

Planejamento antecipado de decisões em saúde mental: análise bioética

Sergio Ramos Pozón¹, Bernabé Robles del Olmo², Carlos Solís Bernal³, Begoña Román Maestre¹

1. Universitat de Barcelona, Barcelona, España. 2. Universitat de Vic, Cataluña, España. 3. Centro de Salut Mental Ciutat Vella, Ciutat Vella, Barcelona, España.

Resumo

Os estudos sobre planejamento antecipado de decisões são frequentes no âmbito da saúde e, cada vez mais, no campo da saúde mental. Como parte de uma abordagem proativa e ética para a tomada de decisões, é uma ferramenta ideal para fornecer um cuidado digno e respeito ao indivíduo e seu entorno. Este artigo apresenta uma abordagem ética sólida que fundamenta e reivindica tal prática. Para tanto, realiza-se análise rigorosa dos benefícios éticos e assistenciais, destacando as barreiras que dificultam sua incorporação e refletindo sobre a necessidade de mais pesquisas para superar essas barreiras a fim de proporcionar um cuidado mais humanizado a pacientes com transtornos mentais. Além disso, propõem-se recomendações aos profissionais de saúde envolvidos no cuidado de tais pessoas para implementar esse tipo de relação assistencial.

Palavras-chave: Diretivas antecipadas. Saúde mental. Bioética. Autonomia.

Resumen

Planificación de decisiones anticipadas en salud mental: análisis bioético

La investigación sobre la planificación de decisiones anticipadas es una constante en el contexto sanitario y, cada vez más, en el ámbito de la salud mental. Como parte de un enfoque proactivo y ético hacia la toma de decisiones, constituye una herramienta idónea para proporcionar un cuidado digno y respeto por la persona y su entorno. Este artículo expone un marco ético sólido que fundamenta y reivindica esta práctica. Se lleva a cabo un análisis riguroso de los beneficios éticos y asistenciales, también se muestra las barreras que dificultan su incorporación y se reflexiona sobre la necesidad de haber más investigación para superar dichas barreras y lograr una atención más humanizada a los pacientes con trastornos mentales. Además, se proponen recomendaciones a los profesionales sanitarios que se dedican al cuidado de estas personas para poder implementar este tipo de relación asistencial.

Palabras clave: Directivas anticipadas. Salud mental. Bioética. Autonomía.

Abstract

Advance planning of decisions in mental health: bioethical analysis

Studies on advance planning of decisions are frequent in the health field and growing in the mental health field. As part of a proactive and ethical approach to decision-making, it is an ideal tool for providing dignified care and respect for the individual and their surroundings. This article presents a solid ethical approach that substantiates and vindicates such practices. To this end, a rigorous analysis of the ethical and care benefits is carried out, highlighting the barriers that hinder their incorporation and reflecting on the need for more research to overcome these barriers to provide more humanized care for patients with mental disorders. Furthermore, recommendations are proposed for healthcare professionals involved in the care of such people to implement this type of care relationship.

Keywords: Advance directives. Mental health. Bioethics. Autonomy.

Declararam não haver conflito de interesses.

O respeito pelos pacientes e por suas decisões no âmbito da saúde é um dos pilares fundamentais do sistema de saúde. Nesse sentido, as decisões informadas, que assumem a forma de consentimento informado, são essenciais no atual paradigma de relacionamento em saúde. Esse consentimento também pode ser dado antecipadamente por meio das diretivas antecipadas de vontade (DAV) e/ou do planejamento antecipado de decisões (PAD) – embora falemos cada vez mais sobre planejamento de cuidados compartilhados¹.

Na Espanha, as DAV são definidas pela Lei 41/2002 como um documento no qual o indivíduo *manifesta antecipadamente sua vontade, para que esta seja respeitada quando deparar com situações em que não seja capaz de expressá-la pessoalmente, sobre os cuidados e o tratamento de sua saúde ou, uma vez chegada a morte, sobre o destino de seu corpo ou de seus órgãos*². Além disso, é possível nomear um representante para verificar se as instruções prévias estão sendo respeitadas.

O PAD é um processo deliberativo, voluntário e estruturado por meio do qual uma pessoa capaz ou assistida por seu tutor/representante expressa seus valores e preferências e, de acordo com eles e em colaboração com sua equipe assistencial (e com o seu entorno relacional se assim o desejar), formula e planeja os cuidados sociais e de saúde que gostaria de receber em ocasiões em que não esteja em condições de decidir. Esse processo comunicativo e deliberativo deve ser formalizado num documento denominado “PIIC” (plano individual e integrado de cuidados), que deve fazer parte de sua história clínica.

No âmbito da saúde mental, na Espanha não há conhecimento suficiente sobre o PAD, talvez devido às barreiras a sua introdução no campo da saúde, razão pela qual é necessário formular propostas para introduzi-lo e reivindicá-lo no entorno social e de saúde³. É preciso avaliar melhor todo o processo assistencial gerado pelo PAD, pois ele contribui para decisões mais responsáveis e para uma assistência mais próxima e acolhedora, promovendo uma cultura de cuidados dignos.

Além disso, com o PAD aumentam as oportunidades de participação de pacientes com competência limitada (com os suportes apropriados), e eles situam melhor suas decisões no contexto clínico real, e não hipotético,

para que possam registrar decisões antecipadas com mais qualidade. No entanto, a ajuda profissional, o aconselhamento e a assessoria clínica também podem ajudar a tomar decisões mais informadas e com embasamento científico. De qualquer forma, considera-se que de um bom PAD podem surgir boas DAV para apoiar ainda mais os desejos e as preferências do paciente.

Nos últimos anos, diversos estudos constataram a aplicabilidade do PAD em pacientes com câncer⁴, demências⁵, deficiência intelectual⁶, transtornos mentais graves, como esquizofrenia ou transtorno bipolar⁷ ou naqueles com comportamento suicida⁸, entre outros.

Em relação às DAV em saúde mental, pacientes psiquiátricos preferem alternativas à internação, como receber atendimento profissional domiciliário⁹; e o aspecto mais frequente nas escolhas terapêuticas são as rejeições e/ou escolhas de tratamentos farmacológicos específicos ou mesmo negativas específicas a terapias eletroconvulsivas^{10,11}. Assim, antecipar decisões lhes permitiria expressar preferências sobre visitas durante a internação, formular exigências específicas sobre a alimentação e indicar uma pessoa para cuidar de seus familiares e animais de estimação⁹.

Dado que o PAD pode desempenhar papel crucial no estabelecimento de uma relação assistencial de um cuidado digno para esses pacientes, este artigo pretende apresentar um marco ético para apoiar e justificar este tipo de processo de tomada de decisões, bem como uma análise dos benefícios éticos e assistenciais que derivam de sua instauração no âmbito da saúde mental. Por fim, e com base em nossa experiência profissional na aplicação do PAD em pacientes com doenças mentais, são propostas recomendações a profissionais que se dedicam ao cuidado dessa população.

Fundamentação ética do PAD em saúde mental

Profissionais de saúde podem reconhecer episódios de elevada vulnerabilidade de pacientes com doenças mentais, como episódios psicóticos, fases depressivas, estados maníacos, tratamentos farmacológicos que não foram bem tolerados, experiências negativas nos centros de saúde etc.,

em que esses pacientes não estarão em condições de decidir em plenitude. Diante desse cenário, é aconselhável antecipar-se, sem precipitar-se, para proporcionar um cuidado respeitoso com a pessoa, sua família (se o paciente assim o desejar) e seus valores – um processo que contempla aspectos éticos essenciais.

Cuidar de uma pessoa significa reconhecer que ela se encontra em condições de maior vulnerabilidade, pois a vulnerabilidade é característica inerente a todos os seres humanos¹². No entanto, assume diferentes formas e dimensões, influenciadas por fatores econômicos, socioculturais, políticos, regionais, educacionais, intelectuais e físicos¹³. É preciso realçar que nem todas as pessoas com problemas de saúde mental são vulneráveis da mesma forma ou no mesmo grau, razão pela qual é preciso avaliar, individualmente, o tipo e a intensidade dos cuidados para cada caso.

A vulnerabilidade tem impacto direto na autonomia das pessoas. O princípio da autonomia costuma ser analisado a partir de uma concepção liberal, baseada no fato de que cada indivíduo toma decisões graças a seus princípios, valores e preferências; no entanto, existe outra perspectiva, a autonomia relacional, que reconhece que as decisões das pessoas são influenciadas pelas relações interpessoais e familiares. Essa perspectiva enfatiza que nossa identidade, valores e preferências estão num contexto específico em que interagem múltiplas pessoas.

O PAD está associado antes à autonomia relacional do que à autonomia liberal. No âmbito da saúde mental, a perspectiva da autonomia nos permite considerar de forma abrangente a história de vida de cada indivíduo no seu contexto particular e num determinado momento, levando em consideração as diversas esferas que compõem sua vida. Os cuidados prestados a pacientes devem ser individualizados e focados em seus valores e preferências, bem como detectar intervenções médicas indesejadas ou que possam ser prejudiciais para seu bem-estar.

Assim, se essas decisões forem antecipadas, é possível minimizar os riscos e aumentar os benefícios. No processo do PAD, moldam-se, adaptam-se e avaliam-se situações que realmente trazem benefícios ou danos¹⁴.

Ao pesarem os danos e os benefícios em suas decisões autônomas, as pessoas procuram

realmente alcançar o bem-estar, bem como viver de forma autônoma, ter relações pessoais significativas, realizações pessoais, entendimento, enriquecimento estético, funcionamento físico e mental e prazer¹⁵. Para isso, é essencial o diálogo entre o paciente e os profissionais para garantir que as decisões do paciente sejam consistentes com seus valores, desejos e interesses. Assim, promove-se o respeito pela dignidade e autonomia das pessoas rumo a uma vida digna.

Kant¹⁶ sustenta que as pessoas não são meros objetos, mas sujeitos de direitos. As pessoas têm dignidade, uma qualidade inerente a todos os seres humanos. Manuel Atienza¹⁷ sustenta que o cerne desse princípio reside no direito e na obrigação de cada indivíduo de desenvolver-se como pessoa e, ao mesmo tempo, na obrigação dos outros de contribuir para seu livre (e igualitário) desenvolvimento. A dignidade, afirma Atienza, *consiste em tratar a todos com a mesma consideração e respeito*¹⁷.

Essa abordagem exige a não discriminação e o respeito pela liberdade dos indivíduos, garantindo assim um ambiente de não interferência. Coincide com a tese de Adela Cortina¹⁸ de que a dignidade não consiste apenas em não instrumentalizar ou prejudicar as pessoas, mas também exige empoderá-las para que possam realizar seus projetos de autorrealização, seus projetos de vida, desde que não prejudiquem outras pessoas. E é isso que o PAD pretende: estimular o paciente a desenvolver-se como pessoa para que possa exercer sua autonomia e decidir sobre seu corpo e sua trajetória de vida.

Nessa reivindicação da dignidade, articula-se o princípio do reconhecimento. A teoria do reconhecimento de Axel Honneth¹⁹ propôs formas de valorizar e apreciar a dignidade e o status igualitário das pessoas. Honneth divide o reconhecimento em três esferas: a do amor, a do direito e a do reconhecimento social.

A primeira se refere às relações pessoais íntimas (família e amigos próximos), as quais se baseiam na necessidade de afeto e cuidado, estabelecendo a base para o desenvolvimento de uma autoconfiança sólida.

A esfera do direito faz alusão aos direitos e obrigações dos cidadãos e às normas jurídicas da sociedade, que procuram garantir o

reconhecimento igualitário perante a lei, independentemente das relações pessoais; dessa forma, são lançadas as bases do respeito próprio.

A esfera do reconhecimento social envolve o valor que uma pessoa tem para uma comunidade; nela são valorizadas as qualidades pessoais que contribuem para os objetivos e valores sociais de uma comunidade específica com a qual se compartilham projetos, promovendo a solidariedade e o bem-estar individual; é assim que se estabelecem as bases da autoestima.

No PAD há um desejo de reconhecimento para que os pacientes possam exercer livremente seus direitos, e se constata um verdadeiro interesse para que seu projeto de vida, seu bem-estar e sua autonomia sejam respeitados e promovidos, além de incentivá-los a serem considerados como agentes morais capazes de participar ativamente na tomada de decisões.

O PAD permite que a família ou os chegados também participem. E isso é reflexo de uma verdadeira cultura de cuidados comprometida com todos os afetados pela decisão e com a tomada de decisões consensuais sobre questões sociais e de saúde.

Joan Tronto²⁰ considera que o cuidado (claramente relacional) tem uma série de dimensões:

- *caring about*, em que o processo realmente começa, interessando-se por uma situação;
- *caring for*, em que alguém deve cuidar dessa situação e assumir a responsabilidade;
- *care giving*, em que é realizada uma atividade específica para satisfazer a necessidade detectada e que exige competências por parte de quem exerce o cuidado;
- *care receiving*, o espaço ideal onde se incluem aqueles que são cuidados;
- *caring with*, que se refere ao contexto em que cuidador e cuidado confiam um no outro, criando um reconhecimento recíproco e consciente da vulnerabilidade e da interdependência.

Para Jürgen Habermas²¹, decisões políticas e jurídicas justas devem passar por um processo dialógico e deliberativo entre os cidadãos afetados. Isso implica incluir todos os afetados na tomada de decisões, mesmo aqueles com capacidade interlocutória comprometida, dando-lhes a oportunidade de expressar/justificar seus pontos de vista mediante decisões consensuais. É necessário

um compromisso por parte dos interlocutores para respeitar as pessoas, seus modos de vida, seus direitos e para escutar diferentes visões e manter o reconhecimento cordial dos outros¹⁸.

Esse reconhecimento cordial é outra das vantagens que o PAD proporciona, pois se nutre de tomada de decisões ao pactuar as decisões graças a diálogos entre o paciente, os profissionais de saúde e os entornos familiar e comunitário.

Existem fundamentos éticos suficientes para justificar a introdução do PAD no âmbito da saúde mental. Todos se baseiam na necessidade de prestar um cuidado mais digno a essas pessoas. Não somente há razões éticas para justificar sua necessidade, mas também são encontrados benefícios éticos e assistenciais.

Benefícios éticos e assistenciais do PAD

Nas últimas décadas, houve um incremento da pesquisa sobre o planejamento de decisões (tanto o PAD quanto as DAV) no âmbito da saúde mental. Vários estudos chegaram à conclusão de que há uma melhoria substancial nos aspectos clínicos, assistenciais e éticos^{10,22-24}.

Um estudo revelou que os pacientes que completaram as DAV se sentiram mais protegidos e satisfeitos, pois, em vez de dependerem exclusivamente da equipe médica, poderiam tomar decisões em situações de vulnerabilidade²⁵. Outro estudo constatou que respeitar a vontade do paciente reduz a sensação de involuntariedade no tratamento e facilita sua colaboração no processo²⁶. Em contrapartida, quando a autonomia do paciente na tomada de decisões não é respeitada, ele vivencia sentimentos de exclusão e injustiça, o que poderia reduzir a adesão ao tratamento recomendado^{10,27-29}.

A escolha do tratamento e o conhecimento de suas contraindicações e da importância de seu acompanhamento aumentam a adesão terapêutica e, portanto, reduzem a probabilidade de recidiva. Assim, ajudar a decidir e respeitar a decisão do paciente pode ter efeitos positivos em seu bem-estar e saúde^{30,31}.

O PAD também poderia melhorar a continuidade dos cuidados e os resultados de melhoria

da saúde a longo prazo. Evidenciou-se ainda que, ao promover esse tipo de relação assistencial, é possível evitar internações involuntárias e reduzir o risco de problemas com o sistema de justiça penal³².

Não existe na Espanha uma análise sistemática dessa questão, o que se traduz num desconhecimento entre profissionais e pacientes³³. Se realmente for desejado um modelo centrado nas pessoas para criar uma cultura de cuidados a esses pacientes e seus familiares é preciso divulgar essa temática entre os profissionais da saúde. Para isso, é crucial detectar barreiras que podem dificultar sua aplicação.

Barreiras

A literatura tem evidenciado diversas barreiras que dificultam a tomada de decisões antecipadas dos pacientes sobre sua saúde³⁴. Existem barreiras entre os profissionais, como preocupações sobre as responsabilidades legais devido ao cumprimento ou não das preferências do paciente, falta de recursos e tempo e a pouca importância dada às DAV na prática clínica³⁵. Existe a preocupação de que essas decisões antecipadas possam interferir nos aspectos clínicos. Da mesma forma, não se conhecem o verdadeiro significado e implicações do planejamento das decisões.

Outros estudos apontaram que a possibilidade de pacientes mudarem de opinião durante situações de crise causa dúvidas entre os profissionais sobre decisões antecipadas³⁶. Por outro lado, existe uma crença arraigada de que pessoas com doenças mentais não têm competência para tomar decisões responsáveis sobre a própria vida³⁷.

E o estigma associado a doenças mentais, dificuldades de comunicação entre pacientes e profissionais, o desconhecimento dos direitos dos pacientes e, possivelmente, a resistência à mudança para passar de um paradigma paternalista para um baseado na autonomia geram obstáculos para a introdução do PAD no âmbito da saúde mental.

Uma barreira mais aparente do que real é a percepção de alguns profissionais de que carecem de valor jurídico planos individualizados de intervenção, em decorrência de um PAD, que aparecem na história clínica. O fato de o conceito de

PAD não aparecer textualmente na Lei 41/2002² não implica que não responda ao verdadeiro espírito da referida norma e ao núcleo conceitual do consentimento informado. Todo planejamento do cuidado registrado no prontuário (seja no PIIC ou não) deverá ser respeitado, cabendo ao profissional que não o respeitar o ônus da prova em caso de conflito.

Existem também barreiras entre os pacientes, como a falta de compreensão e conhecimento sobre o planejamento de decisões, a baixa confiança na equipe de saúde e no sistema de assistência médica em geral e a preocupação com a revogabilidade e a aplicabilidade legal das próprias decisões. Van Dorn e colaboradores³⁸ também observaram essas incertezas nas DAV, em que se constatou um desconhecimento sobre seu conteúdo e procedimentos de registro.

Outras barreiras apontam as dificuldades para encontrar alguém de confiança que atue como representante em caso de incapacidade para decidir e até mesmo problemas para encontrar um profissional de confiança para prestar apoio no processo.

Apesar de todas essas barreiras, não se pode esquecer que pessoas com transtornos mentais graves estão interessadas no PAD³⁹, embora poucas tenham tido a oportunidade de colocá-lo em prática. É importante lembrar que essas pessoas são capazes de expressar seus valores e preferências, e até mesmo suas proposições parecem razoáveis. Isso deveria motivar os profissionais a introduzi-lo como um eixo importante nos cuidados³⁹.

Na Espanha, a implementação do princípio da autonomia por meio do PAD ou das DAV não atingiu o nível de sucesso desejável³³. Não foi realizado um processo de conscientização pública para educar pacientes e profissionais nesse âmbito, pois, apesar dos esforços e avanços alcançados, ainda prevalece uma cultura paternalista no sistema de saúde espanhol³³. E na saúde mental é ainda mais preocupante, já que ambas as ferramentas são praticamente desconhecidas entre profissionais e pacientes. É provável que o modelo paternalista e estigmatizante ainda esteja fortemente enraizado entre muitos profissionais de saúde.

Seja como for, essas barreiras podem ser superadas com informações precisas e treinamento especializado^{38,40}. Dessa forma, a discussão levantada neste estudo pode contribuir para promover

a introdução do PAD no sistema de saúde, razão pela qual fazem-se recomendações para incentivar os profissionais a colocá-lo em prática com seus pacientes com doenças mentais.

Implementação do PAD em saúde mental

Recomendações práticas

O paradigma transdisciplinar exige integração das disciplinas que compõem a equipe, dissolvendo as divisões e limites de cada especialidade para atingir objetivos comuns, respeitando plenamente as competências específicas⁴¹. As competências de enfermagem voltadas para avaliação biopsicossocial e espiritual permitem a criação de planos de cuidados que se fundem com a abordagem individual e integral realizada pela equipe de saúde mental.

O papel da enfermagem especializada em saúde mental, num contexto de trabalho multidisciplinar e transdisciplinar, adquire relevância vital para fortalecer a implementação do PAD^{42,43}.

A relação de ajuda é utilizada por enfermeiros especializados em saúde mental para gerar respeito e confiança com a finalidade de estabelecer um vínculo terapêutico. Esse tipo de relação na abordagem das DAV implica a adoção de uma atitude profissional e a realização de uma gestão adequada das emoções, ou seja, uma gestão adequada do envolvimento do profissional, especialmente quando se trata de questões sensíveis relacionadas a valores como liberdade, segurança e autonomia ou contextos como o dos cuidados físicos, paliativos ou situações de fim de vida.

Lenagh-Glue e colaboradores²⁹ destacam a idoneidade da enfermagem para orientar e acompanhar a execução das DAV, dada a formação que lhe permite compreender e atender às necessidades físicas, emocionais, sociais e éticas dos pacientes.

A companhia durante todo o processo assistencial proporciona cuidados de maior qualidade. A empatia e a escuta ativa, comuns na prática de enfermagem, favorecem a compreensão dos valores e preferências do paciente, o que facilita a identificação de potenciais pacientes beneficiários

das DAV, bem como o acolhimento e a abordagem adequados de suas demandas, o início de conversas pertinentes com eles e seus familiares e a documentação exhaustiva de todo o processo.

Uma vez identificados os candidatos, a fase inicial seria a de preparação, na qual se analisam as informações disponíveis sobre a pessoa. Após o primeiro contato com o indivíduo, oferta-se participação no processo, seguida das fases dialógica e reflexiva que compõem o conteúdo do PAD. Por fim, validação e registro completam o processo.

O estudo de Piers e colaboradores⁴⁴ oferece 32 recomendações para a realização do PAD em pessoas com demência. Entre elas, e para que possam ser aplicadas a pacientes com patologia mental em geral, destacam-se as seguintes:

- avaliar a competência do paciente para a tomada de decisões;
- reconhecer o papel e a importância dos entes queridos no processo de PAD;
- identificar os valores e as preferências do paciente;
- verificar os objetivos de cuidado do paciente;
- verificar os tratamentos médicos e não médicos que o paciente deseja ou não receber.

Para tanto, a aplicação eficaz das DAV requer uma série de competências⁴³. As competências-chave estão relacionadas à necessidade de realizar uma escuta ativa e empática. Para isso, é fundamental disponibilizar tempo e espaço adequados, evitando pressas ou visitas forçadas, planejando o conteúdo de cada sessão e estabelecendo objetivos em cada encontro.

Certamente, quando o PAD é implementado na saúde mental, dispõe-se de prazos mais amplos para abordar certos aspectos do planejamento. Isso permite adaptar-se à conversa, conseguindo um equilíbrio entre a abordagem diretiva e as perguntas mais abertas, uma flexibilidade que permite atender às demandas não verbais ou implícitas.

A escolha do momento adequado para a realização do PAD está condicionada pelas circunstâncias em que surge a necessidade, com base no estado clínico e emocional da pessoa. É aconselhável adiar decisões ou reflexões fundamentais para momentos em que o paciente sinta uma conexão mais profunda com seus próprios valores e preferências.

O que também facilita a comunicação é a adaptação da linguagem e da mensagem às características individuais da pessoa atendida, respeitando assim sua dignidade, promovendo a autonomia e aumentando o empoderamento na tomada de decisões. Nesse sentido, as informações devem ser claras e personalizadas, alinhadas aos objetivos do planejamento. Trata-se, portanto, de um apoio na tomada de decisões, estabelecendo objetivos compartilhados e pactuados com o paciente.

É essencial reconhecer que no processo de comunicação não se devem considerar as coisas como garantidas e que é crucial demonstrar uma escuta ativa em todos os momentos. O uso de facilitadores de compreensão empática, validando a expressão das emoções antes de continuar perguntando, pode proporcionar mais informações e estimular a manifestação de emoções que ainda não vieram à tona. Frases como “entendo que isso que vamos discutir é complicado...” e “entendo que isso cause desconforto, mas...” podem ser úteis⁴⁵.

Deve-se ter a capacidade de detectar situações que possam causar desconforto (temas traumáticos, experiências desagradáveis e questões relacionadas com a intimidade) e abordá-las com prudência, oferecendo presença e aguardando o momento certo para abordar o tema em questão.

À medida que a informação é coletada e registrada, é importante revisá-la, dialogando e chegando a um consenso para facilitar sua validação. Isso reforça a confiança, a transparência e a participação da pessoa. Deve-se estar cientes de que essa interação com o paciente e seu entorno (se assim ele o desejar) é enriquecedora, pois se obtém muita informação, sendo por isso importante permanecer alerta; além disso, representa uma oportunidade de crescimento pessoal, pois os temas abordados costumam transcender as necessidades e desafiar os profissionais em seu propósito de vida.

Em resumo, o enfermeiro especializado em saúde mental, graças ao acesso constante e direto aos pacientes, pode simplificar a introdução e o desenvolvimento do PAD. Sua compreensão holística e integral dos pacientes, além de uma sólida formação no tema, pode fornecer base sólida para a tomada de decisões biopsicossociais. O apoio contínuo durante todo o processo assistencial proporciona um cuidado mais digno às pessoas atendidas. Por esses motivos, é imprescindível fortalecer o

papel do enfermeiro especialista em saúde mental em relação às decisões antecipadas.

Considerações finais

Este artigo concentrou-se em explorar a importância do PAD e em considerar seu impacto no âmbito da saúde mental, além de destacar sua relevância como ferramenta idônea para prestar um cuidado digno e centrado na pessoa, empoderando pacientes para a tomada de decisões.

Por meio da proposta de marco ético para fundamentar e reivindicar o PAD, foram fornecidas razões de peso para justificar e fomentar um tratamento eticamente adequado para esses pacientes. Foi proposto que o PAD em saúde mental aborda a vulnerabilidade inerente de pacientes que enfrentam episódios psicóticos, fases depressivas etc., o que também afeta sua capacidade de tomar decisões. Antecipar cenários e respeitar sua autonomia, mesmo em momentos de vulnerabilidade, é essencial para prestar um cuidado respeitoso e voltado para a pessoa e sua família.

Assim, o PDA nutre-se da perspectiva da autonomia relacional, considerando o contexto integral de cada indivíduo e suas relações interpessoais e familiares visando promover bem-estar e garantir que as decisões sejam coerentes com suas preferências. Da mesma forma, a dignidade e o reconhecimento são fundamentos éticos essenciais que potenciam o inerente respeito pela dignidade e por seu projeto de vida. Essa forma de chegar a consensos e antecipar decisões exige a criação de processos dialógicos e deliberativos, incluindo os afetados na tomada de decisões e respeitando seus pontos de vista.

Graças a isso, obtêm-se benefícios éticos e assistenciais, garantindo um cuidado mais respeitoso a pacientes com essa problemática. Destacou-se que existem evidências suficientes para demonstrar que o PAD empodera as pessoas e aumenta sua satisfação e o sentimento de proteção. Da mesma forma, melhora a adesão ao tratamento e reduz a percepção de exclusão e injustiça. Sua implementação também poderia melhorar a continuidade assistencial e os resultados em longo prazo, evitando internações involuntárias.

Infelizmente, evidenciou-se que na Espanha ainda existe um desconhecimento considerável

sobre o PAD em saúde mental, possivelmente devido a diversas barreiras que dificultam sua plena incorporação, o que constitui um desafio significativo para profissionais e pacientes. Nesse contexto, o estigma associado a doenças mentais e a falta de compreensão sobre o PAD constituem obstáculos adicionais para uma implementação eficaz. E isso é ainda mais preocupante quando há interesse das pessoas com transtornos mentais em participar do PAD e expressar suas preferências.

Assim, a superação dessas barreiras exige proporcionar informações precisas e formação especializada para pacientes e profissionais de saúde, para o qual é necessária uma pesquisa detalhada para identificar os obstáculos existentes para promover um cuidado mais humanizado e respeitoso.

Por todas essas razões, é crucial abordar essa temática para avançar para cuidados de saúde mais

humanizados e centrados na pessoa, uma vez que a promoção de informações sobre o PAD permitirá aos pacientes exercer sua autonomia e receber cuidados condizentes com seus valores e desejos, razão pela qual são destacadas recomendações, a partir da enfermagem, voltadas a profissionais de saúde que desejam implementar o PAD com seus pacientes e familiares.

Espera-se que este artigo contribua para aumentar o conhecimento sobre o PAD em saúde mental, impactando positivamente na comunidade científica e na prática clínica. Portanto, o PAD surge como tema de interesse crescente na ética médica e na enfermagem, em que tanto os profissionais de saúde como os pacientes poderiam se beneficiar de uma relação assistencial mais humana e comprometida com os valores das pessoas e com o respeito a sua dignidade.

Este artigo faz parte do projeto de pesquisa financiado pela Vice-Reitoria de Pesquisa da Universidade de Barcelona, Código oficial: AS017668. Período 2022-2023.


Referências

1. Asociación Española de la Planificación Compartida de la Atención. Quiénes somos [Internet]. Barcelona: AEPCA; [s.d.] [acesso 6 maio 2024]. Disponível: <https://bit.ly/44ZJuWZ>
2. España. Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE [Internet]. Madrid, n° 274, p. 40126-40132, 15 nov. 2002 [acesso 6 maio 2024]. Disponível: <https://bit.ly/3X8E6i6>
3. Comitè de Bioètica Catalunya. El respeto a la voluntad de la persona con trastorno mental y/o adicción: documento de voluntades anticipadas y planificación de decisiones anticipadas [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2017 [acesso 6 maio 2024]. Disponível: <https://bit.ly/3wV0LUy>
4. Agarwal R, Epstein A. Advance care planning and end-of-life decision making for patients with cancer. *Semin Oncol Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 6 maio 2024];34(3):316-26. DOI: 10.1016/j.soncn.2018.06.012
5. Wendrich-van Dael A, Bunn F, Lynch J, Pivodic L, Van den Block L, Goodman C. Advance care planning for people living with dementia: an umbrella review of effectiveness and experiences. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2020 [acesso 6 maio 2024];107:103576. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103576
6. Voss H, Vogel A, Wagemans A, Francke A, Metsemakers J, Courtens A, de Veer AJE. Advance care planning in palliative care for people with intellectual disabilities: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2017 [acesso 6 maio 2024];54(6):938-60. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2017.04.016
7. Maître E, Debien C, Nicaise P, Wyngaerden F, Le Galudec M, Genest P *et al.* Advanced directives in psychiatry: a review of the qualitative literature, a state-of-the-art and viewpoints. *Encephale* [Internet]. 2013 [acesso 6 maio 2024];39(4):244-51. DOI: 10.1016/j.encep.2012.10.012
8. Nowland R, Steeg S, Quinlivan L, Cooper J, Huxtable R, Hawton K *et al.* Management of patients with an advance decision and suicidal behaviour: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [acesso 6 maio 2024];9(3):e023978. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023978


9. Srebnik D, Rutherford L, Peto T, Russo J, Zick E, Jaffe C *et al.* The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2005 [acesso 6 maio 2024];56(5):592-8. DOI: 10.1176/appi.ps.56.5.592
10. Lenagh-Glue J, Thom K, O'Brien A, Potiki J, Casey H, Dawson J, Glue P. The content of mental health advance preference statements (MAPs): an assessment of completed advance directives in one New Zealand health board. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2020 [acesso 6 maio 2024];68:101537. DOI: 10.1016/j.ijlp.2019.101537
11. Reilly J, Atkinson J. The content of mental health advance directives: advance statements in scotland. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2010 [acesso 6 maio 2024];33(2):110-21. DOI: 10.1016/j.ijlp.2009.12.002
12. Ramos Pozón S, Robles del Olmo B. El principio vulnerabilidad: definición y alcance en el ámbito de la investigación con personas. *Cult Cuid* [Internet]. 2022 [acesso 6 maio 2024];26(4):201-15. DOI: 10.14198/cuid.2022.%2064.17
13. Mergen M, Akpınar A. Vulnerability: an integrative bioethics review and a proposed taxonomy. *Nurs Ethics* [Internet]. 2021 [acesso 6 maio 2024];28(5):750-65. DOI: 10.1177/0969733020976180
14. Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press; 2019.
15. DeGrazia D, Millun J. *A theory of bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.
16. Kant I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2021.
17. Atienza M. *Sobre la dignidad humana*. Madrid: Trotta; 2022.
18. Cortina A. *Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. 2ª ed. Madrid: Nobel; 2009. p. 226.
19. Honneth A. *La lucha por el reconocimiento*. Madrid: Crítica; 1997.
20. Tronto J. *Caring democracy: markets, equality and justice*. Nova York: New York University Press; 2013.
21. Habermas J. *Aclaraciones a la ética del discurso*. Madrid: Trotta; 2000.
22. Scholten M, Gieselmann A, Gather J, Vollmann J. Psychiatric advance directives under the convention on the rights of persons with disabilities: why advance instructions should be able to override current preferences. *Front Psychiatry* [Internet]. 2019 [acesso 6 maio 2024];10:631. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00631
23. Murray H, Wortzel H. Psychiatric advance directives: origins, benefits, challenges, and future directions. *J Psychiatr Pract* [Internet]. 2019 [acesso 6 maio 2024];25(4):303-7. DOI: 10.1097/PRA.0000000000000401
24. Gaillard A, Braun E, Vollmann J, Gather J, Scholten M. The content of psychiatric advance directives: a systematic review. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2023 [acesso 6 maio 2024];74(1):44-55. DOI: 10.1176/appi.ps.202200002
25. Backlar P, McFarland H, Swanson J, Mahler J. Consumer, provider, and informal caregiver opinions on psychiatric advance directives. *Adm Policy Ment Health* [Internet]. 2001 [acesso 6 maio 2024];28(6):427-41. DOI: 10.1023/a:1012214807933
26. Tinland A, Loubière S, Mougeot F, Jouet E, Pontier M, Baumstarck K *et al.* Effect of psychiatric advance directives facilitated by peer workers on compulsory admission among people with mental illness: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2022 [acesso 6 maio 2024];79(8):752-9. DOI: 10.1001/jamapsiquiatria.2022.1627
27. La Fond J, Srebnik D. The impact of mental health advance directives on patient perceptions of coercion in civil commitment and treatment decisions. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2002 [acesso 6 maio 2024];25(6):537-55. DOI: 10.1016/s0160-2527(02)00182-6
28. Tekkalaki B, Patil VY, Patil S, Chate SS, Dhabale R, Patil NM. How do our patients respond to the concept of psychiatric advance directives? An exploratory study from India. *Indian J Psychol Med* [Internet]. 2018 [acesso 6 maio 2024];40(4):305-9. DOI: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_10_18
29. Lenagh-Glue J, Potiki J, O'Brien A, Dawson J, Thom K, Casey H *et al.* Help and hindrances to completion of psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2021 [acesso 6 maio 2024];72(2):216-8. DOI: 10.1176/appi.ps.202000080
30. Rittmannsberger H, Pachinger T, Keppelmüller P, Wancata J. Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment. *Psychiatr Serv* [internet]. 2004 [acesso 6 maio 2024];55(2):174-9. DOI: 10.1176/appi.ps.55.2.174

31. Swanson J, Swartz M, Elbogen E, Van Dorn R, Ferron J, Wagner H *et al.* Facilitated psychiatric advance directives: a randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2006 [acesso 6 maio 2024];163(11):1943-51. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.11.1943
32. Swartz M, Swanson J, Easter M, Robertson AG. Implementing psychiatric advance directives: the transmitter and receiver problem and the neglected right to be deemed incapable. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2021 [acesso 6 maio 2024];72(2):219-221. DOI: 10.1176/appi.ps.202000659
33. Herreros B, Benito M, Gella P, Valenti E, Sánchez B, Velasco T. Why have advance directives failed in Spain? *BMC Med Ethics* [Internet]. 2020 [acesso 6 maio 2024];21(1):113. DOI: 10.1186/s12910-020-00557-4
34. Poveda-Moral S, Falcó-Pegueroles A, Ballesteros-Silva M, Bosch-Alcaraz A. Barriers to advance care planning implementation in health care: an umbrella review with implications for evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2021 [acesso 6 maio 2024];18(5):254-63. DOI: 10.1111/wvn.12530
35. Shields L, Pathare S, van der Ham AJ, Bunders J. A review of barriers to using psychiatric advance directives in clinical practice. *Adm Policy Ment Health* [Internet]. 2014 [acesso 6 maio 2024];41(6):753-66. DOI: 10.1007/s10488-013-0523-3
36. Van Dorn R, Swartz M, Elbogen E, Swanson J, Kim M, Ferron J *et al.* Clinicians' attitudes regarding barriers to the implementation of psychiatric advance directives. *Adm Policy Ment Health* [Internet]. 2006 [acesso 6 maio 2024];33(4):449-60. DOI: 10.1007/s10488-005-0017-z
37. Hiu S, Su A, Ong S, Poremski D. Stakeholder perspective on barriers to the implementation of advance care planning in a traditionally paternalistic healthcare system. *PLoS ONE* [Internet]. 2020 [acesso 6 maio 2024];15(11):e0242085. DOI: 10.1371/journal.pone.0242085
38. Van Dorn R, Swanson J, Swartz M, Elbogen E, Ferron J. Reducing barriers to completing psychiatric advance directives. *Adm Policy Ment Health* [Internet]. 2008 [acesso 6 maio 2024];35(6):440-8. DOI: 10.1007/s10488-008-0187-6
39. Foti M, Bartels S, Merriman M, Fletcher K, Van Citters A. Medical advance care planning for persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2005 [acesso 6 maio 2024];56(5):576-84. DOI: 10.1176/appi.ps.56.5.576
40. Avila A, Leeper E. Assessment of barriers to effective use of psychiatric advance directives: providers' knowledge and attitudes. *Psychol Serv* [Internet]. 2022 [acesso 6 maio 2024];19(2):271-82. DOI: 10.1037/ser0000525
41. Consejo General de Enfermería de España. Marco de actuación de las/os enfermeras/os en el ámbito de los cuidados paliativos [Internet]. Madrid: Instituto Español de Investigación Enfermera; 2022 [acesso 6 maio 2024]. Disponível: <http://bit.ly/3Vs3f68>
42. Barrio I, Simon P, Pascau MJ. El papel de la enfermera en la planificación de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. *Enf Clinica* [Internet]. 2004 [acesso 6 maio 2024];14(4):223-9. Disponível: <https://bit.ly/456YkL8>
43. Heale R, Rietze L, Hill L, Roles S. Development of nurse practitioner competencies for advance care planning. *J Hosp Palliat Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 6 maio 2024];20(2):166-71. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000425
44. Piers R, Albers G, Gilissen J, Leppeleire JD, Steyaert J, Van Mechelen W *et al.* Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals. *Palliative Care* [Internet]. 2018 [acesso 6 maio 2024];17(88). DOI: 10.1177/1178224219826579
45. Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, Esteban López MS (coordinadores). Planificación anticipada de las decisiones: guía de apoyo para profesionales [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social; 2013 [acesso 6 maio 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4eTvsuC>


Sergio Ramos Pozón – Doutor – sergioramos@ub.edu

 0000-0002-5772-6676

Bernabé Robles del Olmo – Especialista – bernabe.robles@sjd.es

 0000-0001-6708-4411

Carlos Solís Bernal – Especialista – carlosalberto.solis@sjd.es

 0009-0007-1262-0791

Begoña Román Maestre – Doutora – broman@ub.edu

 0000-0001-6090-0172

Correspondência

Sergio Ramos Pozón – Departament d'Infermeria Fonamental i Clínica. Facultat d'Infermeria. Universitat de Barcelona. Campus Bellvitge. Pavelló de Govern, 3a planta, despatx 341. Feixa Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona/Spain.

Participação dos autores

Todos os autores participaram igualmente na elaboração do texto, tanto em sua redação como no consenso sobre as ideias expressas.

Recebido: 30.3.2023

Revisado: 2.5.2024

Aprovado: 23.5.2024