP 79070-900. Campo Grande – MS, Prédio das Pró-reitorias e-mail: cepconep.propp@ufms.br. Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Você aceita a gravação da entrevista, a fim de facilitar a análise do material de pesquisa?

- () Sim, eu aceito a gravação da entrevista.
- () Não. Eu não aceito a gravação da entrevista.

Data: ___/___/_____

Assinatura do participante:

Data: / /2021

Assinatura do pesquisador: Juliana Dias Reis Pessalacia

Nota: este termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado em duas vias, ficando uma com o participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável.

**ANEXO 1- QUESTIONÁRIO SOBRE CONHECIMENTOS E ATITUDES SOBRE
DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE-ADAPTADO POR Stolz *et al.* (2011) DE
Simón Lorda *et al.* (2008)**

FAVOR PREENCHER OS SEGUINTE ITENS

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO	
Sexo: () masculin o () feminino	Idade: _____ anos
Formação : () enfermeir o () médico	Possui Pós-Graduação? () sim () não. Se _____ sim, _____ qual(is) _____ área(s)? _____
Setor de trabalho:	Município: _____ Tempo de atuação no município: _____
Conhecimento anterior sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV): () sim () não	Se sim, onde adquiriu? () graduação () pós-graduação () curso específico (_____) outros _____ _____

Apresentamos 12 questões abaixo. Você só precisa marcar sua resposta com um X.

1) Que nota o senhor (a) daria aos seus conhecimentos sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade?

Muito ruim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

2) As Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil estão regulamentadas por lei?

Sim Não Não Sei

3) O senhor (a) já leu algum documento de Diretivas Antecipadas de Vontade?

Sim Não

4) Acredita ser conveniente que os cidadãos façam planos de seus desejos de saúde deixando-os escritos na declaração das Diretivas Antecipadas de Vontade?

Nada conveniente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito conveniente

5) Acredita que a declaração das Diretivas Antecipadas de Vontade é um instrumento útil para os profissionais de saúde na hora de tomar decisões sobre um paciente?

Nada útil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito útil

6) E para os familiares do paciente?

Nada útil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito útil

7) Acredita que se o paciente nomeasse um representante nas Diretivas Antecipadas de Vontade facilitaria a tomada de decisões aos profissionais de saúde em situações nas quais o paciente não pudesse expressar-se?

Nada útil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito útil

8) O senhor(a) como profissional, recomendaria que seus pacientes fizessem as vontades antecipadas?

Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre

9) Embora seja decisão de seus familiares, o senhor(a) gostaria que eles fizessem as Diretivas Antecipadas de Vontade?

Não gostaria 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gostaria

10) O senhor (a) pessoalmente, como um potencial paciente, preencheria o documento de Diretivas Antecipadas de Vontade?

Pouco provável 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito provável

11) O senhor(a) respeitaria os desejos expressados por um paciente em uma declaração de Diretivas Antecipadas de Vontade?

Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sempre

12) Acha provável que faça sua declaração de Diretivas Antecipadas de Vontade no próximo ano?

Pouco provável 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito provável

Muito obrigado por sua ajuda.

ANEXO 2- QUESTIONÁRIO DE SENTIDO DA VIDA (AQUINO *et al.*, 2015)

Por favor, pense por um momento sobre o que faz com que sua vida seja importante para você. Por favor, responda as sentenças seguintes de modo verdadeiro e com o máximo de cuidado que você puder. Também lembre-se de que estas questões muito subjetivas e que não existem respostas certas ou erradas. Por favor, responda de acordo com a seguinte escala:

Totalment e Falso	Geralment e Falso	Parcialment e Falso	Nem verdadeir o nem Falso	Parcialment e Verdadeiro	Geralment e Verdadeir o	Absolutament e Verdade
1	2	3	4	5	6	7

1. ____ Eu compreendo o sentido da minha vida.
2. ____ Eu estou procurando alguma coisa que faça com que minha vida tenha sentido.
3. ____ Eu sempre estou em busca do sentido da minha vida.
4. ____ Minha vida tem um sentido claro.
5. ____ Eu tenho uma boa consciência do que faz minha vida ter sentido.
6. ____ Eu descobri um sentido de vida satisfatório.
7. ____ Eu estou sempre procurando por algo que faça com que minha vida seja significativa.
8. ____ Eu estou buscando um significado ou missão para minha vida.
9. ____ Minha vida não tem um propósito claro.
10. ____ Eu estou procurando um sentido em minha vida.

ANEXO 3- ESCALA DE ATITUDE RELIGIOSA (DINIZ; AQUINO, 2009)

Abaixo estão listadas algumas afirmações sobre religiosidade e fé. Assinale a alternativa que mais corresponde a sua pessoa, utilizando a escala de resposta abaixo. Não deixe de responder a nenhum item.	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
01. Leio as escrituras sagradas (Bíblia ou outro livro sagrado).	1	2	3	4	5
02. Costumo ler os livros que falam sobre religiosidade.	1	2	3	4	5
03. Procuro conhecer as doutrinas ou preceitos da minha religião/religiosidade.	1	2	3	4	5
04. Participo de debates sobre assuntos que dizem respeito à religião/religiosidade	1	2	3	4	5
05. Converso com a minha família sobre assuntos religiosos.	1	2	3	4	5
06. Assisto programas de televisão sobre assuntos religiosos.	1	2	3	4	5
07. Converso com os meus amigos sobre as minhas experiências religiosas.	1	2	3	4	5
08. A religião/religiosidade influencia nas minhas decisões sobre o que eu devo fazer.	1	2	3	4	5
09. Participo das orações coletivas da minha religião/religiosidade.	1	2	3	4	5
10. Frequento as celebrações da minha religião/religiosidade (missas, cultos...).	1	2	3	4	5
11. Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus)	1	2	3	4	5
12. Ajo de acordo com o que a minha religião/religiosidade	1	2	3	4	5

prescreve como sendo correto.					
13. Extravaso a tristeza ou alegria através de músicas religiosas.	1	2	3	4	5
14. Sinto-me unido a um “Ser” maior (Deus).	1	2	3	4	5
15. Quando entro numa igreja ou templo, despertam-me emoções	1	2	3	4	5
16. Costumo levantar os braços em momentos de louvores.	1	2	3	4	5
17. Ajoelho-me para fazer minha oração pessoal com Deus.	1	2	3	4	5
18. Bato palmas nos momentos dos cânticos religiosos.	1	2	3	4	5
19. Faço movimentos corporais para expressar a minha união com Deus.	1	2	3	4	5
20. Danço com as músicas religiosas nas ocasiões de contemplações	1	2	3	4	5

ANEXO 4- PARECER COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PLANEJAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS, SENTIDO DA VIDA E ATITUDE RELIGIOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisador: Juliana Dias Reis Pessalacia

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52451221.2.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.070.511

Apresentação do Projeto:

Conforme apresentado pela pesquisadora:

INTRODUÇÃO: Planejamento Antecipado de Cuidados (ACP) é um processo de discussão e registro das preferências dos pacientes para os cuidados futuros em situações de terminalidade da vida, assegurando-se o respeito aos valores e crenças que definem o sentido de vida e da existência. As equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam importante papel na elaboração de planos de cuidados às pessoas com doenças crônicas elegíveis para Cuidados Paliativos (CP), buscando-se o melhor desempenho nas práticas assistenciais de promoção da saúde e atendimento individual. **OBJETIVO** Analisar as percepções de profissionais de saúde da APS quanto ao ACP, sentido da vida e as atitudes religiosas. **METODOLOGIA:** A pesquisa será realizada junto aos enfermeiros e médicos atuantes nas unidades da APS dos municípios de Castilho/SP e Três Lagoas/MS em duas etapas. A primeira será um estudo transversal analítico e quantitativo, mediante aplicação de um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional, e dos questionários Sentido da Vida, Escala de Atitude Religiosa e Conhecimento e atitudes sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). A segunda etapa consistirá em um estudo de abordagem qualitativa fundamentado no referencial logoterapêutico, realizado por meio de entrevista semiestruturada contendo questões abertas sobre o sentido do sofrimento, a futilidade terapêutica e o ACP/DAV. Será adotado como referencial de análise a Análise de Conteúdo. **RELEVÂNCIA PARA**

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ç Prédio das Pró-Reitorias çHércules Maymone ç 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.070.511

A SAÚDE E PARA A ENFERMAGEM: A compreensão acerca das percepções dos profissionais sobre o sentido da vida e a atitude religiosa relacionados ao ACP, possibilitará o planejamento de estratégias de sensibilização e formação permanente destes profissionais, a construção de materiais educativos e a conscientização sobre a temática, além de destacar a abordagem da mesma nos currículos em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar as percepções de profissionais de saúde da APS quanto ao ACP, sentido da vida e as atitudes religiosas.

Objetivo Secundário: Caracterizar profissionais de saúde quanto às variáveis sociodemográficas e profissionais. Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde quanto ao ACP. Avaliar o sentido da vida e as atitudes religiosas dos profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e os benefícios foram adequadamente apresentados pela pesquisadora e constam em todos os documentos que compõe o protocolo de pesquisa, incluído o TCLE, com vistas a garantir aos participantes o acesso a estas informações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo unicêntrico realizado no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Campus de Três Lagoas da UFMS, voltado à compreensão das percepções de profissionais de saúde de dois municípios brasileiros próximos (Três Lagoas e Castilhos) acerca do ACP, sentido da vida e atitudes religiosas. O projeto apresenta claramente objetivos, metodologia, fundamentação teórica e aspectos éticos, considerando riscos e benefícios da participação na pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: sem pendências.

TCLE: sem pendências.

Autorizações das secretarias de saúde de Três Lagoas e Castilhos: sem pendências.

Instrumentos de coleta de dados: sem pendências.

Recomendações:

1) Há três formas de apresentação da Equipe de pesquisa. A sugestão é que ela seja apresentada do mesmo modo em todos os documentos que compõe o protocolo de pesquisa.

No Projeto (detalhado) de Pesquisa: Juliana Dias Reis Pessalacia, Juliana Dias Reis Pessalacia, Bruna Moretti Luchesi e Marcela Tavares de Souza.

Endereço: Av. Costa e Silva, s/n° - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1° andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepcneppropp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.070.511

No TCLE (Apêndice do Projeto (detalhado) de Pesquisa: Bruna Moretti Luchesi, Cleber Affonso Angeluci, Marcela Tavares de Souza (Marcela Tavares de Souza Rafael), Franciele Santana (não foi possível encontrar o Currículo Lattes) e a graduanda em medicina Morgana Praxedes de Souza.

No Projeto Plataforma Brasil: Juliana Dias Reis Pessalacia, Bruna Moretti Luchesi e Marcela Tavares de Souza Rafael.

2) Recomenda-se seja colhida em cada Unidade de Saúde ciência/anuência de realização da pesquisa (por meio de assinatura do responsável), quando ela for realizada em cada uma delas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa está apto a ser executado, no que toca aos seus aspectos éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

CONFIRA AS ATUALIZAÇÕES DISPONÍVEIS NA PÁGINA DO CEP/UFMS

1) Regimento Interno do CEP/UFMS

Disponível em: <https://cep.ufms.br/novo-regimento-interno/>

2) Calendário de reuniões

Disponível em: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

3) Etapas do trâmite de protocolos no CEP via Plataforma Brasil

Disponível em: <https://cep.ufms.br/etapas-do-tramite-de-protocolos-no-cep-via-plataforma-brasil/>

4) Legislação e outros documentos:

Resoluções do CNS.

Norma Operacional nº001/2013.

Portaria nº2.201 do Ministério da Saúde.

Cartas Circulares da Conep.

Resolução COPP/UFMS nº240/2017.

Outros documentos como o manual do pesquisador, manual para download de pareceres, pendências frequentes em protocolos de pesquisa clínica v 1.0, etc.

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/legislacoes-2/>

5) Informações essenciais do projeto detalhado

Endereço: Av. Costa e Silva, s/n° - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.070.511

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-projeto-detalhado/>

6) Informações essenciais – TCLE e TALE

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-tcle-e-tale/>

- Orientações quanto aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aos Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) que serão submetidos por meio do Sistema Plataforma Brasil versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os participantes da pesquisa versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os responsáveis pelos participantes da pesquisa menores de idade e/ou legalmente incapazes versão 2.0.

7) Biobancos e Biorrepositórios para armazenamento de material biológico humano

Disponível em: <https://cep.ufms.br/biobancos-e-biorrepositorios-para-material-biologico-humano/>

8) Relato de caso ou projeto de relato de caso?

Disponível em: <https://cep.ufms.br/662-2/>

9) Cartilha dos direitos dos participantes de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/cartilha-dos-direitos-dos-participantes-de-pesquisa/>

10) Tramitação de eventos adversos

Disponível em: <https://cep.ufms.br/tramitacao-de-eventos-adversos-no-sistema-cep-conep/>

11) Declaração de uso de material biológico e dados coletados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/declaracao-de-uso-material-biologico/>

12) Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projeto de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-prontuarios/>

13) Termo de compromisso para utilização de informações de banco de dados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-banco-de-dados/>

Endereço: Av. Costa e Silva, s/n° - Pioneiros, Prédio das Pró-Reitorias, Hércules Maymone, 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.070.511

DURANTE A PANDEMIA CAUSADA PELO SARS-CoV-2, CONSIDERAR:

Solicitamos aos pesquisadores que se atentem e obedeçam às medidas de segurança adotadas pelo locais de pesquisa, pelos governos municipais e estaduais, pelo Ministério da Saúde e pelas demais instâncias do governo devido a excepcionalidade da situação para a prevenção do contágio e o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

As medidas de segurança adotadas poderão interferir no processo de realização das pesquisas envolvendo seres humanos. Quer seja no contato do pesquisador com os participantes para coleta de dados e execução da pesquisa ou mesmo no processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE, incidindo sobre o cronograma da pesquisa e outros. Orientamos ao pesquisador na situação em que tenha seu projeto de pesquisa aprovado pelo CEP e em decorrência do contexto necessite alterar seu cronograma de execução, que faça a devida "Notificação" via Plataforma Brasil, informando alterações no cronograma de execução da pesquisa.

SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER PENDENTE, CONSIDERAR:

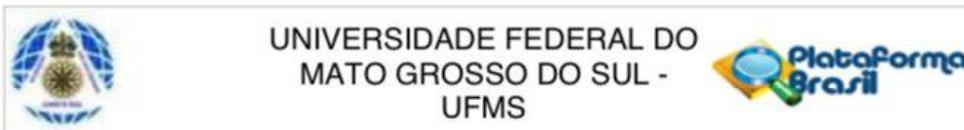
Cabe ao pesquisador responsável encaminhar as respostas ao parecer pendente, por meio da Plataforma Brasil, em até 30 dias a contar a partir da data de sua emissão. As respostas às pendências devem ser apresentadas em documento à parte (CARTA RESPOSTA). Ressalta-se que deve haver resposta para cada uma das pendências apontadas no parecer, obedecendo a ordenação deste. A carta resposta deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser "colado".

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2020, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER NÃO APROVADO, CONSIDERAR:

Informamos ao pesquisador responsável, caso necessário entrar com recurso diante do Parecer Consubstanciado recebido, que ele pode encaminhar documento de recurso contendo respostas

Endereço: Av. Costa e Silva, s/n° - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1° andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.070.511

ao parecer, com a devida argumentação e fundamentação, em até 30 dias a contar a partir da data de emissão deste parecer. O documento, que pode ser no formato de uma carta resposta, deve contemplar cada uma das pendências ou itens apontados no parecer, obedecendo a ordenação deste. O documento (CARTA RESPOSTA) deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do

texto do projeto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser "colado".

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência.

Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2020, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-dereunioes-do-cep-2021/>

EM CASO DE APROVAÇÃO, CONSIDERAR:

É de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO.

Informações sobre os relatórios parciais e final podem acessadas em <https://cep.ufms.br/relatorios-parciais-e-final/>

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1827570.pdf	08/10/2021 12:39:07		Aceito
Outros	termoanuenciatl.pdf	08/10/2021 12:38:46	MARCELA TAVARES DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasil.pdf	08/10/2021 11:14:54	MARCELA TAVARES DE SOUZA RAFAEL	Aceito
Outros	Entrevista.pdf	08/10/2021 11:13:29	MARCELA TAVARES DE	Aceito
Outros	EscalaReligiosidade_EAR20.pdf	27/09/2021	MARCELA	Aceito

Endereço: Av. Costa e Silva, s/n° - Pioneiros 4 Prédio das Pró-Reitorias 4 Hércules Maymone 4 1° andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 5.070.511

Outros	EscalaReligiosidade_EAR20.pdf	20:45:31	DE SOUZA RAFAEL	Aceito
Outros	questionarioSentidodaVida_QSV.pdf	27/09/2021 20:45:16	MARCELA TAVARES DE	Aceito
Outros	InstrumentoColetadeDados_01.pdf	27/09/2021 20:43:47	MARCELA TAVARES DE	Aceito
Outros	termodeanuencia_castilho.pdf	27/09/2021 20:35:58	MARCELA TAVARES DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROJETO.pdf	20/09/2021 22:17:10	MARCELA TAVARES DE SOUZA RAFAEL	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	17/09/2021 09:07:15	Juliana Dias Reis Pessalacia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 29 de Outubro de 2021

Assinado por:

Fernando César de Carvalho Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/n° - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1° andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br