

# Directivas anticipadas en Brasil: su aplicabilidad en psiquiatría

Vania Novelli Domingues<sup>1</sup>, Mônica Monteiro<sup>2</sup>, Anderson de Almeida Rocha<sup>1</sup>, Daniel Domingues Monteiro<sup>3</sup>, Natalia Oliva Teles<sup>1,4</sup>, Francisca Rego<sup>1</sup>, Guilhermina Rego<sup>1</sup>

1. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal. 2. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil. 3. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil. 4. Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal.

## Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar la percepción de los psiquiatras que trabajan en Brasil sobre la aplicabilidad real de las directivas anticipadas de voluntad en su trabajo y sus posibles consecuencias, teniendo en cuenta que aún no existe una ley específica que regule el uso de esta herramienta en Brasil. Se realizó un estudio cualitativo, que abarcó una población de 40 psiquiatras de la ciudad de Río de Janeiro. La recopilación de datos se realizó mediante una entrevista con dos preguntas abiertas, y los resultados se trataron de acuerdo con los preceptos del análisis de contenido de Bardin con el fin de analizar las reflexiones de los profesionales sobre el tema. Los resultados muestran la tendencia de la gran mayoría de los médicos a apoyar el uso de las directivas, con pocos argumentos en contra. La posibilidad de compartir las decisiones con los pacientes tendió a ser bien recibida. Se puede afirmar que las directivas anticipadas de voluntad carecen de difusión entre los psiquiatras. Ya se están aplicando medidas para mejorar esta situación, que llegan hasta la licenciatura en medicina.

**Palabras clave:** Autonomía personal. Prioridad del paciente. Enfermedad crítica. Paternalismo. Psiquiatría.

## Resumo

### Diretivas antecipadas de vontade no Brasil: sua aplicabilidade em psiquiatria

O objetivo deste estudo foi analisar a percepção de psiquiatras que atuam no Brasil sobre a real aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade em seu trabalho e suas consequências presumíveis, levando em conta que ainda não há uma lei específica para regulamentar o uso dessa ferramenta no Brasil. Foi realizado estudo qualitativo, que abordou uma população de 40 psiquiatras da cidade do Rio de Janeiro. A coleta de dados se deu por meio de entrevista com duas perguntas abertas, e os resultados foram tratados conforme os preceitos da análise de conteúdo de Bardin a fim de analisar as reflexões dos profissionais sobre o tema. Os achados mostram a tendência da expressiva maioria dos médicos a apoiar o uso das diretivas, com poucos argumentos contrários. A possibilidade de compartilhar as decisões com pacientes teve tendência a ser bem recebida. Pode-se afirmar que as diretivas antecipadas de vontade carecem de divulgação entre psiquiatras. Ações para melhorar tal cenário já estão sendo aplicadas, atingindo a graduação em medicina.

**Palavras-chave:** Autonomia pessoal. Preferência do paciente. Estado terminal. Paternalismo. Psiquiatria.

## Abstract

### Advance directives in Brazil: applicability in psychiatry

This study aimed to analyze the perception of psychiatrists working in Brazil regarding the actual applicability of advance directives in their work and their presumed consequences, considering that there is still no specific law regulating the use of this tool in Brazil. A qualitative study was conducted, involving a population of 40 psychiatrists in the city of Rio de Janeiro. Data were collected via interviews with two open-ended questions, and the results were treated according to Bardin's content analysis principles to analyze reflections of the professionals on the topic. The findings show that most physicians tend to support the use of directives, with few arguments against them. The possibility of sharing decisions with patients tended to be well received. It can be said that directives in advance lack dissemination among psychiatrists. Actions to improve this scenario are already being implemented, reaching medical school graduates.

**Keywords:** Personal autonomy. Patient preference. Critical illness. Paternalism. Psychiatry.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CEP-FIMCA 3,730,018

La humanidad en su conjunto comparte un destino común: la finitud. La finitud se muestra como algo distante, sin embargo, se convierte en el foco de toda preocupación cuando, ya en el período final de la existencia, la reflexión sobre el tema es ineludible<sup>1</sup>.

La percepción y la vivencia de la muerte de un familiar, según relatos, han sufrido muchos cambios en la sociedad, y hasta el siglo XVIII, se vivían en el entorno familiar, en la comunidad donde vivía la persona<sup>2</sup>. Se produjeron cambios graduales y, como consecuencia, la muerte empezó a producirse en el ámbito hospitalario, donde, con frecuencia, el enfermo no está acompañado por personas de su círculo familiar o con quienes tiene un vínculo afectivo. A su vez, los rituales de despedida entre familiares y amigos se han vuelto cada vez más cortos<sup>2</sup>.

Los procedimientos tecnológicos, que permean los cuidados al final de la vida, a menudo autorizados por los familiares, han comenzado a llevarse a cabo sin tener en cuenta la opinión de la persona enferma<sup>2</sup>. Al fin y al cabo, ¿el uso de las tecnologías contribuye a prolongar la vida o la muerte? Este es un tema que se ha puesto a discusión y es fundamental<sup>3</sup>. En ese sentido, las directivas anticipadas de voluntad (DAV) pueden representar un recurso importante, que valora la autonomía de cada persona<sup>3</sup>, una vez que le permite manifestarse sobre su tratamiento en momentos y situaciones en los que ya no pueda hacerlo.

Las DAV son objeto de la Resolución del Consejo Federal de Medicina (CFM) 1.995/2012<sup>4</sup> y tienen como objetivo proteger la autonomía de las personas enfermas si no son capaces de expresar lo que aceptan o rechazan para sí mismas en términos de tratamiento. Existe la posibilidad de un juicio sustituto, cuando una persona sea designada por el propio paciente o tutor legal<sup>4</sup>.

El terreno de las DAV no es pacífico. El propio Código de Ética Médica (CEM) brasileño incluye la necesidad de una interpretación integrada de sus artículos, pues si cada uno de ellos es tomado aisladamente, las orientaciones pueden considerarse conflictivas; por ejemplo, el texto de los artículos 32 y 41, párrafo único, donde se lee, respectivamente, que está prohibido.

*(...) dejar de usar todos los medios disponibles de promoción de la salud y de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, científicamente reconocidos y a su alcance, en favor del paciente y, en los casos de enfermedad incurable y terminal, el*

*médico debe ofrecer todos los cuidados paliativos disponibles sin emprender acciones diagnósticas o terapéuticas inútiles u obstinadas, teniendo siempre en cuenta la voluntad expresada del paciente o, en su imposibilidad, la de su representante legal<sup>5</sup>.*

También existen limitaciones a los deseos expresados por medio de las DAV, según la legislación del país. Un ejemplo es el de la antigua Roma, donde un ciudadano podría rechazar un tratamiento e incluso optar por la muerte; rechazar un tratamiento es posible en Brasil, pero la eutanasia no, aunque esté incluida en las DAV establecidas por la persona, si se hace sin la orientación adecuada<sup>6</sup>.

Aun sobre los conflictos, la formación médica, con su práctica eminentemente curativa, invita a la reflexión: es evidente que el objetivo de curar es un ideal, pero este ideal no siempre es alcanzable. Se debe alentar la acogida, el apoyo y la aceptación del ciclo de vida<sup>7</sup>. Abordajes como cuidados paliativos también son una meta<sup>7</sup>. El conocimiento de las DAV es aún insatisfactorio: en una investigación centrada en dominar el contenido de la Resolución CFM 1.995/2012<sup>4</sup>, la administración de un cuestionario sobre el tema entre psiquiatras demostró que solo el 45% de ellos conocía el tema, lo que conduce a una brecha en su aplicabilidad<sup>8</sup>. Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra y estudiosa de los cuidados al final de la vida en el contexto del desarrollo tecnológico desde mediados del siglo XX, cuestiona la evolución de la medicina: *¿seguirá siendo una profesión humanitaria y respetada o se convertirá en una nueva ciencia, despersonalizada, cuyo objetivo es prolongar la vida en lugar de mitigar el sufrimiento humano*<sup>9</sup>. En ese sentido, las DAV buscan reforzar el significado humanitario de la profesión médica<sup>4</sup>.

En realidad, reforzar el sentido humanístico en las ciencias afines a la biología y a la medicina es un movimiento mundial, al que se vincula la resolución sobre las DAV, con el objetivo de valorizar a la persona enferma y entender qué tipo de vida desea para sí, hasta su desenlace<sup>10</sup>. Estudios e investigaciones apuntan a la importancia de respetar la autonomía de la persona enferma y plantean interrogantes sobre el paternalismo médico, que persiste. Afirman que la posibilidad de que las directivas anticipadas de voluntad sean aceptadas/respetadas por la comunidad médica ya está bastante difundida, pero que su uso en el ámbito de los cuidados de salud mental, incluida la demencia, es limitado.

Zaragoza-Martí, Julià-Sanchis y García-Sanjuán<sup>11</sup> cuestionan las razones de esta situación y también el uso del “testamento vital” para las DAV, término utilizado para los documentos de personas ya fallecidas. Otro enfoque interesante es propuesto por Dadalto<sup>12</sup>, al realizar un análisis comparativo de cómo diversos países han regulado las DAV, el autor intenta situar la cuestión en el contexto brasileño. El autor critica el uso del término “testamento vital”, utilizando los mismos argumentos que los autores anteriores<sup>11</sup>, y afirma la importancia de la capacidad de comprensión y determinación para que las DAV sean válidas<sup>12</sup>.

Continuando con los problemas y conflictos relacionados con la autonomía de la persona enferma, Martínez afirma que si hubiera una comunicación de calidad entre la persona enferma y su médico, sería, posiblemente, mejor que las DAV, y hace la siguiente observación: *quizá el mayor peligro para la salud en el siglo XXI ya no es el paternalismo autocrático de los médicos, sino el abandono respetuoso de los pacientes*<sup>13</sup>.

Los principios de la ética médica, considerados desde la perspectiva principialista de la bioética, enfatizan el respeto a la autonomía de la persona, la justicia en la distribución de los recursos, la beneficencia y la no maleficencia en la toma de decisiones respecto a los cuidados de salud<sup>14</sup>. La gestión de recursos en la sociedad no siempre es sencilla, especialmente ante la escasez de insumos sanitarios<sup>14</sup>. Existe evidencia de que el uso de las DAV y su conocimiento es mayor entre los profesionales que trabajan en cuidados paliativos<sup>15</sup>. Incluso en países sudamericanos que cuentan con legislación estructurada sobre el tema, como México, Argentina, Puerto Rico, Colombia y Uruguay<sup>16</sup>, el conocimiento es limitado.

Como se percibe, las DAV son aún poco conocidas, algo que también señala una investigación reciente en Brasil<sup>17</sup>. El Ministerio de Educación brasileño ha hecho obligatoria la inclusión de la bioética en la formación médica, siguiendo una propuesta de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)<sup>18</sup>, lo que ilustra un proceso evolutivo.

Este estudio tiene como objetivo general analizar la percepción de los psiquiatras que ejercen en Brasil sobre el uso de las DAV en su actividad profesional, su aplicabilidad real y probables consecuencias; y como objetivo específico analizar los temas que emergen durante el propio proceso de investigación. El propósito de este trabajo es

explorar más a fondo los hallazgos previamente descritos/presentados a la comunidad académico-científica<sup>8</sup>, con el objetivo de comprender cómo piensan y cómo perciben los psiquiatras sobre el uso de las DAV en sus prácticas. El método de selección fue cualitativo, basado en el análisis de contenido, según Bardin<sup>19</sup>.

## Método

Este estudio es parte de un proyecto más amplio sobre las DAV en psiquiatría en Brasil. El objetivo es explorar más a fondo los resultados obtenidos en Domingues y colaboradores<sup>8</sup> mediante el análisis cualitativo de los datos recopilados<sup>19</sup>. Para responder al objetivo general, se aplicaron dos preguntas abiertas, formuladas al final de un cuestionario sobre las DAV<sup>8</sup>, a saber: 1) ¿Crees que las DAV valorizan la autonomía del paciente?; 2) ¿Qué influencia crees que tendrán las DAV en tu trabajo con los pacientes? Con las respuestas recopiladas, el siguiente paso fue abordar los objetivos específicos y su respectivo análisis.

La población estimada era de 212 psiquiatras, de la lista de profesionales de la Asociación Brasileña de Psiquiatría, disponible al público. Se realizó un total de 40 entrevistas, utilizando una muestra de conveniencia.

El análisis de los datos demográficos se puede encontrar en un artículo publicado anteriormente<sup>8</sup>. El análisis de las preguntas abiertas se realizó mediante un método cualitativo, específicamente el análisis de contenido<sup>19</sup>. La entrevista, conforme exige el Comité de Ética en Investigación (CEP), debía ser presencial, por lo que la investigación se restringió al municipio de Río de Janeiro.

Las dos investigadoras practicaron entre ellas la presentación de la Resolución 1.995/2012<sup>4</sup> y las directivas anticipadas de voluntad y la lectura del consentimiento libre, previo e informado (CLPI), para obtener una estimación del tiempo mínimo que dedicar a cada médico en toda la entrevista<sup>8</sup>.

El intento de contactar con los médicos se realizó por teléfono. Se excluyeron los profesionales que no contestaron o que no aceptaron participar. El lugar de la entrevista se determinó según la disponibilidad de cada participante de la investigación<sup>8</sup>. Al inicio de cada entrevista, se leyó el CLPI. En caso de dudas, se aclararon y luego se firmó el consentimiento, quedando una copia archivada por las investigadoras y

la otra se entregaba al participante. La Resolución 1.995/2012<sup>4</sup>, que establece las DAV, se leyó con la explicación de que las preguntas estarían relacionadas con dicho documento.

Las preguntas abiertas se presentaron tras las aclaraciones y las respuestas al cuestionario socio-demográfico y al cuestionario sobre las DAV previamente validados<sup>8</sup>. El contenido de las respuestas a las preguntas abiertas era libre, según la comprensión de cada participante, y las investigadoras evitaron intervenir. Las investigadoras transcribieron las entrevistas para impedir cualquier posibilidad de que los médicos las identificaran.

A partir del tercer mes del 2020, la metodología se volvió inviable debido a la pandemia de COVID-19 y la investigación se interrumpió durante cuatro meses. Transcurrido este período, el CEP otorgó

permiso para realizar adaptaciones a la metodología. La investigación comenzó a realizarse principalmente de forma remota y el material se envió por vía electrónica. Mucho se perdió con el cambio, con un impacto negativo evidente en términos de abandono de participantes<sup>8</sup>. La interrupción en la recopilación de datos se debió, por lo tanto, al agotamiento de las fuentes<sup>20</sup>.

## Resultados

Las respuestas a las preguntas 1 y 2 se organizaron en dos grupos principales: uno con un tema valorizado y otro con un tema ambivalente o desvalorizado. Los participantes se identificaron con la letra R seguida del número correspondiente, en el orden en que se formularon las preguntas.

### Respuestas a la pregunta 1

Tabla 1. Grupo A: tema valorizado

Rubro o categoría <sup>*</sup>	Componente <sup>**</sup>	Ejemplos <sup>***</sup>	Frecuencia <sup>****</sup>	
			Absoluta	Relativa
Justo	R1	"Mantener la vida artificialmente no sería justo".	1	2,5%
	R2	"Sí (...) respetar la autonomía"		
	R6	"Sí (...) un paso adelante"		
	R7	"Sí (...) apto para los actos de la vida"		
	R8	"Sí"		
	R9	"Sí (...) elige cómo terminar"		
	R10	"Sí"		
	R11	"Sí, creo que sí"		
	R12	"Sí (...) capacidad"		
	R13	"Se hace para eso"		
	R15	"Sí"		
	R18	"Sí"		
	R19	"Creo que sí"		
	R20	"Sí"		
	R21	"Sí, organiza sus ideas"		
	R22	"Sí, principal objetivo"		
	R23	"Sí, cuando se da cuenta"		
	R24	"Sí, afectividad latina"		
	R26	"Sí (...) médico desprotegido..."		
	R27	"Sí"		
R28	"Sí, tener autonomía"			
R29	"Sí, poco conocimiento"			
R31	"Sí, le da voz al paciente"			
R32	"Sí (...) ejercer su voluntad"			
R33	"Sí, sumamente importante"			
R34	"Sí (...) me pareció una idea fantástica"			
R35	"Sí (...) ayudaría a la familia"			
R36	"Sí (...) autónoma es obvio"			
R37	"Sí (...) más tolerable"			
R38	"Sí. Para eso están"			
R40	"Sí (...) derecho que debe ser respetado"			

continúa...

**Tabla 1.** Continuación

Rubro o categoría	Componente	Ejemplos	Frecuencia	
			Absoluta	Relativa
Autonomía	R3	<i>“Proteger la autonomía del paciente y de los médicos”</i>	1	2,5%
Creo que sí	R16	<i>“Sí, creo que sí...”</i>	3	7,5%
	R25	<i>“Sí, creo que sí. Es un paso importante</i>		
	R30	<i>“Sí, creo que sí (...) importante”</i>		

\*: tema tratado; \*\*: personas que respondieron las preguntas; \*\*\*: ejemplos de respuestas; \*\*\*\*: número de respuestas, en términos absolutos y relativos, en un universo de 40 encuestados.

El Grupo B, con sus temas ambivalentes o desvalorizados, se describirá textualmente. Su primera categoría fue “autonomía”, mencionada por R4, que resaltó que *“gira en torno a la capacidad crítica”*, con la frecuencia absoluta de 1 y relativa del 2,5%; la segunda categoría fue “sí”, mencionada por R5, que respondió *“sí (...) cuestionable en especial en pacientes psiquiátricos”*, con una frecuencia absoluta de 1 y relativa del 2,5%; la tercera

categoría fue “parcialmente”, mencionada por R14, con una frecuencia absoluta de 1 y relativa del 2,5%; la cuarta categoría fue “familia”, mencionada por R17, que trajo el tema *“preparar a la familia”*, con frecuencia absoluta de 1 y relativa del 2,5%; y la quinta y última categoría de este grupo fue “no”, mencionada por R39, que la justificó con *“están sufriendo”*, con frecuencia absoluta de 1 y relativa del 2,5%.

## Respuestas a la pregunta 2

**Tabla 2.** Grupo A: tema valorizado

Rubro o categoría	Componente	Ejemplos	Frecuencia	
			Absoluta	Relativa
Dignidad	R1	<i>“Morir con dignidad”</i>	1	2,5%
	R2	<i>“Él es libre”</i>		
	R11	<i>“Fortalece la autonomía”</i> <i>“La previsión legal reduce los conflictos”</i>		
Autonomía	R13	<i>“Facilita mucho las cosas”</i> <i>“Voluntades”</i>	5	12,5%
	R15	<i>“Respetar los intereses del otro”</i>		
	R31	<i>“Autonomía”</i>		
		<i>“Él tiene voz”</i>		

continúa...

Tabla 2. Continuación

Rubro o categoría	Componente**	Ejemplos***	Frecuencia****	
			Absoluta	Relativa
Aclaraciones	R3	"Reducir el nivel de incertidumbre"	11	27,5%
	R6	"Las personas desconocen las DAV" "Conocer las DAV puede hacer el duelo más llevadero"		
	R7	"Ya las uso como guía"		
	R8	"Van a mejorar las orientaciones"		
	R14	"Ya estoy pensando en ello"		
	R15	"Respetar los intereses del otro"		
	R18	"En el título de la tesis se percibe su aplicabilidad"		
	R25	"Lo ideal es que la persona dé a conocer las DAV a todos los familiares cercanos"		
	R30	"La gente rara vez tiene esa cultura" "Para brindar claridad"		
Conflictos	R35	"Proceso de negación" "Una agenda para discutir a fondo antes de un proceso terminal"	2	5,0%
	R38	"Familia muy religiosa" "Prolongar la vida por un largo plazo" "Prolongar el sufrimiento innecesariamente"		
	R9	"Dejar la postura paternalista que se exige culturalmente" "Pacientes para una actitud colaborativa"		
Colaboración	R20	"Ayuda a pensar en la salud y en la muerte"	5	12,5%
	R32	"Nos acerca aún más a nuestros pacientes"		
	R33	"Traerá una mayor relación de confianza"		
	R34	"Hará que sea más fácil afrontar a la finitud"		
Limitación	R10	"Más influencia en los hospitales que trabajan con pacientes terminales"	1	2,5%
Capacidad	R12	"Ayudarán" "Momentos de incapacidad del paciente"	2	5,0%
	R23	"Mientras la persona esté lúcida, haría una gran diferencia"		
Validez	R16	"Las directrices son válidas"	1	2,5%
Positiva	R17	"Tendrá una influencia positiva"	3	7,5%
	R22	"Hacer que la decisión médica sea menos dolorosa"		
	R37	"Si hicieran eso por mí, lo apreciaría y lo agradecería"		
Legislación	R3	"Reducir el nivel de incertidumbre"	3	7,5%
	R11	"Fortalece la autonomía" "La previsión legal reduce los conflictos"		
	R13	"Facilita mucho las cosas" "Voluntades"		

\*: tema tratado; \*\*: personas que respondieron las preguntas; \*\*\*: ejemplos de respuestas; \*\*\*\*: número de respuestas, en términos absolutos y relativos, en un universo de 40 encuestados (R3, R11, R13 y R15 se encuentran en más de una categoría)

**Tabla 3.** Grupo B: temas ambivalentes o rechazados

Rubro o categoría*	Componente**	Ejemplos***	Frecuencia****	
			Absoluta	Relativa
Autonomía	R28	“Los pacientes carecen de autonomía” “Pacientes amenazantes”	1	2,5%
Aclaraciones	R21	“Los pacientes se quejaron de la falta de información”	1	2,5%
Limitación	R5	“Conflictos” “No está en posición de decidir”	1	2,5%
	R19	“No trabajo con pacientes terminales”	5	12,5%
	R24	“Durante los intervalos de lucidez, quizá sea el momento adecuado para desarrollar las DAV” “Las familias pueden tener intereses económicos y financieros”		
	R26	“Es importante, pero le falta detalle y actualización, así como un registro serio”		
	R29	“Quizá en las demencias”		
R39	“Con el tiempo habrá leyes que impidan a los médicos utilizar recursos extraordinarios”			
Capacidad	R4	“Capacidad crítica” “Modificación”	2	5,0%
	R5	“Conflictos” “No está en posición de decidir”		
Legislación	R27	“No existe ninguna legislación que aclare definitivamente la cuestión”	1	2,5%

\*: tema abordado; \*\*: personas que respondieron las preguntas; \*\*\*: ejemplos de respuestas; \*\*\*\*: número de respuestas, en términos absolutos y relativos, en un universo de 40 encuestados (R5 está en más de una categoría, a saber, conflictos y capacidad)

## Discusión

Tras leer y revisar exhaustivamente el material obtenido, el siguiente paso fue buscar el significado que permitiera dar respuesta o respuestas al objetivo, mediante la enumeración temática, su contextualización y análisis. Según Marshall, *los objetivos del enfoque cualitativo, en el que mejorar la comprensión de las cuestiones humanas complejas es más importante que generalizar los resultados*<sup>21</sup>, y las DAV abarcan cuestiones humanas complejas, y, aun según el mismo autor, el tamaño ideal de la muestra cualitativa es aquel que logra responder las preguntas formuladas, es decir, la búsqueda de las respuestas es nuestro mayor objetivo.

Para comprender el material recopilado, con el objetivo de responder las preguntas formuladas, se encontraron sugerencias en Minayo<sup>22</sup>: la investigación cuantitativa y la investigación cualitativa se complementan, en la medida en que la primera busca la magnitud del fenómeno y la segunda,

su intensidad; y la búsqueda del tipo de población que debe estar directamente involucrada con el fenómeno investigado, característica propia de la actividad de los psiquiatras, cumpliendo los criterios de esta investigación.

Buscar un resultado o resultados es importante para el investigador, aunque se sabe que la idea de provisionalidad en esta búsqueda es fundamental<sup>23</sup> y que su criterio principal no es numérico, en el caso de la investigación cualitativa, sino el encuentro con la lógica interna de su objeto de estudio<sup>22</sup>. De acuerdo con el análisis de contenido, la opción elegida fue el análisis temático porque, según Minayo<sup>23</sup>, es más adecuado para preguntas relacionadas con la investigación cualitativa en salud. Dado que las DAV están vinculadas a la atención sanitaria, esta fue la opción elegida, por lo que la búsqueda siguió las pautas de Minayo<sup>23</sup> y Bardin<sup>19</sup> para mantener la validez del proceso y seguir las reglas que deben obedecerse respecto a las categorías de fragmentación de la comunicación, siempre

que sea posible: debe ser homogénea, exhaustiva, excluyente, objetiva y adecuada o pertinente<sup>19</sup>.

Según Bardin, *tema es la unidad de significación que emerge naturalmente de un texto analizado según criterios relativos a la teoría que sirve de guía para la lectura*<sup>19</sup>. Por esta razón, se priorizaron las unidades de contexto sobre las unidades de codificación, que suelen emplearse en el análisis de contenido, dados los significados ambivalentes encontrados en las referencias<sup>19</sup>.

En las respuestas a la primera pregunta (Grupo A), se hizo bastante evidente en qué medida consideran los participantes que las DAV valoran la autonomía del paciente, ya que 35 se mostraron a favor de su uso, y cuatro, ambivalentes, destacando R4 y R12 la importancia de la capacidad de comprensión y determinación para que las DAV sean válidas<sup>12</sup>; solo uno fue desfavorable, lo que resalta el aspecto compasivo, por considerar que la capacidad del paciente para evaluar la situación se vería afectada. Se observó, entonces, que hubo una clara tendencia hacia el apoyo y aceptación de las DAV, considerando el total de participantes, quienes se mostraron predominantemente a favor de su uso.

Respecto a la segunda pregunta, R1 aborda el significado de morir con dignidad, lo que se relaciona con un aspecto relevante de las relaciones sanitarias: *la dignidad humana —de todas las personas humanas— debe considerarse el fundamento de la ética en una sociedad pluralista y secular*<sup>24</sup>, lo cual fue resaltado como importante por un participante. En el rubro siguiente, “autonomía”, cinco participantes abordaron el tema: R2, R11, R13, R15 y R31, y tres de ellos aparecieron en más de un rubro. R31 dice, refiriéndose al paciente, “*tiene voz*”, observación importante, ya que es uno de las “considerandos” de la resolución<sup>4</sup> fortalecer la autonomía del paciente. Por lo tanto, se considera un resultado positivo<sup>7</sup>.

El tema “aclaraciones” fue el más citado entre los participantes, lo que confirma los hallazgos en la literatura sobre la necesidad de difusión y aclaración, tanto entre los profesionales como entre la población en general<sup>7,11,13,16</sup>. Los conflictos con un significado positivo en unidades de contexto tienden a ayudar, ya sea en R35 o R38, a encontrar una solución que priorice los deseos de los pacientes.

En el rubro “colaboración”, se pone en discusión la demanda cultural del paternalismo médico<sup>11</sup> en R9 y la posición del profesional que, en realidad,

desea una actitud colaborativa, reemplazando el paternalismo que se percibe como una carga. En R20 y R34 surge el aspecto de facilitar el acercamiento al sensible tema de la finitud<sup>1</sup>, en cierto modo un tabú social, apartado de la vivencia de todos<sup>1</sup>. La valorización, en R32 y R33, pasa principalmente por el acercamiento y la mejora de la relación médico-paciente, citada como fundamental por algunos autores<sup>13</sup>.

En el tema “limitación”, aunque con un aspecto positivo de uso, R10 limita el alcance de las DAV a los hospitales que trabajan con pacientes en fase terminal de la enfermedad, sin haber identificado otro uso. La cuestión de la capacidad, en R12 y R23, se plantea en el sentido de “capacidad de comprensión y determinación” y se menciona debido a su importancia para que las DAV se consideren válidas<sup>12</sup>. Además, R16 evalúa las DAV como válidas, en el sentido de positividad, al igual que R17; R22 y R37 utilizan el término “positiva”, y R22 resalta: “*hacer que la decisión médica sea menos dolorosa*”. La influencia en la relación médico-paciente se considera positiva, un factor facilitador. El tema de la “legislación”, como era de esperar, aparece en más de una categoría, permeando las relaciones médicas y legales respecto a la validez de las DAV en R3, R11 y R13.

En las respuestas a la segunda pregunta, ya en los temas ambivalentes o rechazados (Grupo B), hay un número menor de participantes: solo 11 de 40. En “autonomía”, el participante R28 afirma que los pacientes son amenazantes y carecen de autonomía, destacando el período en el que se pierde el pensamiento crítico<sup>11,13</sup>. En el tema “aclaraciones”, R21 menciona la falta de información a los pacientes, lo que imposibilita la elaboración de las DAV<sup>11</sup>. En cierto sentido, refuerza el hallazgo de las “aclaraciones” del grupo A, pero aquí en el sentido de hacer inviable el uso de las DAV, sin valorar la posibilidad de acciones de difusión.

En “conflictos”, R5 resalta el período de falta de comprensión y determinación, asociado a los conflictos con los familiares, que, según R24, además de los conflictos por la pérdida de capacidad crítica, se ven agravados por la postura de la familia, siempre sesgada. R24 valoriza el uso del intervalo lúcido<sup>11,13</sup>.

Respecto al tema “limitaciones”, R19 ve el uso de las DAV solo para pacientes en fase terminal de la enfermedad, sin ofrecer otras posibilidades de uso, así como R29. Siguiendo con el tema de

las “limitaciones”, R26 trae la falta de detalle y modernización en la resolución<sup>4</sup>, mientras que R39 presenta una limitación más fuerte, incluso refiriéndose a “*leyes que impiden al médico utilizar recursos extraordinarios*”. En este ítem, se enumeran diversas situaciones que implican conflictos con familiares, profesionales o pacientes. El ítem “pérdida de la capacidad de comprensión y determinación” reaparece específicamente en R4 y R5, dada su importancia para la validez de las DAV. Los períodos de pérdida crítica se describen como persistentes.

En el rubro “legislación”, R27 establece que “*no existe legislación que aclare definitivamente la cuestión*”. Mucho se ha escrito sobre esta brecha<sup>25</sup>, y la divulgación podría generar presión y crear un momento oportuno para la creación de un proyecto de ley que aborde algunas de las dificultades en la aplicación de las DAV. Este aspecto no se considera aquí como un posible resultado de los estudios y publicaciones.

Dado que la muestra se eligió por conveniencia, tiene las limitaciones inherentes a esa característica. En principio, los resultados no son generalizables, pero se refieren a profesionales que pueden estar estrechamente vinculados, en sus actividades, al tema de investigación.

## Consideraciones finales

Respecto a la primera pregunta, podemos afirmar que las DAV cumplen el objetivo propuesto de valorizar la autonomía del paciente en esta población estudiada, y son, en principio, ampliamente aceptadas por los médicos de la muestra. Quienes mostraron ambivalencia mencionaron temas que también surgieron en las respuestas a la segunda pregunta, pero aquí con un mayor sentido de imposibilidad, ya que R39 consideraba el sufrimiento como algo totalmente incapacitante.

Respecto a las respuestas a la segunda pregunta, en el Grupo A, el tema de la aclaración es el más valorizado, incluyendo a psiquiatras, pacientes y familiares, con base en las respuestas presentadas. La difusión de información a la población sería un facilitador importante. Entre los médicos, el cumplimiento de las recomendaciones del Ministerio de Educación, las nuevas Directrices Curriculares Nacionales<sup>18</sup>, traerá consigo una progresiva aclaración y difusión, con el

consiguiente conocimiento de las temáticas relacionada con la bioética, en la carrera de medicina, como las DAV. Sería interesante que otros profesionales de la salud también pudieran beneficiarse de dichas orientaciones.

Inmediatamente después, en las respuestas a la segunda pregunta, la autonomía surge como un atributo importante, junto con la posibilidad de colaboración en la relación médico-paciente, lo que puede hacer que la toma de decisiones sea menos difícil para todos los involucrados: una señal alentadora. Las DAV se perciben como positivas, y la resolución es, hasta la fecha, uno de los apoyos en términos de orientación ética y deontológica, ya que no existe algo específico en el país. Valorizar los períodos de capacidad y aprovecharlos se entiende como una solución, y las DAV se ven como una posibilidad para resolver mejor los conflictos entre pacientes, médicos y familiares.

La dignidad surge como uno de los pilares de la bioética, valorizando aquí la posibilidad de morir dignamente, uno de los objetivos de las DAV. Respecto al tema de la validez, la visión parece corresponder a la importancia para la vida y para las decisiones personales al final de la vida. En el Grupo B, el rubro considerado más relevante (con 5 de 40 participantes) es el de “limitaciones”, y los problemas citados son similares a los del Grupo A, pero con menor flexibilidad en cuanto a la posibilidad del uso de las DAV.

El rubro siguiente fue la cuestión de la “capacidad”, y R4 fue más flexible que R5, que incluso aparece en dos rubros. La situación se plantea como casi inviable en pacientes psiquiátricos sin que se consideren los períodos entre crisis y otras posibles soluciones. Las otras categorías fueron “autonomía”, “aclaraciones”, “conflictos” y “legislación”, con 1 participante de 40 por cada rubro. Es interesante notar que aquí no aparecen otros temas aparte de los ya mencionados en las temáticas valorizadas.

En una época en la que aún no existe en el país una ley específica para el uso de las DAV, su difusión a los profesionales de la salud y a la sociedad en general cobra gran relevancia, ya que permite una mayor adhesión a estas, así como la percepción de la muerte como un hecho fundamental para valorizar la vida como un bien efímero, que se debe vivir con responsabilidad, en su plenitud, mientras

esté disponible. Se sugiere realizar más estudios, ya que podrán aportar más indicios de las dificultades en el uso de las DAV y en su aplicabilidad, con la consecuente búsqueda de soluciones para proporcionar una vida bien vivida hasta su desenlace.

## Referencias


1. Nunes MI, dos Anjos MF. Diretivas anticipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2014 [acceso 20 jan 2025];22(2):241-51. DOI: 10.1590/1983-80422014222005
2. Morais IM, Nunes R, Cavalcanti T, Soares AKS, Gouveia VV. Percepção da “morte digna” por estudantes e médicos. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2016 [acceso 7 fev 2021];24(1). DOI: 10.1590/1983-80422016241112
3. Bomtempo TV. Diretivas anticipadas: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente. *Rev Bioética y Derecho* [Internet]. 2012 [acceso 7 fev 2021];6:22-3. DOI: 10.1590/1983-80422016241112
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas anticipadas da vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 269-70, 31 ago 2012 [acceso 10 dez 2024]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3Zjf6os>
5. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: CFM; 2019 [acceso 20 jan 2025]. p. 27-8. Disponível: <https://bit.ly/4r3kbgS>
6. Mendelson D. Roman concept of mental capacity to make end-of-life decisions. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2007 [acceso 28 ago 2020];30(3):201-12. DOI: 10.1016/j.ijlp.2007.03.004
7. Rego S, Palácios M. A finitude humana e a saúde pública. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 [acceso 10 dez 2024];22(8):1755-60. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000800025
8. Domingues VN, Castro L, Monteiro MD, Silva JAC, Rego F, Rego G. Advance directives: knowledge of the topic among psychiatrists. *Front Public Health* [Internet]. 2022 [acceso 4 dez 2024];10. DOI: 10.3389/fpubh.2022.822577
9. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. 10ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2017. p. 15.
10. Council of Europe. *Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (ETS no. 164)* [Internet]. Strasbourg: Council of Europe; 2019 [acceso 2 abr 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3ZX9ro9>
11. Zaragoza-Martí MF, Julià-Sanchis R, García-Sanjuán S. El Documento de Voluntades Antecipadas como instrumento de planificación ético-jurídico: especial atención a la salud mental. *Rev Bio y Der* [Internet]. 2020 [acceso 25 abr 2022];49:25-40. Disponível: <https://bit.ly/3M7jkfY>
12. Dadalto L. Aspectos registraes das diretivas anticipadas de vontade. *Civilistica.com* [Internet]. 2013 [acceso em 25 abr 2022];2(4). Disponível: <https://bit.ly/4axVEKX>
13. Martínez K. Los documentos de voluntades anticipadas: the living will. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2007 [acceso em 30 dez 2023];30(supl 3):87-102. p. 91. Tradução livre. Disponível: <https://bit.ly/4thVyOP>
14. Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. 7ª ed. New York: Oxford University Press; 2013.
15. Borges LS, Lima MJV. Diretivas anticipadas de vontade e cuidados paliativos: percepção brasileira. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2024 [acceso 7 nov 2024];32:1-10. DOI: 10.1590/1983-803420243636PT
16. Monteiro RSF, Silva Junior AG. Diretivas anticipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acceso 7 nov 2024];27(1):1290. DOI: 10.1590/1983-80422019271290
17. Bastos TR, Macedo LF, da Silva YCB, Braga TLGP, Salgado RS, Soeiro ACV. Diretivas anticipadas de vontade como temática da educação médica. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2024 [acceso 7 nov 2024];32:e3696PT:1-12. DOI: 10.1590/1983-803420243696PT
18. Pacheco WL, Sauerbier G, Lutz E, Grasel CE, Bonamigo EL. O ensino da bioética nos cursos de medicina no Brasil. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2024 [acceso 10 dez 2024];48(4):e129. DOI: 10.1590/1981-5271v48.4-2023-0310

19. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Almedina; 2021.
20. Teixeira EB. A análise de dados na pesquisa científica: importância e desafios em estudos organizacionais. Rev Desenvol Questão [Internet]. 2003 [acesso 10 dez 2024];1(2):177-201. DOI: 10.21527/2237-6453.2003.2.177-201
21. Marshall MN. Sampling for qualitative research. Fam Pract [Internet]. 1996 [acesso 10 dez 2024];13(6):22-5. Tradução livre.p. 524. DOI: 10.1093/fampra/13.6.522
22. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa [Internet]. 2017 [acesso 4 dez 2024];5(7):1-12. Disponível: <https://bit.ly/4ra3YGH>
23. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 309.
24. Nunes R. Diretivas antecipadas de vontade. Brasília: CFM; 2016.
25. Silva CO, Crippa A, Bonhemberger M. Diretivas antecipadas de vontade: busca pela autonomia do paciente. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2021 [acesso 4 dez 2024];29(4):688-96. DOI: 10.1590/1983-80422021294502


Vania Novelli Domingues – Estudante de doctorado – vanianovelli@abp.org.br

 0000-0001-5749-6578


Mônica Monteiro – Magíster – monica\_monteiro@outlook.com

 0000-0003-4260-4497

Anderson de Almeida Rocha – Doctor – andersonforbaby@gmail.com

 0000-0003-2704-8402

Daniel Domingues Monteiro – Graduado – danielmonteiro@gmail.com

 0009-0002-5777-9150


Natalia Oliva Teles – Doctora – natalia.oteles1@gmail.com

 0000-0002-1295-3701

Francisca Rego – Doctora – mfrego@med.up.pt

 0000-0001-8083-7895

Guilhermina Rego – Doctora – guilherminarego@med.up.pt

 0000-0002-8590-9832

#### Correspondencia

Vania Novelli Domingues – Av. Princesa Isabel, 214, bloco A, ap. 304, CEP 22011-010. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

#### Contribución de los autores

Vania Novelli Domingues participó de la concepción del estudio, desarrollo de la metodología, recopilación y análisis de datos y redacción del manuscrito. Mônica Monteiro participó de la elaboración de la metodología, recopilación y análisis de datos y redacción del manuscrito. Anderson de Almeida Rocha participó de la análisis e interpretación de resultados y revisión crítica del contenido. Daniel Domingues Monteiro participó de la análisis de datos, análisis e interpretación de resultados y revisión crítica del contenido. Natalia Oliva Teles participó de la análisis e interpretación de resultados y revisión crítica del contenido. Francisca Rego participó de la análisis e interpretación de resultados y revisión crítica del contenido. Guilhermina Rego participó de la análisis e interpretación de resultados y de la revisión crítica del contenido. Todos los aprobaron la versión final y tienen responsabilidad por la integridad del contenido.

**Disponibilidad de los datos:** Los datos están disponibles a solicitud del autor correspondiente, debido a restricciones de carácter ético.

**Editora responsable:** Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

**Recibido:** 11.6.2025

**Revisado:** 22.10.2025

**Aprobado:** 11.11.2025