

Diretivas antecipadas de vontade: amparo bioético às questões éticas em saúde

Andréa Ricetti Bueno Fusculim¹, Úrsula Bueno do Prado Guirro², Waldir Souza¹, Carla Corradi-Perini¹

1. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR, Brasil. 2. Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR, Brasil.

Resumo

Trata-se de estudo exploratório, transversal, de abordagem quantitativa, com participação de 143 médicos(as) e enfermeiros(as). Foi aplicado questionário eletrônico em plataforma on-line, objetivando analisar o contexto atual de implementação das diretivas antecipadas de vontade no Brasil a partir da percepção dos participantes. Os resultados mostraram que os profissionais com formação em cuidados paliativos têm maior conhecimento das diretivas antecipadas ($p < 0,05$) e maior facilidade em aceitá-las e implementá-las ($p < 0,001$). Dentre aqueles que responderam ter receio de aplicar as diretivas antecipadas ($n=27$), 15 referiram que essa preocupação está relacionada a questões legais, e quatro, a questões éticas. Conclui-se que saber o que são as diretivas torna mais simples o processo de deliberação com o paciente, sendo os conhecimentos em bioética um dos pilares para embasar a decisão de profissionais no momento de escolher a melhor conduta a ser adotada.

Palavras-chave: Bioética. Diretivas antecipadas. Enfermagem. Medicina. Cuidados paliativos.

Resumen

Directivas anticipadas de voluntad: apoyo bioético a aspectos éticos en salud

Este estudio es exploratorio, transversal, de naturaleza cuantitativa, en que participó 143 médicos(as) y enfermeros(as). Se aplicó el cuestionario electrónico en una plataforma en línea para analizar el actual contexto de aplicación de las directivas anticipadas de voluntad en Brasil desde la percepción de los participantes. Los resultados mostraron que los profesionales con formación en cuidados paliativos tienen mayor conocimiento de las directivas anticipadas ($p < 0,05$) y mayor facilidad para aceptarlas y aplicarlas ($p < 0,001$). De los que respondieron tener miedo a aplicar las directivas anticipadas ($n=27$), 15 dijeron que esta preocupación estuvo relacionada con aspectos legales, y cuatro, con aspectos éticos. Se concluyó que saber cuáles son las directivas simplifica el proceso de deliberación con el paciente, así el conocimiento en bioética es una de las bases que fundamenta la decisión de los profesionales al considerar la mejor conducta.

Palabras clave: Bioética. Directivas anticipadas. Enfermería. Medicina. Cuidados paliativos.

Abstract

Advance directives of will: bioethical support for ethical health issues

This is an exploratory, cross-sectional study with a quantitative approach, with the participation of 143 physicians and nurses. An electronic questionnaire was applied on an online platform to analyze the current context of implementation of advance directives of will in Brazil from the perception of the participants. The results showed that professionals with training in palliative care have greater knowledge of advance directives ($p < 0.05$) and feel easier to accept and implement them ($p < 0.001$). Among those who answered that they were afraid to apply the advance directives ($n=27$), 15 reported that this concern is related to legal issues, and four to ethical issues. We conclude that knowing what the directives are makes the process of deliberation with the patient simpler, and knowledge in bioethics is one of the pillars to support the decision of professionals when choosing the best conduct to be adopted.

Keywords: Bioethics. Advance directives. Nursing. Medicine. Palliative care.

Declararam não haver conflito de interesse.
Aprovação CEP-PUCPR 4.429.427

As diretivas antecipadas de vontade (DAV), compreendidas neste trabalho como testamento vital, de acordo com a perspectiva de Dadalto¹, propiciam ao paciente a possibilidade de ter respeitada sua vontade em seus momentos de fim de vida. Entende-se, assim, que se trata do exercício da chamada autonomia prospectiva, em que o paciente traça diretrizes para seus futuros tratamentos, analisando os fatos e estabelecendo os objetivos considerados possíveis. Em uma reflexão prospectiva, é o processo que conduz ao desfecho que pretende realizar², no caso em estudo, o encaminhamento para o fim de vida.

Nesse sentido, as DAV possibilitam ao paciente aceitar, recusar ou impor limites razoáveis para procedimentos aos quais deseja ou não ser submetido em situação de doença terminal e fim de vida, como também representam a liberdade do paciente para expressar seus desejos^{3,4}.

Diante dessa perspectiva, a bioética propõe questões acerca do respeito à autonomia e à dignidade dessas pessoas em um contexto de tomada de decisões clínicas que devem obedecer às normas deontológicas. Considera-se que no fim da vida do paciente os profissionais de saúde muitas vezes precisam tomar decisões que geram conflitos bioéticos. Isso ocorre, por exemplo, quando há manifestação do desejo de não mais prosseguir com tratamentos que prolongam a vida, em que devem considerar que viver é diferente de estar vivo.

É importante destacar que este estudo parte da perspectiva de profissionais de saúde das áreas de medicina e enfermagem, especificamente. Essa advertência se faz necessária na medida em que toma como base as normas deontológicas dessas categorias profissionais – porém sem se limitar a elas –, usando ainda os conceitos e as doutrinas existentes e descritas por vários pesquisadores brasileiros. Este estudo segue alicerçado na pesquisa empírica realizada com profissionais da área de saúde e não pretende discutir a legalidade ou não das DAV, apenas destacar o amparo bioético nas decisões do profissional de saúde em sua prática cotidiana.

Neste estudo, apresentam-se as seguintes questões: qual é o contexto atual de implementação das DAV no Brasil sob a perspectiva de profissionais de medicina e enfermagem e quais

são as potenciais contribuições da bioética para essa implementação? Estabeleceu-se a hipótese de que o entendimento sobre as DAV por parte dos profissionais da medicina e enfermagem é essencial para sua implementação, que pode ser facilitada pelo conhecimento em bioética.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi analisar o contexto atual de implementação das DAV no Brasil a partir do conhecimento de profissionais da área de medicina e enfermagem, bem como identificar potenciais contribuições da bioética para sua implementação.

Método

Este é um estudo exploratório, transversal, de abordagem quantitativa, registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. A coleta de dados foi realizada entre 2 de dezembro de 2020 e 30 de abril de 2021, com médicos e enfermeiros de todas as regiões do país. Destaca-se a importância desta pesquisa empírica e sua articulação com o marco teórico escolhido, que tem por objetivo proporcionar respostas às indagações que guiaram este estudo.

A pesquisa foi realizada com aplicação de questionário on-line, por meio do Google Forms, contendo 23 perguntas abordando o conhecimento dos profissionais acerca do conceito e da implementação das DAV. Os participantes foram contatados mediante mensagens eletrônicas via WhatsApp e Telegram, direcionadas a profissionais de medicina e enfermagem das redes de contatos brasileiros dos pesquisadores. Ao fim da mensagem, foi solicitado o encaminhamento do convite a outros profissionais das áreas que fizessem parte da rede de contatos do convidado/participante. Esse método de coleta de dados é conhecido como bola de neve virtual⁵. Foram incluídos todos os participantes maiores de idade, médicos e enfermeiros, de ambos os sexos, de todo o território brasileiro.

O programa estatístico SPSS, versão 20.0, foi utilizado para armazenamento de dados, tabulação e geração de estatísticas descritivas; e o teste qui-quadrado de Pearson, para aferir a correlação entre as variáveis. Foi utilizado, em todos os testes, o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Ao todo, 143 profissionais responderam ao questionário deste estudo. Foram excluídas duas pessoas que não eram profissionais da medicina nem da enfermagem, resultando em 141 participantes. Suas características demográficas estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Características dos participantes da pesquisa em relação ao sexo, formação, faixa etária, tempo de atuação, área de especialidade/atuação e região do país (n=141)

| Características | n | % |
|---------------------------------|-----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 30 | 21,3 |
| Feminino | 111 | 78,7 |
| Formação | | |
| Medicina | 90 | 63,8 |
| Enfermagem | 51 | 36,2 |
| Faixa etária | | |
| 20 a 35 anos | 53 | 37,6 |
| 36 a 50 anos | 55 | 39,0 |
| 51 a 65 anos | 27 | 19,1 |
| Acima de 65 anos | 6 | 4,3 |
| Tempo de atuação | | |
| 0 a 10 anos | 61 | 43,3 |
| 11 a 20 anos | 36 | 25,5 |
| 21 a 30 anos | 23 | 16,3 |
| acima de 30 anos | 21 | 14,9 |
| Região do país | | |
| Sul | 86 | 61,0 |
| Sudeste | 33 | 23,4 |
| Centro-Oeste | 10 | 7,1 |
| Nordeste | 11 | 7,8 |
| Norte | 1 | 0,7 |
| Especialidade/atuação principal | | |
| Cuidados paliativos/UTI | 34 | 24,1 |
| Outros | 25 | 17,7 |
| Geriatria | 17 | 12,1 |
| Pediatria | 10 | 7,1 |
| Ginecologia/obstetrícia | 7 | 5,0 |
| Enfermagem | 6 | 4,3 |
| Clínica médica | 5 | 3,5 |
| Medicina de família | 5 | 3,5 |
| Medicina do trabalho | 4 | 2,8 |
| Ortopedia | 4 | 2,8 |
| Urologia | 3 | 2,1 |
| Pneumologia | 3 | 2,1 |
| Saúde pública | 3 | 2,1 |
| Anestesiologia | 2 | 1,4 |
| Hematologia | 2 | 1,4 |
| Psiquiatria | 2 | 1,4 |
| Cardiologia | 2 | 1,4 |
| Dermatologia | 2 | 1,4 |
| Urgência/emergência | 1 | 0,7 |
| Oncologia | 1 | 0,7 |
| Endocrinologia | 1 | 0,7 |

Conhecidas as características demográficas dos participantes, passou-se às questões quanto ao objeto da pesquisa, ou seja, o conhecimento e as opiniões acerca das DAV. Dentre os participantes, 115 afirmaram ter conhecimento sobre o termo DAV e 26 informaram que não conheciam; 76 relataram saber fazer ou registrar DAV e 26 não sabiam; e 133 afirmaram que acreditam que as pessoas precisam ter suas DAV.

Ainda, 90 participantes teriam interesse em redigir as próprias DAV e 124 afirmaram ter interesse em adquirir novos conhecimentos sobre o assunto. Destes, 74 afirmaram que gostariam de ter maiores conhecimentos em DAV acerca das questões legais; 29, sobre questões éticas; e 19, sobre questões clínicas.

Um resultado importante foi que 85 participantes entendem que quem deve iniciar o diálogo sobre DAV com o paciente é o médico, seguido das respostas de que o assunto deve ser iniciado pelo próprio paciente (n=23), pelo cuidador ou familiar (n=21), pelo profissional de enfermagem (n=8) e quatro responderam que deveria ser iniciado por outras pessoas não especificadas.

Em relação ao conhecimento dos profissionais sobre cuidados paliativos, 105 afirmaram ter esse conhecimento. Destes, 31 afirmaram ter iniciado a aproximação com o tema na residência médica; três, em residência multiprofissional; 27, em pós-graduação; 20, em cursos de curta duração; seis, em estágios; e 45, por meio de outras situações não elencadas. Quando questionados acerca da efetiva atuação em cuidados paliativos, 51 afirmaram que atuam, 81, que não atuam, e nove não responderam.

Os fatores relacionados ao conhecimento do termo DAV estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Fatores relacionados ao conhecimento dos participantes sobre o termo diretivas antecipadas de vontade

| Fatores de associação | Conhecimento do termo DAV | | p |
|--|---------------------------|---------|--------|
| | Sim (n) | Não (n) | |
| Atuação na região Sudeste | 33 | 0 | 0,015 |
| Conhecimento em CP | 102 | 3 | <0,001 |
| Início do contato com CP na residência médica ou pós-graduação | 27 | 0 | <0,001 |

continua...

Tabela 2. Continuação

| Fatores de associação | Conhecimento do termo DAV | | p |
|--|---------------------------|---------|--------|
| | Sim (n) | Não (n) | |
| Área de atuação principal em CP e/ou UTI | 33 | 1 | 0,001 |
| Área de atuação principal em geriatria | 17 | 0 | 0,001 |
| Conhecimento sobre a Resolução CFM 1995/2012 | 83 | 0 | <0,001 |
| Conhecimento de como se faz/registra DAV | 77 | 0 | <0,001 |
| Conhecimento de como se implementa DAV | 70 | 0 | <0,001 |
| Conhecimento de pessoas/pacientes que tem DAV | 56 | 0 | <0,001 |
| Compreensão de que o profissional da medicina deve iniciar o diálogo sobre DAV | 76 | 9 | 0,019 |

UTI: unidade de terapia intensiva; CP: cuidados paliativos; Pearson Chi-Square, significância ao nível de $p < 0,05$

Os fatores relacionados ao conhecimento de como implementar as DAV estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Fatores relacionados ao conhecimento dos participantes sobre como implementar as diretivas antecipadas de vontade (DAV) de um paciente

| Fatores de associação | Conhecimento sobre como implementar DAV | | p |
|--|---|---------|--------|
| | Sim (n) | Não (n) | |
| Atuação na região Sudeste | 25 | 8 | 0,018 |
| Conhecimento em CP | 67 | 33 | <0,001 |
| Início do contato com CP na residência médica ou pós-graduação | 22 | 4 | <0,001 |
| Área de atuação principal em CP e/ou UTI | 25 | 9 | <0,001 |
| Área de atuação principal em Geriatria | 17 | 0 | <0,001 |
| Conhecimento sobre a Resolução CFM 1995/2012 | 66 | 13 | <0,001 |
| Conhece como se faz e registra DAV | 65 | 7 | <0,001 |
| Conhecimento de pessoas/pacientes que tem DAV | 48 | 6 | <0,001 |
| Compreensão de que o profissional da medicina deve iniciar o diálogo sobre DAV | 50 | 30 | 0,019 |

UTI: unidade de terapia intensiva; CP: cuidados paliativos; Pearson qui-quadrado, significância ao nível de $p < 0,05$

O receio dos participantes na implementação das DAV esteve associado de maneira negativa a: conhecimento em cuidados paliativos ($p=0,011$); início do contato com cuidados paliativos na residência médica ($p=0,001$); atuação principal em cuidados paliativos/terapia intensiva ($p < 0,001$); residir na região Sudeste ($p=0,001$); e conhecimento da Resolução CFM 1995/2012 ($p < 0,001$). Encontrou-se também diferença estatisticamente significativa, com número reduzido de participantes, entre os profissionais com mais de 65 anos de idade, quando perguntados se conhecem alguém que tem a declaração das diretrizes antecipadas de vontade: dentro do universo de seis pessoas nessa faixa etária, cinco responderam de forma afirmativa ($p=0,049$).

Quando se analisam os resultados conforme a região do país, percebe-se associação de profissionais da região Sudeste a: conhecimento de DAV ($p=0,15$); conhecimento sobre o processo de elaboração e de registro de DAV ($p=0,12$); conhecimento de outras pessoas que têm a declaração de diretrizes antecipadas de vontade ($p=0,10$); e conhecimento da Resolução CFM 1995/2012 ($p=0,001$). Os profissionais da região Sudeste foram os que atribuíram ao médico a responsabilidade de iniciar a conversa sobre DAV ($p=0,001$). Na região Sul, essa responsabilidade foi atribuída aos familiares/cuidadores ($p=0,001$).

Ao analisar os resultados, constatou-se que a maioria dos profissionais conhecia as DAV (82% dos participantes) e relataram que sabiam como aplicá-las (54%). Foi notável o conhecimento de que as DAV são direito do paciente e que deveriam ser respeitadas.

Verificou-se, por fim, que características dos participantes como idade e tempo de formação não mostraram correlação com o conhecimento acerca do assunto.

Discussão

Os avanços tecnológicos na área da saúde propiciam um prolongamento da vida, porém, cada vez mais, tem-se debatido até onde os pacientes em final de vida teriam direito de impedir o uso das novas técnicas, muitas vezes com muito sofrimento sob os aspectos físicos, psicológicos e emocionais, tanto do paciente, quanto de sua família.

Nesse contexto, torna-se imperiosa a discussão de formas de preservar a autonomia e a dignidade do paciente em fim de vida diante do processo de cuidados em saúde⁶.

A questão das DAV explicita parte da autogestão, ou seja, as instruções prévias apresentam a antecipação das vontades das pessoas, deixando claros os limites terapêuticos que devem ser empreendidos no caso de a pessoa não poder mais expressá-los em algum momento de sua vida. As DAV não tratam apenas de desejos de fim de vida, mas são também entendidas como manifestações de vontade prévia que terão efeito quando o paciente não conseguir fazê-las livre e autonomamente. As DAV envolvem seis espécies: testamento vital, mandato duradouro, ordens de não reanimação, diretivas antecipadas psiquiátricas, diretivas para demência e plano de parto⁷. Entretanto, como já mencionado, neste artigo, é utilizada a expressão DAV para o que se compreende como testamento vital de acordo com a perspectiva de Dadalto¹. Sob esse aspecto, as DAV propiciam ao paciente o respeito à possibilidade de ter acolhida e respeitada sua vontade em seus momentos finais.

Honrar a autodeterminação da pessoa enferma é dar-lhe a chance não de exercer o direito à morte, mas de contemplar-se com dignidade quando seu fim está próximo⁸. Diante desse cenário, o ator principal é o paciente, que, no uso da sua liberdade de dispor de seu bem-estar, escolhe a suspensão dos tratamentos que somente prolongam seu sofrimento.

No contexto brasileiro, o entendimento de que a aplicação das DAV ocorre principalmente no fim de vida justifica a associação do conhecimento em cuidados paliativos ao conhecimento sobre as DAV, estatisticamente significativa neste estudo. O respeito à vontade do paciente, a suas determinações e anseios, inclui reconhecer e responder às necessidades do paciente e dos familiares com uma visão ampla e transdisciplinar. Reconhecem-se as conquistas da tecnologia médica, porém realiza-se uma transição gradual e equilibrada entre tentativas legítimas de manter a vida, quando há chances reais de recuperação, e a abordagem paliativa, do controle de sintomas, sem nunca desconsiderar a dimensão da finitude humana⁹.

Os cuidados paliativos são conhecimentos que, no caso da maioria dos participantes, foram adquiridos após a formação acadêmica tradicional

(graduação), durante a residência médica ou multidisciplinar, cursos de pós-graduação e cursos diversos. Embora ainda haja pouca oferta nas instituições hospitalares e, conseqüentemente, pouco acesso da população a esses cuidados, nota-se que está crescendo o número de profissionais de saúde especializados, bem como o interesse da mídia e da sociedade a respeito desse assunto¹⁰.

O conhecimento em cuidados paliativos mostra-se como diferencial. Em análise de respostas por região do país, foram encontrados resultados extremamente relevantes e interessantes para serem discutidos, como aqueles apresentados por profissionais do Sudeste, já mencionados. Deve-se considerar que, nessa região, existe o maior número de cursos de pós-graduação em cuidados paliativos no país, extensível à equipe multidisciplinar. Tal fato leva a crer que esses profissionais têm mais conhecimentos sobre cuidados paliativos e melhores condições para conversar sobre as DAV com os pacientes, além de conhecerem melhor o tema.

Mas se aqueles que atuam com cuidados paliativos conseguem aplicar de forma adequada as DAV dos pacientes, o que falta para os demais? É provável que lhes falte amparo teórico, visto que esse embasamento surge após a graduação, com a busca de qualificação acerca do assunto. É necessário responsabilizar as instituições de ensino superior e os profissionais pelo aprendizado e atualização, assim como as entidades reguladoras e fiscalizadoras, como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por divulgarem a regulação da prática. Na prática assistencial da saúde, é relevante que haja amparo bioético para a tomada de decisões dos profissionais junto aos pacientes. Os conhecimentos em cuidados paliativos são imprescindíveis para a assistência em fim de vida.

Com relação a esse conhecimento acerca das DAV, esta pesquisa encontrou resultado expressivo e relevante quanto à formação em enfermagem, que tem associação significativa ao conhecimento sobre como fazer as DAV. Visto que o respeito às DAV é, de forma expressa, reconhecido no código de ética da categoria¹¹, esse dispositivo proporciona amparo ao paciente que tem a declaração das DAV diante das questões éticas dos profissionais da enfermagem quanto ao assunto, estabelecendo uma situação de certeza em relação à vontade esboçada pelo paciente.

Profissionais de enfermagem, ao atuarem na linha de frente do atendimento e em contato constante com os pacientes, têm uma visão do indivíduo que ultrapassa a relação por vezes superficial e meramente profissional. Assim, a convivência mais próxima contribui para aprofundar o relacionamento interpessoal, propiciando um conhecimento integral do paciente, seu histórico de vida, anseios e medos e, com o amparo na norma ética, trazendo a certeza necessária para a aplicação das DAV.

Ademais, os profissionais da enfermagem têm maior liberdade para perguntar acerca da existência das DAV. Por essa razão, é importante inserir as discussões sobre o assunto no processo formativo desses profissionais, desenvolvendo ainda estudos que abordem o tema e trazendo a bioética como amparo para a prática assistencial na saúde, especialmente no momento de decisão do paciente.

Por outro lado, causou surpresa o fato de que muitos participantes médicos desconheciam a Resolução CFM 1.995/2012, que trata das DAV. A respectiva resolução destaca em seu artigo 2º, parágrafo 5º, que, não sendo conhecidas as DAV do paciente nem havendo representante designado ou familiares disponíveis – ou, ainda, em caso de falta de consenso entre estes –, o médico deverá recorrer ao comitê de bioética da instituição e, na ausência deste, à comissão de ética médica do Conselho Regional de Medicina ou do CFM³.

Assim, se a norma deontológica aplicável aos médicos é clara em informar acerca das DAV, o desconhecimento da referida norma pelos médicos pode gerar dificuldades em sua aplicação. O conhecimento da Resolução CFM 1.995/2012 apresentou resultado de significância no sentido de não existir receio em aplicar as DAV.

Se há respaldo nas normas éticas para os profissionais de medicina quanto à adoção de medidas na ausência das DAV, deveria haver mais tranquilidade em relação a sua aceitação nos casos em que o paciente tem a declaração das DAV. A resolução de aplicação inequívoca aos médicos esclarece de forma muito abrangente a questão das DAV ou da ausência delas, mas não é de conhecimento geral dos médicos. Apesar do número expressivo do total de médicos que alegaram conhecer a resolução, alerta-se para o fato de que, sendo a

resolução em questão norma deontológica aplicável aos médicos, haveria a necessidade de que todos esses profissionais a conhecessem.

A Resolução CFM 1.995/2012 ainda estabelece, no parágrafo 4º do artigo 2º, que o *médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente*¹², o que parece ir ao encontro com o papel que o médico tem nas DAV nos demais países, e mais, com a função desse profissional⁸.

Ainda, deve ser considerado que, atualmente, *opera-se um empoderamento do paciente que, consciente de seus direitos, exige o seu direito de receber informações completas e claras sobre o seu quadro de saúde, a fim de poder participar do processo de tomada de decisões sobre os procedimentos a se adotar*¹³. Nesse sentido, o princípio da autonomia do paciente ganha destaque¹⁴. Surge, portanto, a necessidade de busca de elementos na bioética, dentro da chamada bioética de deliberação, que ajudem a entender o processo de exposição e implementação das DAV.

Entende-se por deliberação de conflitos éticos a ponderação entre valores e deveres presentes no fato. Seu escopo é dirimir o conflito moral, por meio da dialética entre os envolvidos, alcançando uma solução ponderada e prudente. Para tanto, não se objetiva uma solução ideal, mas razoável, com uma visão crítica distanciada da visão idealista ou utilitarista¹⁵. A deliberação não é afeita à abstração; faz a análise do problema prático, valora prudentemente as condutas, mas não trata os conflitos éticos como dilemas, que devam ser estatisticamente analisados, aferindo-se matematicamente os prós e contras de cada argumento¹⁶.

A partir da perspectiva de que, na prática assistencial da saúde, se faz necessária a proximidade para que haja confiança entre os envolvidos, a deliberação constitui um itinerário sistematizado e contextualizado para análise dos acontecimentos em uma empreitada hermenêutica, em uma interpretação dos eventos no conjunto da vida e como parte desta¹⁵. A responsabilidade ética precede inclusive as condições de escolha. Para tanto, o profissional de saúde, enquanto destinatário das DAV, foi eleito pelo paciente como receptor de suas vontades, devendo se responsabilizar por ele e fazer cumprir suas decisões quando o indivíduo já não puder exprimir sua vontade.

A deliberação concebida em respeito aos direitos humanos, que valorize a liberdade, a igualdade e a solidariedade crítica, e que negue a intolerância, significa uma ética alicerçada na competência deliberativa como meio de lidar com conflitos morais¹⁶.

Assim, as DAV são, entre várias das questões bioéticas do cotidiano do trabalho em saúde, uma das situações na relação profissional-paciente que busca qualidade de vida relacionada ao atendimento na atenção à saúde. Uma possibilidade de mudança de postura do profissional, no sentido de uma deliberação a partir de uma convivência coletiva, parece passar pela configuração de uma nova excelência profissional que englobe a solidariedade crítica e o comprometimento com o outro em novas formas (conselhos, comitês e equipes de saúde), rompendo o antigo paradigma hipocrático, separatismos de classe e interesses privados sobrepostos aos públicos¹⁷.

Mais uma vez, demonstra-se que o amparo bioético pode auxiliar os profissionais a atuarem em questões delicadas, como é o caso da aceitação e implementação de DAV, visto que esse amparo desmistifica questões como possibilidade de questionamento de ordem ética, moral ou judicial futuros, que, muitas vezes, são óbices à sua aplicação.

Quando se verifica, no resultado da pesquisa, que a maioria dos profissionais entende que quem deve iniciar a conversa acerca do assunto é o médico, mais uma vez se volta para a questão basilar da discussão acerca do processo deliberativo em bioética e da formação dos médicos acerca do tema DAV. Há necessidade de, nestes casos, abandonar o modelo tradicional de medicina paternalista e abraçar a nova realidade em que o paciente é uma pessoa autônoma, capaz de tomar suas próprias decisões, sendo assistido pelos profissionais de saúde, e jamais induzido ou convencido a adotar um modelo de tratamento.

A deliberação, ao antecipar e projetar uma ação, possibilita a adaptação humana e sua sobrevivência como espécie, mas significa, além de uma simples adaptação ao meio natural, uma responsabilidade, tendo em vista a consequência dessas ações, o que eleva os humanos a seres morais. Ao transformar a natureza por meio do trabalho, dá-se origem ao mundo da cultura. Assim, *a deliberação não se pauta somente no egoísmo biológico como gerador do egoísmo moral, mas também no altruísmo, que considera em favor da espécie*¹⁸.

Outra constatação é que um número pequeno declarou conhecer pessoas que já têm as DAV, o que era esperado, considerando que o assunto não é amplamente divulgado e é desconhecido por grande parcela da população. Entretanto, há associação entre o conhecimento de pessoas que têm as DAV e a faixa etária dos participantes (idade superior a 65 anos). A situação pode ter relevância pelo fato de que profissionais mais velhos tendem a ter visto muito mais casos de morte em suas vidas profissionais e a compreendam com maior naturalidade. Ainda é possível que conheçam mais pessoas, talvez por questões de idade, que já tenham manifestado as suas intenções quanto ao fim da vida.

Constata-se que um número reduzido de participantes tem receio de aplicar as DAV, mas as questões que os levaram a se manifestar nesse sentido chamam atenção. Nesse grupo, a maioria tem receio de aplicar as DAV por questões legais, provavelmente porque o desconhecimento sobre o assunto, a falta de uma norma específica e a ausência de amparo bioético causam preocupações em relação à legalidade da decisão do paciente e, conseqüentemente, medo de processos judiciais.

Para esse grupo, a bioética pode auxiliar no amparo relacionado ao itinerário deliberativo, analisando o fato dentro do contexto do paciente e inserindo o sujeito na tomada de decisão, de forma esclarecida, após discussão com os profissionais que o assistem quanto aos prognósticos e às formas de tratamento. Dessa forma, ao final, entende-se que a decisão em relação às DAV foi tomada de forma consciente, não havendo motivo para o profissional ter dúvidas quanto à validade e/ou legalidade de sua escolha.

Outra constatação importante, encontrada na pesquisa, foi o fato de que a maioria dos participantes conhece cuidados paliativos, mas, quando se fala em aplicar as DAV, o número cai expressivamente. Isso demonstra que, embora profissionais de medicina e enfermagem conheçam o assunto e busquem qualificação a respeito, eles ainda não sabem como aplicar as DAV quando existentes.

Essa constatação inicia a resposta à pergunta problema do estudo: apesar de a maior parte dos participantes ter conhecimentos sobre cuidados paliativos, não é a maioria que sabe como respeitar as informações contidas nas DAV nas tomadas de decisões. Entre os que conhecem as diretrizes antecipadas de vontade, a maioria não tem receio

de aplicá-las. Ainda, um resultado extremamente positivo foi que a maior parte dos participantes manifestou interesse em adquirir novos conhecimentos sobre o tema, com aqueles relacionados a questões legais sendo considerados mais importantes, seguidos por questões éticas e clínicas.

Os resultados demonstram que a implementação das DAV no Brasil está progredindo. No entanto, a falta de regulamentação e a ausência de formação de base acerca de conceitos bioéticos representam os principais receios indicados pelos profissionais.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira delas é a restrição da pesquisa a profissionais de medicina e enfermagem, ou seja, os resultados obtidos partem exclusivamente da visão desses profissionais, e não das equipes multidisciplinares como um todo.

A segunda limitação reside no fato de que o embasamento normativo se deu nas normas deontológicas acerca do assunto DAV – as resoluções do CFM e do Cofen –, que, embora haja críticas em relação a elas, são os elementos normativos disponíveis para embasamento jurídico do tema. É importante destacar que o uso dessas normativas como embasamento foi uma escolha para este estudo justamente porque o público-alvo da pesquisa se constituía de médicos e enfermeiros e, assim, a Resolução CFM 1.995/2012 faz sentido para os participantes.

A terceira se relaciona à restrição do estudo em discutir apenas as DAV para fim de vida, o chamado testamento vital⁷. Essa escolha se deu em razão de ser necessário estabelecer uma meta específica para a busca de percepção dos profissionais sobre as DAV dentro do contexto de fim de vida de pacientes com doenças consideradas incuráveis e avançadas.

A quarta limitação se refere aos profissionais participantes da pesquisa, que, por identificação com o tema, em sua maioria, tinham alguma formação

em cuidados paliativos. Isso pode, de certa forma, ter contribuído para um resultado que faz sentido no desenvolvimento do trabalho e dos conceitos dentro deste universo, mas que pode não representar a realidade geral da prática assistencial à saúde, se for considerado um grupo de profissionais que não atuam com cuidados paliativos.

Por fim, as restrições impostas pela pandemia de covid-19 e a decorrente sobrecarga dos profissionais impediram a participação de um número maior de pessoas para aprofundar a investigação sobre as potenciais contribuições da bioética para a implementação das DAV.

Considerações finais

Neste estudo, foi observado que o conhecimento sobre as DAV é realidade para a maioria dos participantes e que esteve diretamente ligado ao conhecimento em cuidados paliativos. Profissionais de enfermagem mostraram maior aceitação quanto à aplicação das DAV do que aqueles da medicina. À medida que têm mais conhecimentos sobre cuidados paliativos, os profissionais apresentam maior facilidade em aceitar a implementação das DAV.

A pesquisa confirmou a hipótese de que o conhecimento sobre as questões éticas, clínicas e legais por parte de profissionais da medicina e da enfermagem é essencial para a implementação das DAV, podendo ser facilitada pelo conhecimento em bioética. Dessa forma, a ampliação da educação em bioética, especificamente na bioética de deliberação, trará aos profissionais de saúde amparo para a aplicação das DAV de forma ampla e com segurança quanto à correção do procedimento adotado.

Portanto, os conhecimentos em bioética e em cuidados paliativos, como parte da formação dos profissionais de saúde desde a graduação, poderão oferecer subsídios teóricos para dirimir conflitos de interesses e valores, trazendo, assim, amparo na prática assistencial à saúde e, conseqüentemente, na aplicação das DAV dos pacientes.

Referências

1. Dadalto L. Testamento vital. 4ª ed. Indaiatuba: Foco; 2018.
2. Perestrelo M, Caldas JMC. Instrumentos de análise para utilização no método dos cenários: II – Estratégia de actores. Lisboa: Dinâmia – Centro de Estudos sobre a Mudança Socioeconómica; 2000.

3. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 170, p. 269-70, 31 ago 2012 [acesso 1 abr 2020]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3CHwHfR>
4. Dadalto L. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). Rev Bioét Derecho [Internet]. 2013 [acesso 6 fev 2022];(28):61-71. DOI: 10.4321/S1886-58872013000200006
5. Costa BRL. Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. Revista Interdisciplinar de Gestão Social [Internet]. 2018 [acesso 6 fev 2022];7(1):15-37. Disponível: <https://bit.ly/3wkoelt>
6. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. Rev bioét (Impr.) [Internet]. 2014 [acesso 6 fev 2022];22(1):94-104. Disponível: <https://bit.ly/3Ah8ZEj>
7. Dadalto L. Testamento vital. 5ª ed. Indaiatuba: Foco; 2019.
8. Corradi-Perini C, Pessini L, Souza W, organizadores. Bioética, humanização e fim de vida: novos olhares. Curitiba: CRV; 2018. (Série Bioética; vol. 8).
9. Bertachini L, Pessini L. Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Paulinas; 2011. Capítulo 1, Conhecendo o que são cuidados paliativos: conceitos fundamentais; p. 19-55.
10. Dadalto L. Cuidados paliativos aspectos jurídicos. Indaiatuba: Foco; 2021.
11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 233, p. 157, 6 dez 2017 [acesso 6 fev 2022]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3Aaeg04>
12. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. p. 270.
13. Dadalto L. Op. cit. 2021. p. 61
14. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
15. Zoboli E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2013 [acesso 6 fev 2022];21(3):389-96. Disponível: <https://bit.ly/3pG5aDK>
16. Garcia D. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. Med Health Care Philos [Internet]. 2001 [acesso 6 fev 2022];4:223-32. DOI: 10.1023/a:1011445128427
17. Zoboli E. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. Bioethikos [Internet]. 2012 [acesso 29 jul 2021];6(1):49-57. Disponível: <https://bit.ly/3pC9pA3>
18. Gracia D. Fundamentos de bioética. 2ª ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2007. p. 37

Andréa Ricetti Bueno Fusculim – Graduada – andreausculim@gmail.com

 0000-0002-0295-4583

Úrsula Bueno do Prado Guirro – Doutora – ursula@ufpr.br

 0000-0003-4879-3057

Waldir Souza – Doutor – waldir.souza@pucpr.br

 0000-0002-4332-2822

Carla Corradi-Perini – Doutora – carla.corradi@pucpr.br

 0000-0002-9340-8704

Correspondência

Carla Corradi-Perini - Rua Imaculada Conceição, 1155, Prado Velho 80215-901. Curitiba/PR, Brasil.

Participação dos autores

Andréa Ricetti Bueno Fusculim, Úrsula Bueno do Prado Guirro e Carla Corradi-Perini conceberam e conduziram a pesquisa. Andréa Ricetti Bueno Fusculim redigiu o manuscrito. Todos os autores participaram da análise e interpretação dos dados, realizaram a revisão do manuscrito e aprovaram a versão a ser publicada.

Recebido: 17.3.2022

Revisado: 11.8.2022

Aprovado: 17.8.2022