

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE
EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

PAULA AZAMBUJA GOMES

PORTO ALEGRE
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE
EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

PAULA AZAMBUJA GOMES

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de Mestre em Medicina: Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

PORTO ALEGRE
2021

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Gomes, Paula Azambuja
DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM UMA UNIDADE DE
EMERGÊNCIA / Paula Azambuja Gomes. -- 2021.
77 f.
Orientador: Dr. José Roberto Goldim.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto
Alegre, BR-RS, 2021.

1. Tomada de decisão. 2. Diretivas antecipadas. 3.
Serviço Médicos de Emergência. 4. Bioética. I. Roberto
Goldim, Dr. José, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Paula Azambuja Gomes

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Ciências Médicas pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dr. José Roberto Goldim

Aprovada em: Porto Alegre-RS, 19 de março de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

Nome e titulação do orientador: Dra. Silvia Regina Rios Vieira

Instituição do orientador: Docente do PPGCM

Nome e titulação do membro da banca: Dr. Odirlei Andre Monticielo

Instituição do membro da banca: Docente do PPGCM

Nome e titulação do membro da banca: Dra. Rosana Garbin

Instituição do membro da banca: Professora da Escola Superior da Magistratura e da ENFAM, e professora externa de cursos de lato sensu da PUC/RS e da FMP/RS

Nome e titulação do membro da banca: Dra. Cristiane Avancini Alves

Instituição do membro da banca: Pesquisadora no Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência -HCPA

Nome e titulação do membro da banca: Paulo Roberto Antonacci Carvalho

Instituição do membro da banca: Professor Titular / Departamento de Pediatria - UFRGS.
Professor Orientador / Programa de PGSCA - UFRGS

*“O tempo é indivisível. Dize,
Qual o sentido do calendário?
Tombam as folhas e fica a árvore,
Contra o vento incerto e vário.*

*A vida é indivisível. Mesmo
A que se julga mais dispersa
E pertence a um eterno diálogo
A mais insequente conversa.*

*Todos os poemas são um mesmo poema,
Todos os porres são o mesmo porre,
Não é de uma vez que se morre...
Todas as horas são horas extremas!”*

(Mário Quintana, 1906-1994).

AGRADECIMENTOS

No velejar das águas da vida, não estamos sozinhos, estamos interligados nesta rede de conexões e auxílios.

Agradeço ao meu querido orientador Dr. José Roberto Goldim pela construção deste trabalho, por ter me resgatado no momento em que imaginava estar fora do barco e desejando retornar ao porto, por ter me posicionado novamente, confiado no meu potencial quando eu não mais o fiz, ter acolhido minha ideia e gentilmente aceitado me orientar nestes últimos 4 anos desde a Residência Multiprofissional em Adulto Crítico.

Agradeço ao Grupo de Bioética por ser um lar de conhecimentos e mentes inquietas me possibilitando tanto aprendizado e desejo de seguir junto enquanto for possível.

Agradeço aos médicos do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/HCPA, que acolheram minha pesquisa e gentilmente a responderam, pelo aprendizado dentro do adulto crítico possibilitando hoje maior eficiência em meu trabalho como Psicóloga Hospitalar. No velejar destas águas da emergência hospitalar agradeço a Psicóloga Simone Scremin pelo aprendizado e disponibilidade do material literário.

A rota deste velejar construída até agora, só foi possível de ser iniciada devido a psicóloga Monica Echeverria, o qual tem minha gratidão como supervisora e amiga, que com seu olhar me permitiu adentrar o universo da Psicologia Hospitalar e com isso meu desabrochar na minha missão profissional, possibilitando que os mapas da vida até então confusos começassem a fazer sentido pois me entregou a bússola.

Agradeço a Thais Stheigleder pela luz nos momentos em que não havia mais criatividade, pela paciência em refletir minhas ideias com tamanha inventividade e por vezes analisar a bussola comigo e me auxiliar a redirecionar a rota.

E por fim, estes mapas com rotas confusas só puderam ser abertos pois tive uma base familiar que permitiu, agradeço aos meus pais Iara Gomes e Aristides Gomes, por possibilitarem meu crescimento, que eu colocasse energia em cada ideia nova me disponibilizando tantos quantos recursos fossem necessários.

RESUMO

Introdução: O médico que atua em uma unidade de emergência se defronta com casos que exigem uma rápida decisão e intervenção. Tais situações implicam em na possibilidade de grande desgaste para o profissional, pois as suas decisões ter importantes repercussões para os pacientes e seus familiares. Alguns pacientes que buscam atendimento em emergência hospitalar já estão com doenças avançadas, inclusive podendo estar fora de possibilidades terapêuticas de cura. Estes pacientes podem ter tratamentos desproporcionais ao seu estado de saúde. Alguns destes pacientes já podem ter tomado decisões sobre tratamentos futuros, por meio de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). Uma importante questão de investigação envolve os fatores que podem interferir na tomada de decisão dos médicos diante de Diretivas Antecipadas de Vontade de pacientes. **Objetivos:** avaliar o desenvolvimento psicológico-moral e o posicionamento dos médicos, que atuam em um serviço de emergência hospitalar, em termos de conhecimentos, sentimentos e valores associados a tomada de decisão envolvendo Diretivas Antecipadas de Vontade de pacientes. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional transversal, no ano de 2018, envolvendo 43 médicos que atuam no Serviço de Emergência Adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Foram utilizados dois instrumentos previamente utilizados em outra pesquisa semelhante, realizada em unidades de terapia intensiva. O primeiro questionário é composto por dados demográficos e características profissionais dos médicos, como idade; sexo; tempo de atividade em Emergência; assim como por questões envolvendo conhecimentos, sentimentos e valores associados. O segundo instrumento avalia o desenvolvimento psicológico-moral individual, por meio de uma escala já validada. Os dados foram avaliados por meio de métodos mistos, ou seja, de forma qualitativa e quantitativa. **Resultados:** Todos os médicos avaliados tem capacidade para tomar decisão e 75% deles já conheciam Diretivas Antecipadas de Vontade. Na opinião dos médicos a vontade do paciente deve ser determinante, mas com a validação dos familiares. **Considerações Finais:** a maioria dos médicos já tinha conhecimento prévio sobre Diretivas Antecipadas de Vontade e se posicionaram a favor da utilização deste tipo de documento mesmo em uma Emergência Hospitalar. Os médicos reconhecem a necessidade de amparo legal que permita maior segurança na sua utilização.

Palavras-chave: Diretivas antecipadas; Tomada de decisão; Serviço Médicos de Emergência; Bioética.

ABSTRACT

Introduction: The physician acting in an emergency unit is faced with cases that require a quick decision and intervention. Such situations imply in the possibility of great distress for the professional, as their decisions have important repercussions for the patients and their families. Some patients who seek emergency hospital care are already suffering from advanced diseases, and may even be out of therapeutic possibilities of cure. These patients may have treatments disproportionate to their health. Some of these patients may already have made decisions about future treatments, through Living Wills. An important research question involves the factors that may interfere with doctors' decision making under patients' Living Wills. **Objectives:** to evaluate the psychological-moral development and positioning of doctors, who act in a hospital emergency service, in terms of knowledge, feelings and values associated with decision making involving patients' Living Wills. **Methods:** A cross-sectional observational study in 2018, was conducted involving 43 physicians who work in the Adult Emergency at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Data was collected using two instruments, previously used in another similar research, carried out in intensive care units. One questionnaire to collect physicians' demographic and professional characteristics data, such as age; sex; time of activity in Emergency; and questions involving knowledge, feelings and associated values. The second instrument evaluates the individual moral-psychological development, through a validated scale. The data were evaluated through mixed methods, that is, in a qualitative and quantitative approach. **Results:** All doctors evaluated have the capacity to make decisions and 75% of them already knew Living Wills. In the opinion of the doctors the will of the patient should be determinant, but with the validation of the relatives. **Final Considerations:** Most of the doctors already had previous knowledge about Living Wills and were in favor of using this type of document even in a Hospital Emergency. The doctors recognize the need for legal support that allows greater safety in its use.

Keywords: Advance Directives; Decision making; Emergency Medical Services; Bioethics.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – ESTRATÉGIAS DE BUSCA PARA LOCALIZAR E SELECIONAR ARTIGOS DE INTERESSE (PUBMED E SCIELO).	13
FIGURA 2 – MARCO CONCEITUAL	28
ARTIGO: FIGURA 1 – RESPOSTAS, EM FREQUÊNCIAS RELATIVAS, ASSOCIADAS AOS ASPECTOS QUE OS MÉDICOS JULGAM PODER INFLUENCIAR NA UTILIZAÇÃO DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM ATENDIMENTOS PRESTADOS EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR (N=32)	43

LISTA DE TABELAS

ARTIGO: TABELA 1 – RESPOSTAS DADAS POR 31 MÉDICOS QUE ATUAM EM ÁREA DE EMERGÊNCIA EM RELAÇÃO QUATRO DIFERENTES CENÁRIOS DE PARTICIPAÇÃO DE PACIENTES E FAMILIARES NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO (N=31).	48
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAV	Diretiva Antecipada de Vontade
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
POA	Porto Alegre
SEH	Serviço de Emergência Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
SE	Serviço de Emergência
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2.REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR INFORMAÇÕES	12
2.2 SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA	13
2.3 AUTONOMIA E AUTODETERMINAÇÃO	15
2.4 TOMADA DE DECISÃO E DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO-MORAL	18
2.5 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE.....	19
2.6 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM EMERGÊNCIA	21
2.7 CONHECIMENTO E POSICIONAMENTO DOS MÉDICOS SOBRE AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE.....	23
2.8 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE SOB O OLHAR DA BIOÉTICA COMPLEXA ..	25
3. MARCO CONCEITUAL E DESENHO	28
4. JUSTIFICATIVA	29
5. OBJETIVOS	29
5.1 OBJETIVO GERAL	29
5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	29
6. REFERÊNCIAS	30
ARTIGO: DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR	35
APÊNDICES	59
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	59
APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO	61
ANEXOS	66
ANEXO 1 – INSTRUMENTO UTILIZADO PARA AVALIAR O DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO-MORAL.....	66
ANEXO 3 - APROVAÇÃO DO CEP-HCPA.....	69

1 INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios da ciência e da medicina vem sendo a busca do prolongamento do período de vida e a tentativa de postergar o momento da morte. Isto tem ocorrido com a modificação do curso natural de doenças, com consequências que extrapolam o campo da saúde, ou seja, sobre o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de pessoas com múltiplas comorbidades. Esta realidade vem despertando reflexões sobre os reais benefícios que esses tratamentos podem trazer tendo em vista que, muitas vezes, vem acompanhado de sofrimentos físicos e emocionais ^(1,2).

Por meio destas reflexões, vem se percebendo nas últimas décadas o avanço do reconhecimento da autonomia e do direito do paciente se autodeterminar, do direito de ser informado, de poder participar da escolha de seu tratamento, enfim, de poder consentir ou recusar procedimentos ou terapêuticas propostas⁽¹⁾. Houve uma mudança do cuidado paternalista para o cuidado centrado no paciente. Para que isto ocorra de forma adequada, os atendimentos devem ser baseados em evidências para garantir alta qualidade assistencial prestados. Da mesma forma, as considerações éticas relacionadas devem evoluir no sentido de respeitar a autonomia do paciente ⁽²⁾.

O respeito ao direito do paciente de se autodeterminar pode ser alcançado através da sua participação do planejamento dos cuidados relacionados à sua saúde, assim como em poder expressar seus desejos e em ter a oportunidade de aceitar ou recusar tratamentos ou procedimentos. O Princípio do Respeito à Autonomia, garante a liberdade para que a pessoa possa tomar suas próprias decisões, sem a influência coercitiva do meio externo ⁽³⁾.

O Direito à Autonomia é assegurado pela Constituição Brasileira de 1988 em seu artigo 5º, que estabelece que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade ⁽⁴⁾.

Em nível mundial, o respeito pelos valores, preferências e objetivos do paciente varia de acordo com questões culturais do país ou região, com repercussões em termos do cuidado ser mais focado no paternalismo ou centrado no paciente. Os aspectos socioeconômicos, legais, culturais e religiosos também interferem sobre a autonomia do paciente ⁽²⁾.

Respeitar a autonomia e possibilitar um cuidado centrado no paciente é um desafio à Medicina de Emergência, tendo em vista que é uma especialidade recente que procura diminuir a mortalidade em pacientes que precisam de um atendimento sem agendamento prévio, que possuam uma doença ou lesão grave, ou seja, para fornecer tratamentos de suporte à vida e tratamento a pacientes com doença aguda ⁽⁵⁾. Com isso, estas perspectivas de cuidado nem sempre são concordantes, podendo haver diferentes expectativas por parte do paciente e da equipe assistencial ⁽⁶⁾.

Corroborando isso, alguns pacientes, que buscam atendimento em emergência com doença avançada e fora de possibilidades terapêuticas de cura, acabam por se deparar com os tratamentos, propostos pelos médicos que atuam em emergência, que apenas visam o prolongamento da vida, sem considerar o viver associado. Todavia, esta proposta pode não concordar com os objetivos dos pacientes, ou não abordar os sintomas para os quais foram buscados os cuidados de emergência. Estas propostas podem ocasionar um prolongamento da vida com conseqüente sofrimento físico, psicossocial, espiritual e financeiro ⁽⁶⁾.

No Brasil existem poucos estudos relacionando estas questões, pois a possibilidade dos pacientes manifestarem as suas preferências de tratamento, de forma antecipada, por meio de Diretivas Antecipadas de Vontade, só foi prevista pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2012 ⁽⁷⁾, por meio da Resolução de nº 1995/2012 ⁽⁸⁾. As Diretivas Antecipadas de Vontade são definidas como o conjunto de desejos e vontades, expressos pelo paciente, de forma prévia, sobre cuidados e tratamentos que gostaria, ou não, de receber quando estiver incapacitado de se expressar livre e autonomamente. Esta manifestação deve ser registrada em prontuário e levada em consideração no caso de o médico ter que tomar alguma decisão ⁽⁸⁾.

Alguns estudos demonstram dúvidas e falta de esclarecimento dos profissionais, assim como medo associado à ausência de legislação brasileira específica sobre o tema ⁽⁷⁾. O nosso grupo de pesquisa já realizou um estudo na área da Medicina Intensiva, onde médicos afirmaram valorizar a vontade de seus paciente, mas que deveria haver maior amparo legal ⁽⁹⁾.

É fundamental valorizar a participação dos pacientes nas decisões, assim como, não focar apenas na saúde física do paciente, mas também nas suas dimensões mentais e sociais associadas. Diante de um assunto tão complexo, é importante ampliar o conhecimento e a discussão das Diretivas Antecipadas de Vontade em Medicina de Emergência sobre a garantia da autodeterminação do paciente e dos aspectos pessoais dos médicos sobre os diferentes

aspectos envolvidos na sua utilização. A questão de pesquisa ainda pendente era qual o conhecimento e o posicionamento de médicos que atuam em emergência hospitalar em relação às Diretivas Antecipadas de Vontade de pacientes?

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR INFORMAÇÕES

A estratégia de busca utilizou as seguintes bases de dados bibliográficos: US National Library of Medicine (PubMed) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO). As palavras-chave utilizadas nas diferentes bases, foram: *advance directives*, *emergency medical service*, *decision making*, *clinical decision-making*, *bioethics*. Foram utilizadas as sinónimas e generalizações oferecidas pelos dois sistemas de busca (figura 1).

Na base Scielo, não foram localizados artigos com todos os descritores selecionados. Foram localizados vinte e oito (28) artigos com o descritor *emergency medical service*. Destes, doze (12) foram utilizadas neste artigo, sendo que quatro (4) se referem ao conhecimento de médicos e estudantes de medicina sobre diretivas antecipadas de vontade e o processo da tomada de decisão.

Na base Pubmed foi possível recuperar dez (10) artigos com os quatro descritores. Dois artigos se referiam a diretivas antecipadas não padronizadas em medicina e foram utilizados nesta pesquisa.

Também foram consultados dissertações e capítulo de livros, páginas da web como parte integrante do levantamento bibliográfico. Foram selecionadas as publicações dos últimos cinco anos. Os artigos mais antigos foram selecionados em razão de sua relevância para o tema.

DESCRITOR	PUBMED	SCIELO
Advance Directives (1)	8,534	19
Decision Making (2)	337,973	22
Clinical Decision-Making (3)	84,963	16
Emergency Medical Services (4)	161,483	28
Bioethics (5)	35,171	833
(1) + (2)	3,234	1
(1) + (2) + (3)	723	0
(1) + (2) + (3) + (4)	22	-
(1) + (2) + (4)	101	0
(1) + (2) + (4) + (5)	10	-

Figura 1 - Estratégias de busca para localizar e selecionar artigos de interesse (PUBMED e Scielo).

2.2 SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

No Brasil, a uniformização dos Serviços de Emergência (SE) veio a ocorrer em 1994, com a Portaria nº 320 do Ministério da Saúde ⁽¹⁰⁾, que cria o código de atendimento específico em urgência e emergência, instituindo que esses Serviços deveriam dispor de atendimento nas especialidades Clínicas, Cirúrgicas e/ou Traumato-Ortopedia. O atendimento deste serviço, que deve ser realizado por profissional de Medicina, tem funcionamento nas 24 horas do dia.

Da mesma forma, os Serviços começam a adotar algumas medidas de padronização de atendimentos, principalmente relacionados aos conceitos de “urgência” e “emergência”, a fim de evitar a sua utilização por pacientes considerados como necessitando de tratamento não urgente ⁽¹⁰⁾.

A Portaria nº 354/2014 do Ministério da Saúde, que estabeleceu as *Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência*, define Emergência como: a “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” ⁽¹¹⁾. Ou seja, a atendimento de emergência tem por finalidade auxiliar a sobrevivência frente as ameaças agudas à vida, prevenir o sofrimento e a morte prematura, pelo tratamento e acompanhamento de pacientes com instabilidade fisiológica potencialmente grave por doença reversível ⁽⁶⁾.

O artigo 1º, da Resolução 1.451/1995 do Conselho Federal de Medicina ⁽¹²⁾, define Urgência como sendo a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata e define a Emergência como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato ⁽¹²⁾.

O Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-HCPA, teve início das suas atividades em 1976 e, desde então, atende a vários níveis de complexidade nas áreas clínica, pediátrica, cirúrgica e ginecológica, sendo considerado como a porta de entrada para atendimento hospitalar de pacientes graves com risco de vida associado. O Serviço de Emergência do HCPA é parte da Rede Municipal de Atenção às Emergências e Urgências, tendo interfaces com a rede interna e externa da Instituição ⁽¹³⁾.

O Serviço de Emergência do HCPA tem convivido com uma superlotação histórica, uma vez que atende, em média, duas vezes a sua capacidade. A capacidade prevista era de 49 leitos, porém o atendimento médio é em torno de 100 pacientes. Gerando uma demanda bastante elevada para todos os profissionais que ali trabalham ⁽¹⁴⁾.

Muitas vezes, o que se vivencia nos atendimentos de emergência são atendimentos de pacientes portadores de doença crônico-degenerativa, com agudização de sua doença de base. Quando estes atendimentos envolvem pacientes crônico-críticos fora de possibilidades

terapêuticas de cura, podem ser constados problemas éticos quanto à adequação do tratamento a ser utilizado ⁽⁶⁾.

Habitualmente, os serviços de emergência, devido a mudanças e complicações repentinas no quadro clínico do paciente, priorizam tratamentos médicos, muitas vezes agressivos, com a finalidade de prolongar a vida do paciente. Contudo, para pacientes sem possibilidade de cura ou que estão em fase de final de vida, tais tratamentos podem ser considerados como obstinação terapêutica, mesmo em atendimentos de emergência ⁽¹⁵⁾. Este tipo de atendimento pode acarretar desconforto físico e piora na qualidade de vida do paciente, assim como pode ser entendido como uma falsa esperança e gerar custos elevados aos familiares, assim como consumo exagerado de recursos da sociedade ⁽¹⁶⁾.

2.3 AUTONOMIA E AUTODETERMINAÇÃO

O Princípio do Respeito à Pessoa é central na Bioética, bem como, contém algumas características que o compõe, sendo estas a veracidade, autonomia e privacidade. Este princípio recebeu diferentes designações, tais como Princípio do Consentimento ou Princípio da Autonomia, de acordo com diferentes autores em diferentes épocas ⁽¹⁷⁾.

O conceito de autonomia vem de Kant e sua convicção de que a característica antropológica essencial do ser humano é a sua livre vontade, independentemente de qualquer contingência ou condição. O dever moral é ser fiel à boa vontade que é governada pelo imperativo categórico para tratar cada pessoa como um fim e não apenas como um meio. A autonomia é a possibilidade de dar um real significado e entendimento às normas às quais todas as pessoas estão submetidas. Kant afirmava que:

"Duas coisas que me enchem a alma de crescente admiração e respeito, quanto mais intensa e frequentemente o pensamento dela se ocupa: o céu estrelado sobre mim e a lei moral dentro de mim."⁽¹⁸⁾.

Outro autor fundamental, John Stuart Mill, estabeleceu que: "Sobre si mesmo, sobre seu próprio corpo e mente, o indivíduo é soberano"⁽¹⁹⁾.

Esta tradição anglo-saxã se consagrou com a sentença do juiz Benjamin Cardozo, no caso Schloendorff, quando estabeleceu que: “Todo ser humano de idade adulta e com plena consciência, tem o direito de decidir o que pode ser feito no seu próprio corpo”⁽²⁰⁾.

No princípalismo norte-americano, nesta mesma perspectiva, o respeito à autonomia, em conjunto com a beneficência, não maleficência e justiça, assume um papel central nas tomadas de decisão. Por outro lado, no princípalismo europeu, a autonomia, em conjunto com a dignidade, integridade e vulnerabilidade, é mais compreendida como um direito a ser preservado, mais do que um dever em si ⁽²¹⁾.

O princípio da autonomia estabelece este direito da pessoa poder tomar suas próprias decisões sem influência coercitiva externa. O respeito ao direito do paciente de se autodeterminar e a participar do planejamento dos cuidados em relação a saúde, de aceitar ou recusar tratamentos ou procedimentos, assim como de poder expressar seus desejos, desafiou a antiga perspectiva paternalista médica. A autonomia do paciente é uma parte essencial na prática médica contemporânea ⁽³⁾.

O direito à autonomia é assegurado pela Constituição Brasileira de 1988 em seu artigo 5º, que estabelece que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade ⁽⁴⁾.

O Art. 17 da Lei 10.741/2003, que estabeleceu o Estatuto do Idoso, prevê que uma pessoa capaz tem o direito de optar pelo tratamento que lhe for mais favorável. Caso não esteja em condições de tomar decisões, o seu curador, seus familiares poderão assumir este papel. Nas situações de risco iminente à vida do paciente, e na ausência de possibilidade de manifestação do próprio paciente ou de seus familiares ou responsáveis legais, o médico deve decidir qual o tratamento mais adequado a esta situação ⁽²²⁾.

O Código Civil, no Artigo 15 do capítulo II, referente aos Direitos da Personalidade, estabelece que “Ninguém *pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica*” ⁽²³⁾.

Ou seja, desde o ponto de vista ético e legal, um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação é uma pessoa autônoma. Respeitar a autonomia é valorizar a consideração sobre as opiniões e escolhas, evitando, da

mesma forma, a obstrução de suas ações, a menos que elas sejam claramente prejudiciais para outras pessoas ⁽¹⁷⁾.

O conceito de autonomia habitualmente engloba a autodeterminação. A autonomia como capacidade para tomar decisões deve ser diferenciada da autodeterminação, que é a efetivação destas decisões, é a ação decorrente das decisões tomadas ⁽²⁴⁾.

Entretanto, nem todas as pessoas tem a possibilidade de se autodeterminar, visto que esta autodeterminação se desenvolve ao longo da vida e do viver de cada um. Mesmo pessoas capazes podem perder a possibilidade de efetivarem as suas decisões, total ou parcialmente, devido a doenças, distúrbios mentais ou circunstâncias que severamente restrinjam à sua liberdade ⁽¹⁷⁾.

A relação e a diferenciação entre Autonomia e Autodeterminação deve ser adequadamente entendida, pois ambas podem existir de modo independente. Um paciente em estado de incapacidade, ou seja, sem Autonomia, pode querer se autodeterminar desejando realizar uma ação sem a devida noção de suas repercussões. Por outro lado, um paciente autonomamente capaz pode abrir mão de sua Autodeterminação delegando que as decisões a seu respeito sejam tomadas por outras pessoas ⁽²⁴⁾. Esta possibilidade está prevista na mesma Resolução CFM 1995/2012 que previu a utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade. Existe a previsão de que o paciente possa designar alguém para representa-lo no caso de sua incapacidade. Esta pessoa, designada como representante do paciente, participará em conjunto com a equipe processos de tomada de decisão ⁽⁸⁾. Nos Estados Unidos também existe esta previsão, com a denominação de *power of attorney*, ou seja, uma pessoa que tem poderes para representar o paciente durante a sua incapacidade ⁽²⁵⁾.

Ultimamente, os pacientes tem assegurado seu direito de liberdade e autonomia mesmo no final de sua vida, pois vêm adquirindo um perfil mais atuante, participativo e influente nos assuntos que envolvem sua saúde. A possibilidade de poderem manifestar-se antecipadamente quanto a seus desejos de tratamento, de buscar garantir que as suas vontades e não-vontades venham a ser consideradas, mesmo em caso de posterior incapacidade, aumenta a complexidade da sua relação com a equipe de saúde e seus familiares ^(26,27).

2.4 TOMADA DE DECISÃO E DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO-MORAL

O processo de tomada de decisões é composto por vários fatores, com destaque para a capacidade do indivíduo para tomada de decisões e à garantia da voluntariedade. A capacidade de decisão de uma pessoa baseia-se em diversas habilidades, tais como a possibilidade de se envolver com o assunto, de compreender ou avaliar o tipo de alternativa e comunicar sua preferência⁽²⁸⁾. Isso se torna ainda mais complexo em se tratando de situações de terminalidade da vida, quando podem ocorrer conflitos principalmente quanto às condutas e procedimentos a serem adotados⁽²⁹⁾.

A comunicação efetiva e afetuosa entre os médicos, pacientes e familiares é um componente primordial do cuidado centrado no paciente e, conseqüentemente, do processo de decisão compartilhada. Entretanto, o atendimento de situações de emergência, especialmente pela premência do tempo, apresenta o desafio de poder estabelecer um relacionamento interpessoal e de troca de informações. Quando o paciente não está em condições de participar deste processo, a complexidade aumenta. As próprias Diretivas Antecipadas de Vontade podem não ser consideradas nas decisões, pois não estão disponíveis para os profissionais nos prontuários ou são desconhecidas até mesmo para os próprios familiares⁽³⁾.

Esta é uma situação de tomada de decisão paternalista pode ser justificada, na presunção de atender aos melhores interesses do paciente. Por outro lado, os médicos podem ser influenciados por suas convicções pessoais ou outros fatores externos, tais como desejos familiares, questões financeiras, ou medo de repercussões legais. Estes interesses de do médico e de terceiros podem levar a conflitos éticos com os interesses do próprio paciente⁽³⁰⁾.

As decisões tomadas em atendimentos de emergência podem implicar em um grande desgaste emocional para o profissional, principalmente em função da responsabilidade e das repercussões associadas, que podem gerar sofrimento e dor para com o próprio paciente e seus familiares. O desenvolvimento psicológico-moral do profissional pode ser um fator de proteção ou de exposição nestas situações, ao permitir que possam ser tomadas decisões coerentes embasadas em valores morais e com justificativas éticas adequadas⁽³¹⁾.

Várias classificações foram propostas para o desenvolvimento psicológico-moral algumas utilizando apenas três categorias: Anomia, Heteronomia e Autonomia. Em outras estas categorias foram desdobradas em mais estágios, como forma de permitir seu melhor entendimento. A das classificações estabelece sete estágios - Pré-social, Impulsivo,

Oportunista, Conformista, Consciosos, Autônomo e Integrado – para o desenvolvimento psicológico-moral. O estágio Pré-social é caracterizado pela de uma linguagem estruturada que impede a comunicação entre pessoas. Nos estágios Impulsivo e Oportunista é apenas a vontade que se manifesta, mas ainda sem um adequado enquadramento externo. É a expressão da Autodeterminação baseada nos interesses do indivíduo, sem que haja uma capacidade de Autonomia presente. Nos estágios Conformista, Consciosos, Autônomo e Integrado, progressivamente a Autonomia se torna presente, com reflexos na Autodeterminação. Progressivamente, os interesses pessoais vão interagindo com outros fatores externos e com a própria percepção das repercussões atuais e futuras das suas ações⁽³²⁾.

Quanto maior o desenvolvimento psicológico-moral, maior a capacidade de entendimento do próprio processo de tomada de decisão e suas consequências associadas. A caracterização da capacidade do indivíduo para a tomada de decisão é a expressão da relação entre a sua Autonomia pessoal e o seu entorno⁽³¹⁾.

2.5 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

As Diretivas Antecipadas de Vontade também podem ser denominadas por múltiplas outras expressões, tais como: testamento biológico, testamento vital, diretrizes antecipadas de tratamento, declaração antecipada de vontade, declaração antecipada de tratamento, declaração prévia de vontade do paciente terminal. As legislações de diferentes países utilizam denominações distintas, como: vontades antecipadas na Espanha; testamento biológico na Itália e *living will* ou *advance directives* nos Estados Unidos^(33,34). A expressão *Living Will* acabou gerando algumas traduções que utilizam o termo testamento. *Will* pode ser traduzido como comportamento, ou seja, vontade, ou como um documento, testamento⁽³⁵⁾. Vale lembrar que testamento é um documento que só se torna efetivo após a morte da pessoa que o elaborou. As Diretivas Antecipadas de Vontade, ao contrário, devem ser efetivas enquanto a pessoa, ainda que incapaz de tomar suas decisões, ainda está viva. Esta confusão de sentidos deve ser minimizada com o uso correto da expressão Diretiva Antecipada de Vontade^(33,34).

As Diretivas Antecipadas de Vontade foram legalizadas nos Estados Unidos da América no ano de 1990, e mais sendo mais tarde inserido no ordenamento jurídico em outros países, especialmente nas Américas e da Europa⁽³⁶⁾.

No Brasil, as Diretivas Antecipadas de Vontade, previstas na Resolução CFM 1995/2012, permitem que pacientes manifestem, de forma prévia e expressa, seus desejos a respeito de cuidados e tratamentos que querem, ou não, receber no caso de estarem incapacitados para tomada de decisão. Esta manifestação pode ser tomada em qualquer momento de suas vidas. O médico deverá registrar estes desejos no próprio prontuário do paciente permitindo que esta manifestação possa ser recuperada em atendimentos futuros do paciente. Desde que estes desejos não contrariem os preceitos do Código de Ética Médica, o médico levará em consideração estas manifestações, quando da tomada de decisão ⁽⁸⁾.

Alguns autores propõem que o registro das Diretivas Antecipadas de Vontade seja feito em documento público registrado em cartório ⁽³⁷⁾. Contudo, não há previsão legal ou deontológica para este tipo de registro. O prontuário médico é o documento qualificado para esta finalidade. A apresentação de algum outro documento pode influenciar, mas não substituir o registro em prontuário, a pedido do próprio paciente.

É importante destacar que a vontade do paciente, manifestada em Diretivas Antecipadas de Vontade, prevalecem sobre outras orientações, inclusive de seus familiares, durante a vigência de sua incapacidade. A denominação utilizada pelo Conselho Federal de Medicina foi muito adequada, pois diretivas são orientações, mas não obrigações ⁽⁸⁾.

Não existe no Brasil uma legislação específica sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade. A Resolução CFM 1995/2012 ⁽⁸⁾, é uma orientação restrita aos médicos. O Conselho Federal de Medicina tem a atribuição legal de regular o exercício da profissão médica no Brasil. A sua atuação pode complementar o que já está previsto na legislação ou, até mesmo, se antecipar a ela.

A participação ativa do paciente no processo de tomada de decisão sobre cuidados e tratamentos médicos, como já descrito anteriormente, tem respaldo na Constituição Federal brasileira, em seu artigo 5º ⁽⁴⁾ e no Código Civil, no seu artigo 15 ⁽²³⁾. A primeira estabelece a Autonomia como um direito fundamental e o segundo garante a participação e a possibilidade de consentir ou não em tratamentos médicos. Complementarmente, o Estatuto do Idoso, Lei 10741/2003, reitera a garantia de participação especificamente para as pessoas com idade acima de 60 anos ⁽²²⁾.

A Resolução CFM 1995/2012 também estabelece a possibilidade de designar um representante pelo paciente, para que possa participar das decisões, em conjunto com as equipes assistências, balizando os valores e as vontades do paciente incapacitado ⁽²²⁾.

Apesar de considerarem a Resolução CFM 1995/2012, como um marco histórico ⁽²⁶⁾, alguns autores apresentam a necessidade de que exista uma lei federal no Brasil

especificamente para este tipo de situação, ou seja, de manifestações antecipadas de vontade, sejam elas na perspectiva de Diretivas Antecipadas de Vontade ou na indicação de um representante⁽³⁵⁾.

A rigor, já existe respaldo legal, deontológico e ético para a utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil com base na Constituição Federal⁽⁴⁾, no Código Civil⁽²³⁾, no Estatuto do Idoso⁽²²⁾, na Resolução CFM 1995/2012⁽⁸⁾ e no Código de Ética Médica, Resolução CFM 2217/2018⁽³⁸⁾. Estes documentos se complementam e garantem a adequação de sua utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade. Os profissionais de saúde devem ser adequadamente esclarecidos destas questões para poderem se sentir tranquilos em levar os desejos documentados em prontuário dos pacientes, ainda que estejam incapazes, quando da tomada de decisão.

2.6 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM EMERGÊNCIA

Em situações de emergência, como o atendimento de uma parada cardíaca, na ausência de manifestação prévia do paciente e documentada por parte da equipe assistencial, os profissionais realizarão todos os esforços no sentido de preservarem a vida do paciente^(2,39).

Em situações de risco de vida, a simples sinalização de que o paciente não deseja um tipo de atendimento não exime as equipes de realizarem os tratamentos necessários. Existe o relato do atendimento de uma parada cardíaca ocorrido em uma paciente com uma tatuagem visível “Não Reanimar”. A equipe de reanimação optou por realizar as manobras necessárias. Após a sua reanimação, a paciente informou que não se importava em morrer, pois não desejava passar o resto de sua vida em uma casa de repouso e sem qualidade⁽³⁹⁾.

A proposta do uso de Diretivas Antecipadas de Vontade visa permitir que a autodeterminação do paciente possa ser preservada, mesmo em situações em que a sua autonomia não esteja mais presente. Esta manifestação prévia também possibilita ao paciente uma sensação de controle, pois pode pensar detalhadamente sobre as alternativas terapêuticas e mapear uma abordagem mais adequada aos seus objetivos, aos seus desejos e ao seu sistema de crenças e valores^(2,40).

Um estudo multicêntrico prospectivo realizado em três emergências de hospitais universitários na França, envolvendo 109 pacientes, verificou que decisões de suspender tratamentos de suporte de vida eram uma preocupação para 85,3% destas pessoas. Os fatores que mais influenciavam estas decisões foram as limitações funcionais prévias (71,6%) e a

própria idade (69,7%). Contudo, o estudo também verificou que 89,9% dos pacientes não tinham manifestado alguma orientação prévia. Os familiares estavam envolvidos no processo de tomada de decisão na maioria dos casos estudados (88,1%). Em média, ocorreu a morte de 43,1% destes pacientes após 21 dias. Os autores concluíram que a discussão sobre desejos e a sua manifestação prévia é ainda insuficiente⁽⁴¹⁾.

Em uma outra revisão internacional de mais de 100 artigos ficou demonstrado que, apesar dos pacientes e das equipes assistenciais expressarem atitudes positivas em relação as Diretivas Antecipadas de Vontade, os pacientes raramente preenchem formulários com preferências de tratamento que estão disponíveis nas instituições. Da mesma forma, foi possível identificar dificuldades na comunicação e implementação destas medidas. Uma justificativa apresentada pelos autores é que estes formulários institucionais utilizados no exterior ainda não estão incluídos como uma necessidade pelos pacientes^(40,42).

Estudos mostram que ocorreu um aumento nos últimos tempos do uso de diferentes formas de manifestação antecipada de desejos e vontades, entretanto ainda em níveis modestos⁽¹⁵⁾. Corroborando a isto, outro estudo concluiu que, apesar de haver uma maior aceitação das Diretiva Antecipada de Vontade, quase não existem consequências para o paciente em atendimento em um Serviço de Emergência, pois poucos pacientes já as definiram e menos ainda levam consigo um documento que as descreva, quando do seu atendimento⁽⁶⁾.

Uma alternativa de tentar melhorar esta comunicação de vontades foi a proposta do POLST (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment), que nada mais é do que um formulário estruturado com os diferentes meios de suporte de vida utilizados e as diferentes alternativas nas quais o paciente indica a sua aceitação ou negativa. É uma maneira de padronizar a manifestação de vontades proposta por uma organização não-governamental norte-americana⁽⁴³⁾. É um documento que fica com o paciente e este apresenta às equipes assistenciais. Sendo um documento preenchido pelos médicos após uma conversa com paciente e seu representante legal sobre os objetivos do tratamento⁽³⁵⁾. É uma maneira de estruturar a comunicação, mas continua com a mesma questão de ser um documento que não é do conhecimento das equipes assistenciais, salvo que o paciente ou seus familiares o apresentem quando de um atendimento.

Em Portugal, um estudo demonstrou 75% dos 60 profissionais entrevistados julgou que o melhor momento de verificar a existência de manifestações prévias por parte dos

pacientes é na sua admissão aos serviços de saúde. Contudo, apenas 7% destes profissionais verificam rotineiramente a se o paciente tem alguma manifestação prévia sobre desejos de como quer ser atendido⁽³⁶⁾.

Todos estes dados só demonstram a adequação da proposta do Conselho Federal de Medicina em propor que o registro das Diretivas Antecipadas de Vontade seja feito pelo próprio médico no prontuário do paciente, sem a necessidade de qualquer outro documento ou formalidade. Desta forma, a possibilidade de conhecimento destas manifestações pode ser ampliada.

2.7 CONHECIMENTO E POSICIONAMENTO DOS MÉDICOS SOBRE AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Já existem muitos estudos sobre como os médicos se posicionam frente a participação do paciente no processo de tomada de decisão, mesmo quando não mais capaz de expressar sua vontade diretamente.

Um estudo, que visou identificar as variáveis que influenciam os médicos a implementar as Diretivas Antecipadas de vontade e avaliar o seu impacto nos cuidados de fim de vida, demonstrou que em 86% dos casos, ter uma diretiva levou a menores taxas de intervenções invasivas nos últimos dias de vida do paciente e a adoção de cuidados paliativos por meio de medidas de conforto. Os médicos estavam propensos a acatar o desejo de seus pacientes e concordaram que ter uma manifestação prévia auxiliava no processo de tomada de decisão. Contudo, também enfatizaram que outros fatores também foram levados em consideração, especialmente condições de prognóstico e irreversibilidade do quadro de saúde apresentado pelo paciente⁽⁴⁴⁾.

Outro estudo, realizado no Sul do Brasil, teve por objetivo conhecer as dificuldades e limitações relacionadas à implementação das Diretivas Antecipadas de Vontade no contexto hospitalar. Os seus resultados evidenciaram que temores ligados às implicações legais foram determinantes e limitantes à utilização ou não de Diretivas Antecipadas de Vontade por parte de médicos, enfermeiros e familiares. Foi observado que as manifestações prévias podem não ser seguidas fidedignamente, principalmente nos casos em que há dúvidas quanto a estas orientações⁽¹⁾.

Um outro estudo, realizado com 238 estudantes de medicina brasileiros, teve como objetivo avaliar a compreensão acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade e as decisões envolvendo o final da vida. Os resultados demonstraram que apenas 6% dos estudantes tinham uma noção clara e 11% disseram desconhecer. Vale destacar que esta questão foi respondida apenas por 50% dos participantes. Após uma breve conceituação e esclarecimento, realizado no próprio estudo, foi verificado que 92% dos estudantes afirmaram que respeitariam a vontade do paciente em fim de vida que tivesse uma manifestação prévia. Por outro lado, 8% dos estudantes, mesmo após estes esclarecimentos, afirmaram que tomariam as decisões médicas que julgassem ser as melhores para o doente, ainda que contrariassem seu desejo expresso em uma Diretiva Antecipada de Vontade⁽⁴⁵⁾.

Em outro estudo realizado em uma única faculdade de medicina brasileira, envolvendo 348 alunos, verificou que 69,8% não conheciam o conceito de vontades antecipadas. A maioria dos alunos, cerca de 77,6%, afirmou que não teve a oportunidade de discutir este tema durante as aulas da graduação⁽⁴⁶⁾. Este estudo foi replicado em outra faculdade de Medicina em outro estado, com uma amostra de 147 estudantes. Os dados demonstraram que apenas 12,9% tinham uma noção clara do significado das Diretivas Antecipadas de Vontade. Contrariamente ao estudo anterior, 96,6% dos estudantes relataram que essa temática foi discutida na graduação e 87,1% afirmaram conhecer a Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina. A maioria dos estudantes, cerca de 98% dos alunos, declarou que respeitaria as determinações previstas em uma Diretiva Antecipada de Vontade, caso tivessem que atender a um paciente em fase final de vida que tivesse feito esta manifestação⁽⁴⁷⁾.

Em outro estudo, envolvendo 351 profissionais, 82,1% dos participantes não conheciam a Resolução CFM 1995/2012 e apenas 7,98% declararam saber redigi-lo⁽²⁷⁾.

Em um estudo envolvendo 115 médicos que atuam em unidades de terapia intensiva, apenas 10,4% dos participantes afirmou ter conhecimento suficiente sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade. Contudo, 80,9% dos médicos se manifestaram favoravelmente à utilização das Diretivas. A justificativa mais frequente para esta aceitação foi o reconhecimento da autonomia dos pacientes, utilizada por 67,7% dos participantes. Neste mesmo estudo, 81,7% dos médicos afirmaram que acatariam a vontade do paciente caso houvesse uma legislação específica que respaldasse esta decisão⁽²²⁾.

2.8 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE SOB O OLHAR DA BIOÉTICA COMPLEXA

A Bioética Complexa é entendida como uma reflexão complexa, interdisciplinar e compartilhada sobre a adequação das ações envolvidas na vida e no viver⁽⁴⁸⁾.

A Bioética Complexa busca realizar um diálogo e uma aproximação entre diferentes referenciais teóricos: a Ética das Virtudes, das Vontades, dos Princípios, dos Direitos Humanos, da Responsabilidade, das Consequências e da Alteridade. Este conjunto de referenciais pode gerar um conjunto harmônico de justificativas de adequação para as decisões tomadas e as ações a serem realizadas⁽⁴⁹⁾.

Na tomada de decisão em situações assistenciais, quatro aspectos devem ser considerados: as indicações médicas, as preferências do paciente, a sua qualidade de vida e as características do contexto, em termos de aspectos éticos, legais, sociais, econômicos, entre outros. Segundo esta proposta, todas as situações podem ser analisadas nesta perspectiva e nenhum caso pode ser discutido adequadamente sem levar em consideração estes quatro aspectos⁽⁵⁰⁾.

As Diretivas Antecipadas de Vontade, que garantem a consideração sobre as preferências dos pacientes, podem ter a sua adequação avaliada em todos estes referenciais teóricos. São diferentes formas de expressar o fundamento ético que respalda esta prática assistencial⁽⁵¹⁾.

Na Ética das Virtudes, que se baseia nos comportamentos individuais esperados e tidos como adequados⁽⁴⁹⁾. Desde o ponto de vista de um paciente que apresenta Diretivas Antecipadas de Vontade a virtude que mais se destaca é a Fidelidade. O paciente espera que o seu médico, ou a equipe assistencial, assim como os seus familiares, mantenham as promessas e os acordos já realizados. Existe a confiança de que, quando o paciente não mais puder participar ativamente do processo de tomada de decisão, a sua vontade seja considerada⁽⁵²⁾.

Na perspectiva da Ética da Vontade, os dois elementos mais importantes para caracterizar o valor moral associado a uma ação, são a intenção associada a esta ação e o consentimento para que a mesma ocorra^(48,53). Na relação entre o paciente e seu médico, ou a instituição onde o paciente recebe cuidados, existe, estes elementos de ambos os lados. O paciente tem a intenção de deixar registrados os seus desejos, as suas vontades, mas que

devem receber a consideração por parte dos profissionais que tomam as decisões. Por outro lado, a intenção dos profissionais ao proporem que o paciente elabore uma Diretiva Antecipada de Vontade é permitir que a vontade dele seja considerada mesmo quando estiver impossibilitado. O paciente ao consentir em elaborar esta manifestação estará dando autorização ao médico para que faça o registro adequado em prontuário e que outras pessoas possam também saber quais as orientações que o paciente deixou a respeito de opções de cuidado e tratamento⁽⁵³⁾.

Na Ética dos Princípios existem diferentes perspectivas que podem servir de orientação, a norte-americana e a europeia. Na perspectiva norte-americana, a adequação das Diretivas Antecipadas de Vontade se refere especialmente ao princípio da Autonomia, de valorizar a participação do paciente no processo de decisão. É ele que predomina na ponderação. O princípio da Justiça comparece ao propor a não discriminação do paciente que está impedido de decidir devido à falta de capacidade. A sua manifestação prévia serve como uma orientação na decisão, mesmo quando ele está impedido. O princípio da Beneficência e da Não Maleficência, que podem ser considerados em conjunto, são o objetivo final das decisões, ou seja, buscar o bem do paciente⁽⁵⁴⁾. Na perspectiva europeia dos princípios, não existe ponderação entre a Dignidade, Liberdade, Integridade e Vulnerabilidade, mas sim uma coerência na aplicação dos mesmos. As Diretivas Antecipadas de Vontade podem ser justificadas por todos estes quatro princípios. A Dignidade se manifesta na perspectiva de que, mesmo não estando mais em condições de tomar decisões, o paciente preserva plenamente a sua dignidade, gerando para as demais pessoas o dever de respeitá-la. O princípio da Liberdade permite justificar a possibilidade do paciente fazer suas escolhas, ainda que de forma antecipada sobre o que deseja ou não receber em termos de cuidados ou tratamentos. O princípio da Integridade justifica não receber medidas que apenas agreguem sofrimentos, que dilapidem o seu corpo. O princípio da Vulnerabilidade se refere a necessidade do paciente receber proteção adicional por estar incapacitado de tomar decisões. A coerência entre estas quatro justificativas permite verificar a plena adequação da utilização deste instrumento de manifestação de desejos e vontades⁽⁵⁵⁾.

A Ética da Responsabilidade tem um importante papel nas Diretivas Antecipadas de Vontade. O profissional de saúde assume uma responsabilidade prospectiva ao lidar com esta manifestação prévia do paciente. O paciente tem que ser adequadamente esclarecido do que poderá ocorrer caso a sua vontade seja efetivamente seguida quando da tomada de decisão. Estabelecer uma orientação futura para o seu tratamento é uma manifestação do princípio da

precaução, é estabelecer antecipadamente as medidas de contingência necessárias para preparar ações futuras previsíveis⁽⁵⁶⁾.

A Ética dos Direitos Humanos tem também um importante papel na justificação das Diretivas Antecipadas de Vontade. Os direitos individuais da Vida e da Liberdade. O direito à Vida permite que o paciente seja respeitado em sua integridade. O direito à Liberdade é que permite ter a expectativa de que as suas escolhas atuais possam ser levadas em consideração e, desta forma, a sua vontade possa estabelecer os limites de futuras intervenções de terceiros na área de cuidados de saúde⁽⁵⁷⁾.

A Ética das Consequências tem o seu foco nas repercussões das ações realizadas ou por realizar. Neste referencial a questão central é avaliar a utilidade das ações em termos do balanço entre os danos, que incluem sofrimentos, e os benefícios prováveis. A utilidade das ações na área da saúde pode assumir três perspectivas distintas: buscar reduzir os danos ou sofrimentos atuais e futuros; maximizar os benefícios das ações que poderão ser tomadas; ou buscar um balanço adequado entre danos, sofrimentos e benefícios. Este foco depende da condição atual do paciente, dos prognósticos associados, dos recursos ainda disponíveis para poder prover tratamento e cuidado. É neste conjunto de perspectivas que o paciente pode estabelecer Diretivas Antecipadas de Vontade que limitem tratamentos futuros ou que busquem maximizar medidas de conforto na perspectiva de reduzir sofrimentos atuais ou futuros. Nesta perspectiva consequencialista é que podem existir confrontos de posições entre o que foi estabelecido previamente pelo paciente, seus familiares e as próprias equipes assistenciais. As Diretivas Antecipadas de Vontade documentam as decisões do paciente que não está em condições de participar das decisões, que prevalecem sobre às manifestações de familiares e servem de orientação para as decisões a serem tomadas pelas equipes assistenciais⁽⁵⁸⁾.

A Ética da Alteridade ressalta a importância da inclusão do outro nas minhas considerações. Olhar as Diretivas Antecipadas de Vontade desde a perspectiva da Alteridade é possibilitar a expressão de um reconhecimento do outro como parte das minhas ações, como corresponsabilidade. A presença do outro que não pode ser negada, mesmo quando ele esteja incapaz de manifestar a sua vontade. As suas orientações para a deliberação já foram expressas neste documento. A copresença ética é esta possibilidade de preservar a relação, mesmo quando ela não possa se expressar diretamente. A relação do paciente com o seu médico e a sua família se reconfigura na perspectiva da Alteridade, não é mais a vontade de

um frente aos demais, não é uma concessão, nem uma imposição, mas uma vontade que se compartilha, que expressa uma possibilidade de consideração conjunta destas possibilidades de futuras decisões^(48,49).

As Diretivas Antecipadas de Vontade têm todas estas formas de justificar a sua adequação ética, legal, moral e social. É uma forma de preservar a participação no processo de tomada de decisão de quem não tem mais esta possibilidade. Esta impossibilidade não é motivo para que as suas preferencias sejam desconsideradas, ao contrário, é fundamental justamente preservar a sua participação ativa.

3. MARCO CONCEITUAL E DESENHO

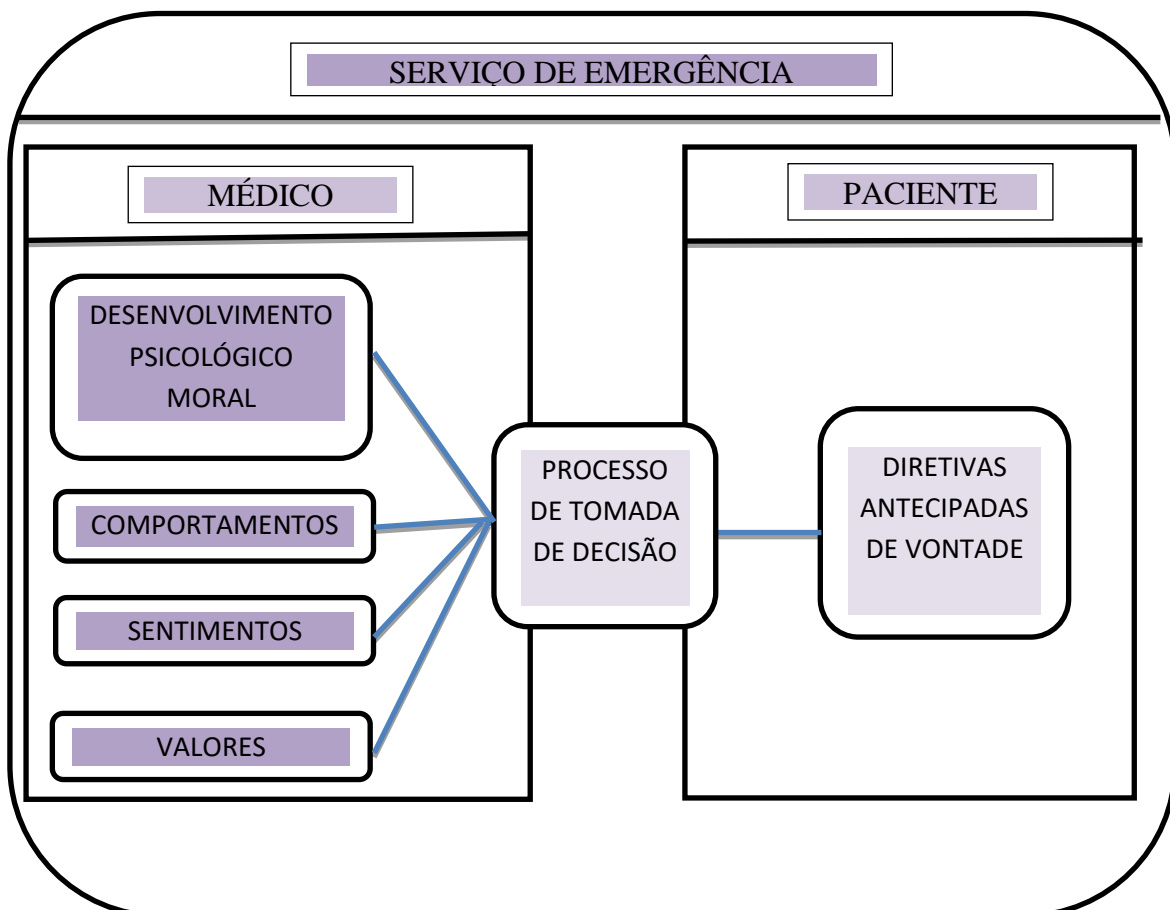


Figura 2 – Marco conceitual

4. JUSTIFICATIVA

Os atendimentos de saúde na área de emergência são, por definição, complexos especialmente em função da premência de tempo para a sua realização. A possibilidade de alguma restrição às alternativas terapêuticas a serem avaliadas, por meio de uma Diretiva Antecipada de Vontade do paciente, pode gerar estresse adicional aos profissionais e risco ao descumprimento de uma manifestação prévia do paciente. Conhecer o posicionamento de médicos que atuam em um serviço de emergência, diante de situação de atendimento de um paciente que tenha manifestado previamente sua vontade à equipe médica por meio de uma Diretiva Antecipada de Vontade é muito importante. É um assunto complexo e multifacetado, pois envolve a garantia a liberdade do paciente e visa permitir um processo de tomada de decisão adequado por todos as pessoas envolvidas, sejam os próprios pacientes, seus familiares ou os profissionais de saúde.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o posicionamento dos médicos que atuam em um serviço de emergência hospitalar frente a Diretivas Antecipadas de Vontade de pacientes.

5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- 1) Avaliar o conhecimento, sentimentos e valores dos médicos que atuam em um serviço de emergência hospitalar sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade;
- 2) Avaliar o desenvolvimento psicológico-moral dos médicos que atuam em um serviço de emergência hospitalar como meio de verificar a capacidade de tomada de decisão frente as Diretivas Antecipadas de Vontade.
- 3) Identificar possíveis fatores que possam interferir na tomada de decisão dos médicos diante das Diretivas Antecipadas de Vontade;

6. REFERÊNCIAS

1. Cogo SB, Lunardi VL, Quintana AM, Girardon-Perlini NMO, Silveira RS da. Challenges to implementation of advance directives of will in hospital practice. *Rev Bras Enferm.* 2016 Nov 1;69(6):1031–8.
2. Mentzelopoulos SD, Slowther AM, Fritz Z, Sandroni C, Xanthos T, Callaway C, et al. Ethical challenges in resuscitation. *Intensive Care Med.* 2018;44(6):703–16.
3. Mentzelopoulos SD, Haywood K, Cariou A, Mantzanas M, Bossaert L. Evolution of medical ethics in resuscitation and end of life. Vol. 10, *Trends in Anaesthesia and Critical Care.* Churchill Livingstone; 2016. p. 7–14.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasil; 1988.
5. ABRAMEDE. Medicina de Emergência . Associação Brasileira de Medicina de Emergência. Disponível em: <http://medicinadeemergencia.org>
6. Grudzen CR, Stone SC, Morrison RS. The palliative care model for emergency department patients with advanced illness. *J Palliat Med.* 2011 Aug 1 [cited 2021 Jan 9];14(8):945–50. Available from: [/pmc/articles/PMC3180760/?report=abstract](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2180760/)
7. Cogo SB, Lunardi VL. Anticipated directives and living will for terminal patients: an integrative review . Vol. 68, *Revista brasileira de enfermagem.* Associação Brasileira de Enfermagem; 2015 [cited 2020 Nov 2]. p. 464–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680321i>
8. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.995/2012: Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *D Of da União.* 2012;Seção I(170):269–270.
9. Lima EP de. Diretivas antecipadas de vontade em unidades de terapia intensiva das regiões Norte e Sul do Brasil (Orientador: Goldim JR). PPGCM-UFRGS [tese de Doutorado]; 2014.
10. Ministério da Saúde. PORTARIA DO MS/GM Nº 320 de 04 de fevereiro de 1994 . 320 Brasil; 1994. Available from: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/redes-de-atencao-a-saude-3/rede-de-urgencia-e-emergencia-1/rue-leg/13161-portaria-320-de-1994/file>
11. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 354/2014 . 2014. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html
12. Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.451/95 . Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1995/1451>
13. Hospital de Clínicas de Porto Alegre H. LINHA DO TEMPO . [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://sites.google.com/hcpa.edu.br/memorial-hospital-de-clnicas/linha-do-tempo>
14. Hospital de Clínicas de Porto Alegre H. Emergenciômetro - Portal Hospital de Clínicas de Porto Alegre . [cited 2021 Jan 9]. Available from:

- <https://www.hcpa.edu.br/emergenciometro>
15. Ding C. Death and do-not-resuscitate order in the emergency department: A three-year retrospective study in the Chinese mainland. *World J Emerg Med* . 2020 [cited 2020 Oct 29];11(4):231. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33014219/>
 16. Vancini-Campanharo CR, Vancini RL, Machado Netto MC, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA, et al. Do not attempt resuscitation orders at the emergency department of a teaching hospital. *Einstein (Sao Paulo)*. 2017 Oct 1;15(4):409–14.
 17. Goldim JR. Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia . 2004 [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm>
 18. Kant I. *Crítica da razão pura*. São Paulo: Martin Claret; 2005. 606 p.
 19. Mill JS. *On Liberty*. Boston: Collier; 1909.
 20. Cardozo B. Dissenting opinion in *Schloendorff v. Society of New York Hospital*. Vol. 211 N.Y. 1. 1914.
 21. Kottow M. El consentimiento informado en clínica: Inquietudes persistentes. *Rev Med Chil* . 2016 Nov 1 [cited 2021 Jan 9];144(11):1459–63. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001100012&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 22. Brasil. Estatuto do Idoso. Lei 10741/2003. 2003.
 23. Brasil. Código Civil. Lei 10.406/2002. 2002.
 24. Bajotto AP, Goldim JR. Case-Report: Autonomy and Self Determination of an Elderly Population in South Brazil. 2011;
 25. Grachinski Buiar P, Goldim JR. Barriers to the composition and implementation of advance directives in oncology: a literature review. *Ecancermedalscience*. 2019 Nov;13:1–12.
 26. Monteiro R da SF, Silva Junior AG da. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. *Rev Bioética* . 2019 Mar [cited 2020 Nov 1];27(1):86–97. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019271290>
 27. Chehuen Neto JA, Ferreira RE, Silva NCS Da, Delgado ÁHDA, Tabet CG, Almeida GG, et al. Testamento vital: o que pensam profissionais de saúde? *Rev Bioética* . 2015 Dec [cited 2020 Nov 1];23(3):572–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233094>
 28. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioethics and palliative care: Decision making and quality of life. *ACTA Paul Enferm* . 2012 [cited 2021 Jan 9];25(3):334–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 29. Goldim. JR. Paternalismo . 1998 [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://www.ufrgs.br/bioetica/paternal.htm>
 30. Burkle CM, Mueller PS, Swetz KM, Hook CC, Keegan MT. Physician perspectives and compliance with patient advance directives: The role external factors play on

- physician decision making . Vol. 13, BMC Medical Ethics. BMC Med Ethics; 2012 [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23171364/>
31. Raymundo MM, Francesconi C, Goldim J. O desenvolvimento moral como um indicativo da capacidade para consentir e suas implicações no processo de consentimento. *Revista Bioética*. 2007;28–122.
 32. Loevinger J, Wessler R. Measuring ego development: construction and use of a sentence completion test. Vol. 1. San Francisco: Jossey -Bass; 1970. 246 p.
 33. Alaves CA. Diretivas antecipadas de vontade e Testamento vital: considerações sobre linguagem e fim de vida. *Revista Jurídica*, nº 427. 2013;89–110.
 34. Alves CA. Diretivas antecipadas de vontade e testamento vital: uma interface nacional e internacional. *Bioética, Cuidado e Humanização*, Vol I. 2014;137–47.
 35. Dadalto L. Living Will's History: understanding the past and reflecting about the present *História do Testamento Vital: entendendo o passado e refletindo sobre o presente* . [cited 2020 Nov 1]. Available from: www.testamentovital.com.br.
 36. Ferreira C, Nunes R. Testamento vital: verificação e compartilhamento de informações em um hospital português. *Rev Bioética* . 2019 Dec [cited 2020 Nov 2];27(4):691–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019274352>
 37. Rossini R de CCC, Oliveira VI de, Fumis RRL. Testamento vital: sua importância é desconhecida entre os profissionais da saúde. *RBM rev bras med*. 2013;70(supl.2).
 38. Brasil. Conselho Federal de Medicina (CFM). 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; 2018. 110 p.
 39. Iserson K V. Nonstandard Advance Directives in Emergency Medicine: What Should We Do? *J Emerg Med* . 2018;55(1):141–2. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.04.020>
 40. Martin DK, Emanuel LL, Singer PA. Planning for the end of life . Vol. 356, *Lancet*. Elsevier Limited; 2000 [cited 2020 Oct 28]. p. 1672–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11089839/>
 41. Douplat M, Berthiller J, Schott AM, Potinet V, Le Coz P, Tazarourte K, et al. Difficulty of the decision-making process in emergency departments for end-of-life patients. *J Eval Clin Pract*. 2019;25(6):1193–9.
 42. Miles SH. Advance End-of-Life Treatment Planning. *Arch Intern Med* . 1996 May 27 [cited 2020 Oct 30];156(10):1062. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/653031>
 43. POLST: Portable medical orders for seriously ill or frail individuals . [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://polst.org/>
 44. Arruda LMA de, Abreu KPB, Santana LBC, Sales MV de C. Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care . Vol. 18, *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*. NLM (Medline); 2020 [cited 2020 Nov 2]. p. eRW4852. Available from: <http://dx.doi.org/10.31744/>

45. Silva JAC da, Souza LEA de, Costa JLF, Miranda H da C. Conhecimento de estudantes de medicina sobre o testamento vital. *Rev Bioética* . 2015 Dec [cited 2020 Nov 1];23(3):563–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233093>
46. Kulicz MJ, Amarante DF, Nakatani HTI, Arai Filho C, Okamoto CT. Terminalidade e testamento vital: o conhecimento de estudantes de medicina. *Rev Bioética* . 2018 Dec [cited 2020 Oct 31];26(3):420–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018263262>
47. Mendes MVG, Silva JC de O, Ericeira MAL, Pinheiro AN. Testamento Vital: Conhecimentos e Atitudes de Alunos Internos de um Curso de Medicina. *Rev Bras Educ Med* . 2019 Jun [cited 2020 Nov 2];43(2):25–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20180117ingles>
48. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. *Rev AMRIGS* . 2009 [cited 2020 Nov 14];58–63. Available from: http://www.amrigs.org.br/revista/53-01/17-322-bioetica_complexa.pdf
49. Goldim JR. Modelo Bioética e Complexidade . 2008 [cited 2020 Nov 16]. Available from: <https://www.ufrgs.br/bioetica/modcomp.htm>
50. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Ética Clínica: Abordagem Prática para Decisões Éticas na Medicina Clínica*. 7th ed. Porto Alegre, Brasil: ArtMed; 2012.
51. Pizzi J. *Ética e éticas aplicadas: a reconfiguração do âmbito moral*. Porto Alegre: Edipucrs; 2006. 163 p.
52. Pellegrino ED. Virtuous Physician, and the Ethics of Medicine. In: Shelp EE, editor. *Virtue and Medicine*. D. Reidel Publishing Company; 1985. p. 237–55.
53. Abelard P. *Ethical Writings: Ethics and Dialogue Between a Philosopher, a Jew, and a Christian*. Spade PV, editor. Indianápolis: Hackett Publishing Company, Inc.; 1995.
54. Beauchamp TL, Childress JF. *The Principles of biomedical ethics*. 1st ed. New York: OXFORD; 1978.
55. Kemp P. The globalization of the world. In: *Philosophical Problems Today*. Berlin: Springer; 2004.
56. Jonas H. *Ética, medicina e técnica*. Lisboa: Vega; 1994. 172 p.
57. UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. UNESCO. Paris: UNESCO; 2005.
58. Singer P. *Ética prática*. São Paulo: Martins Fontes; 1993.
59. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasil; 1988.

ARTIGO A SER ENCAMINHADO A REVISTA BIOÉTICA

ISSN 1983-8034 QUALIS A2

Título: DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Autores

Paula Azambuja Gomes¹ Mestranda em Medicina: Ciências Médicas.

Orcid iD <https://orcid.org/0000-0002-9663-8134>

José Roberto Goldim² Doutor em Medicina: Ciências Médicas

Orcid iD <https://orcid.org/0000-0003-2127-6594>

Resumo:

Introdução: O respeito ao direito do paciente se autodeterminar pode ser alcançado através da sua participação no planejamento dos cuidados relacionados à sua saúde. **Objetivos:** Avaliar o posicionamento dos médicos que atuam em um Serviço de Emergência Hospitalar (SEH) frente as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) de pacientes. **Métodos:** Estudo transversal observacional com 43 médicos que atuam no SEH do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Resultados:** A maioria dos médicos deste estudo (75%) afirmou conhecer ou ter ouvido falar sobre DAV, mas somente dois (6,25%) tinham conhecimento suficiente; 87,5% dos médicos foi favorável à sua utilização e a vontade do paciente foi considerada como determinante em três dos quatro cenários; 87,5% dos médicos considerou necessária a existência de uma legislação específica além da resolução do CFM 1195/2012. **Conclusão:** A maioria dos médicos já tinha conhecimento prévio sobre DAV e se posicionaram a favor da utilização deste tipo de documento em uma Emergência Hospitalar.

Palavras-chave: Tomada de decisão; Diretivas antecipadas; Serviço Médicos de Emergência; Bioética.

Abstract:

Introduction: Respect for the patient's right to self-determination can be achieved through their participation in the planning of care related to their health. **Objectives:** to evaluate the position of doctors who act in a hospital emergency service decision making involving patients' Living Wills. **Methods:** A cross-sectional observational study was conducted involving 43 physicians who work in the Adult Emergency at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Results:** Most of the doctors in this study (75%) claimed to know or have heard about living will and only two (6.25%) had sufficient knowledge; (87.5%) was favorable to its use and the patient's living will was considered as a determinant in three of the four scenarios; (87.5%) considered it necessary to have specific legislation in addition to the resolution of CFM 1195/2012. **Conclusion:** Most doctors already had previous knowledge about living will and were in favor of using this type of document in a Hospital Emergency.

Keywords Decision making. Advance Directives. Emergency Medical Services. Bioethics.

Resumen

Introducción: El respeto al derecho del paciente a la autodeterminación se puede lograr a través de su participación en la planificación de los cuidados relacionados con su salud. **Objetivos:** Evaluar la posición de los médicos que laboran en un Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) frente a las Directivas de Voluntad Anticipadas (DVA) de los pacientes. **Métodos:** Estudio observacional transversal con 43 médicos que laboran en la SUH del Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Resultados:** La mayoría de los médicos de este estudio (75%) afirmaron conocer o haber oído hablar de la DAV y solo dos (6,25%) tenían conocimientos suficientes; (87,5%) fue favorable a su uso y la voluntad del paciente fue considerada como determinante en tres de los cuatro escenarios; (87,5%) consideró necesario contar con legislación específica además de la resolución del CFM 1195/2012. **Conclusión:** La mayoría de los médicos ya tenían conocimientos previos sobre DVA y estaban a favor de utilizar este tipo de documentos en Urgencias Hospitalarias.

Palabras clave: Toma de decisiones; Directivas avanzadas; Servicio de Emergencias Médicas; Bioética.

Introdução

A ampliação da longevidade é um dos grandes desafios da ciência na área da saúde humana. Esta busca tem sido associada à tentativa de postergar o momento da morte, de modificar o curso natural da doença, e ao aumento da prevalência de pessoas com múltiplas comorbidades. O aumento da longevidade pode, algumas vezes, apenas prolongar a vida, sendo acompanhado pelo comprometimento do viver, da qualidade de vida^(1,2).

Da mesma forma, nas últimas décadas, vem ocorrendo um sensível avanço do reconhecimento da autonomia e do direito do paciente em se autodeterminar. Isto tem gerado desafios para os profissionais em termos de como informar adequadamente para poder permitir que o paciente possa decidir sobre o seu tratamento, com a liberdade de autorizar ou a recusar um procedimento ou terapêutica⁽¹⁾.

Um dos objetivos contemporâneos da área da saúde é de garantir a associação da alta qualidade assistencial com o respeito à autonomia do paciente. Isto tem sido especialmente desafiador nas emergências hospitalares⁽²⁾. Nos atendimentos de emergência, existe a constatação médica de condições de saúde que implicam em risco iminente de vida ou de sofrimento intenso. Estas condições exigem rápida tomada de decisão para permitir um adequado tratamento médico em um curto período de tempo⁽¹²⁾. Esta situação pode inclusive caracterizar a adequação de um paternalismo justificado, quando não existe a possibilidade de participação do paciente no processo de tomada de decisão.

O princípio do respeito à autonomia se associa ao direito da pessoa poder tomar suas decisões de forma livre, com um mínimo de influência externa. A garantia do respeito à pessoa para poder se autodeterminar, de poder expressar seus desejos e participar ativamente do planejamento dos cuidados em relação à sua saúde, vem sendo progressivamente incorporado à prática dos profissionais de saúde⁽³⁾. É importante diferenciar a autonomia, entendida como capacidade, da autodeterminação como exercício de decisão⁽²⁴⁾.

No Brasil, existem inúmeras garantias para o direito de participação das pessoas. A liberdade é um direito fundamental assegurado pelo artigo 5º da Constituição de 1988⁽⁵⁹⁾. O Código Civil de 2002⁽²³⁾, em seu Artigo 15, estabelece, como um dos Direitos da Personalidade, a garantia de poder participar ativamente nas decisões que envolvem tratamentos e procedimentos médicos. A Lei 10.741/2003 referente ao Estatuto do Idoso⁽²²⁾, em seu Artigo 17, estabelece proteção adicional aos idosos para garantir esta mesma

participação. Nesta Lei está previsto que na ausência da possibilidade de participação do paciente, esta decisão deverá ser tomada pelo seu curador, se houver, seus familiares e até mesmo o seu médico, em situações de risco à vida.

Entretanto, nem todas as pessoas tem as condições para exercerem a sua capacidade plenamente. O desenvolvimento psicológico-moral ocorre ao longo da vida de uma pessoa e pode ser reduzido por inúmeros fatores físicos e mentais, de forma de se autodeterminar, visto que esta capacidade amadurece durante a vida, e alguns indivíduos perdem esta capacidade seja total ou parcialmente devido a doenças, distúrbios mentais ou circunstâncias que severamente restrinjam a liberdade ⁽¹⁷⁾.

Muitas vezes os pacientes atendidos em emergências hospitalares podem não estar em condições de se autodeterminar. Por outro lado, os seus familiares podem tomar decisões que não sejam adequadas aos seus desejos. Isto pode ser evitado com a utilização de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) ou com a definição prévia de um representante que poderá tomar decisões na sua impossibilidade^(33,34).

No Brasil, esta garantia é dada pela Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que estabeleceu as condições e procedimentos para garantir que os desejos do paciente sejam considerados, mesmo quando não possa participar ativamente das decisões sobre tratamentos de saúde. Esta Resolução estabeleceu que a vontade expressa pelo paciente em uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV), registrada em seu prontuário pela equipe médica, prevalece sobre as decisões de seus familiares. A indicação de um representante, também identificado no seu prontuário, garantirá que esta pessoa será a sua interlocutora com a equipe assistencial. Somente o próprio paciente poderá alterar uma Diretiva Antecipada de Vontade ⁽⁸⁾.

Segundo esta mesma Resolução, a Diretiva Antecipada de Vontade deve ser levada em consideração pela equipe assistencial quando da tomada de decisão envolvendo um paciente incapaz de participar deste processo. As Diretivas são orientações, não obrigações ⁽⁸⁾.

Alguns estudos demonstram que existem dúvidas e falta de esclarecimento dos profissionais de saúde a respeito das Diretivas Antecipadas de Vontade. A este desconhecimento se agregam temores associados à falta de uma legislação específica sobre este tema no Brasil ⁽⁷⁾.

Realmente, não existe no Brasil uma legislação específica sobre este tema, mas o marco legal já existente, prevê esta possibilidade, em artigos da Constituição Federal, do Código Civil e do Estatuto do Idoso. A Resolução CFM 1995/2012 estabelece explicitamente as Diretivas Antecipadas de Vontade e a possibilidade de indicar um representante para fins de tomada de decisão em saúde. A associação destes documentos garante a adequação de sua utilização, desde o ponto de vista legal e deontológico⁽⁸⁾.

Em atendimentos de emergência algumas peculiaridades agregam outros fatores que podem dificultar a adequada utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade. Um fator é a falta de conhecimento prévio do paciente, de suas necessidades e de suas preferências. Em pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, a agudização de sua doença de base pode gerar importantes questões éticas sobre a adequação dos tratamentos a serem oferecidos. Isto ainda se torna mais difícil quando estes pacientes não têm mais possibilidade terapêutica de cura. Estas perspectivas nem sempre são concordantes entre pacientes, familiares e equipe assistencial⁽⁶⁾.

Nas situações envolvendo pacientes com doenças incuráveis ou estão em fase de final de vida, alguns tratamentos disponibilizados em um serviço de emergência podem ser considerados como obstinação terapêutica⁽¹⁵⁾. Este tipo de atendimento pode ter consequências para o paciente em termos de desconforto físico e perda de qualidade de vida. Para os familiares este tratamento pode acarretar falsas expectativas, podendo estar também a custos elevados. Desde o ponto de vista da sociedade, este tipo de atendimento pode gerar um consumo de recursos de forma fútil⁽¹⁶⁾.

Porém, nem sempre esta situação é clara. Muitas vezes o médico que atua em uma unidade de emergência se defronta com casos de difícil tomada de decisão, associada a um alto grau de incerteza. e, exigindo uma rápida intervenção. O desenvolvimento psicológico-moral influencia diretamente a abordagem de uma situação de tomada de decisão. É ele que permite melhor qualidade a todo o processo, em função da complexidade dos múltiplos interesses envolvidos⁽³¹⁾.

O desconhecimento e a incerteza associados às situações de emergência tornam ainda mais complexa esta tomada de decisão. Podem ocorrer expectativas conflitantes, principalmente quanto à conduta e procedimentos a serem adotados. O paciente, mesmo em final de vida, quando é levado para um atendimento em uma emergência tem a expectativa de ser ter a sua vida preservada. A busca de um atendimento emergencial pode ser entendida

como um pedido de socorro. O relacionamento profissional-paciente-família é fundamenta¹⁽²⁹⁾. A comunicação eficiente e afetuosa entre médicos, pacientes e familiares é um componente primordial do cuidado centrado no paciente, entretanto, nos atendimentos de emergência o tempo de interação é restrito ou até mesmo nulo. As Diretivas Antecipadas de Vontade podem ser um importante fator neste processo de comunicação e de tomada de decisão ao envolver não apenas a vida, mas também o viver do paciente. Porém, na maioria das vezes, as vontades, expectativas e desejos dos paciente associados ao seu viver futuro não são valorizados, não foram compartilhados ou são, até mesmo, desconhecidos⁽³⁾.

O objetivo do presente artigo é avaliar o posicionamento dos médicos que atuam em um serviço de emergência hospitalar frente a Diretivas Antecipadas de Vontade de pacientes, em termos de conhecimento, valorização e respaldo ético-legal.

Método

Foi realizado um estudo transversal envolvendo os médicos que atuam no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no ano de 2018. Todos os 43 médicos que desempenhavam atividades clínicas no Serviço de Emergência Adulto do HCPA foram convidados a participar. As coletas de dados ocorreram no próprio local de trabalho assistencial dos participantes.

Foram coletados dados sócios demográficos e características profissionais dos participantes, incluindo: idade; sexo; e tempo de atividade em Emergência. Foram apresentadas questões envolvendo o grau de conhecimento pessoal sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade, a posição pessoal perante a sua utilização e eventual justificativa para o seu uso. Foi questionada também a necessidade de uma legislação específica para este tipo de situação. Outra questão buscou verificar se, na sua percepção pessoal, os médicos entendem que existe diferenças, desde o ponto de vista ético, entre não implantar ou retirar medidas terapêuticas fúteis. Foram apresentados 11 diferentes aspectos que poderiam estar associados à utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade. Para avaliar o posicionamento dos médicos no processo de tomada de decisão, foram apresentados quatro diferentes cenários, cada um com seis alternativas de resposta: o paciente ter papel determinante; o paciente influenciar a decisão do médico; o paciente e os familiares influenciarem; somente os familiares influenciarem; a falta de amparo legal; ou o risco judicial associado.

O desenvolvimento psicológico-moral dos profissionais foi verificado utilizando um instrumento, já previamente validado⁽⁶⁰⁾. Este instrumento de seleção de frases, propõe que o

participante seleccione nove frases de conjunto de 30 diferentes opções, que se associam às diferentes fases. Cada frase está associada a uma determinada fase do desenvolvimento psicológico-moral: impulsiva, oportunista, conformista, conscienciosa, autônoma e integrada. A pessoa é considerada capaz de tomar decisões no seu melhor interesse quando for classificada nas fases conformista, conscienciosa, autônoma e integrada. Com base na seleção de frases, realizada de forma individual, cada participante é classificado em uma das fases.

Os dados obtidos foram avaliados por metodologias mistas. Foram utilizadas técnicas estatísticas descritivas e inferenciais. As associações foram obtidas por meio do Teste Exato de Fisher, em função do tamanho da amostra estudada. O nível de significância estabelecido foi de 5% ($P < 0,05$). Foi utilizado o programa SPSS, versão 18, para a realização destas avaliações. Os dados qualitativos obtidos serão avaliados por Análise de Conteúdo⁽⁶¹⁾.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, estando de acordo com as diretrizes da Resolução CNS 466/2012 (CAAE: 80900917.0.0000.5327). Todos os participantes autorizaram a utilização de seus dados por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Foi obtida uma amostra de conveniência de 32 médicos com uma representatividade de 74,42% dos 43 profissionais que atuavam no Serviço de Emergência do HCPA e que receberam o convite para participarem da pesquisa.

As idades dos participantes variaram de 32 a 58 anos, com média 41 ± 7 anos. A distribuição, quanto ao sexo, foi equilibrada, sendo 50% mulheres e 50% homens. Quanto ao tempo de atividade em atendimentos de emergência, o mínimo foi de seis meses e o máximo de 25 anos, com uma média de $11,33 \pm 5,96$ anos e mediana de 10 anos.

A avaliação do desenvolvimento psicológico-moral demonstrou que todos os participantes tiveram resultados compatíveis com poder tomar decisões de forma adequada, situando-se nas fases conformista, conscienciosa, autônoma e integrada. A fase autônoma foi a mais frequente, com 20 (62,50%) médicos, seguida da fase conscienciosa com 10 (31,25%) médicos. As fases conformista e integrada tiveram apenas um médico (3,13%) em cada uma delas.

Vinte e seis (81,3%) médicos afirmaram conhecer o que são as Diretivas Antecipadas de Vontade, porém apenas 2 (6,25%) afirmaram ter conhecimentos suficientes. Os demais 24

médicos tiveram uma distribuição igual, 12 (37,5%) afirmaram ter conhecimento médio e os outros 12 (37,5%) pouco conhecimento sobre o tema.

Quanto a utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade, a maioria dos participantes, 28 (87,5%) médicos posicionaram-se a favor. Com relação aos demais médicos, dois (6,25%) afirmaram que talvez utilizariam, um (3,13%) afirmou que não utilizaria e outro (3,13%) não respondeu

Foram apresentadas justificativas para a utilização da Diretivas Antecipadas de Vontade por 25 (78,2%) participantes. Foi possível agrupá-las em quatro diferentes categorias, duas relacionadas ao paciente: a autonomia (50,0%) e o seu esclarecimento prévio e adequado (6,3%); e outras duas relacionadas ao médico: facilitar a sua tomada de decisão (15,6%) e evitar a utilização de medidas terapêuticas fúteis (6,3%).

Desde o ponto de vista legal, a maioria dos médicos, 27 (87,5%) dos participantes, considera necessária a existência de uma legislação específica para as situações de utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade, além da Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina. Caso houvesse uma legislação específica, 28 (87,5%) dos médicos afirmaram que acatariam as Diretivas Antecipadas de Vontade e os demais 4 (12,5%) responderam que talvez as utilizassem nas suas tomadas de decisão.

Apenas um dos 32 participantes não respondeu às questões envolvendo os quatro cenários de tomada de decisão. Nas respostas dadas aos quatro cenários, nenhum participante escolheu as alternativas referentes a “falta de amparo legal” ou “risco judicial”. Todas as escolhas envolviam o paciente ou os familiares no processo de tomada de decisão.

No primeiro cenário apresentado, foi questionado como o médico se posicionaria perante um paciente plenamente capaz, e ainda com possibilidades terapêuticas de cura, que nega autorização para a realização de um procedimento. A maioria dos participantes, 25 (80,7%) médicos, respondeu que a vontade do paciente seria determinante para a tomada de decisão. A opção de que a decisão envolveria o paciente e seus familiares foi feita por 4 (12,9%) médicos e apenas dois (6,4%) participantes optaram que a vontade do paciente iria influenciar.

O segundo cenário envolvia um paciente, que nega autorização para a realização de um procedimento, considerado como plenamente capaz, mas fora de possibilidades terapêuticas de cura. O mesmo padrão de distribuição do cenário anterior foi mantido, apenas com uma ampliação das respostas que caracterizam a vontade do paciente como determinante, que foi a escolha de 28 (90,4%) dos médicos. O envolvimento do paciente e de seus

familiares foi escolhido por dois (6,4%) dos médicos e apenas um (3,2%) participante selecionou a resposta de que o paciente influenciaria a decisão.

O terceiro cenário mantém a situação de um paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura e que havia deixado documentada em prontuário uma Diretiva Antecipada de Vontade onde manifesta a sua negativa. As respostas mantiveram uma distribuição semelhante às do primeiro e segundo cenários, pois 26 (83,9%) participantes optaram pela vontade do paciente ser determinante, quatro (12,9%) considerariam a vontade do paciente e dos familiares, e um (3,2%) que apenas seria influenciado pela vontade manifestada pelo paciente.

No quarto e último cenário, um paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, que não está em condições de participar do processo de tomada de decisão, apenas manifestou verbalmente a um de seus familiares a sua negativa para a realização do procedimento. O padrão de respostas se alterou nesta situação. A vontade do paciente foi considerada determinante por 14 (45,2%) dos participantes, seguida da consideração da vontade do paciente e de seus familiares por 12 (38,7%) dos médicos. A opção de apenas o paciente influenciar a decisão foi escolhida por quatro (12,9%) médicos e apenas um (3,2%) selecionou que apenas a vontade dos familiares seria levada em consideração.

Tabela 1 – Respostas dadas por 31 médicos que atuam em área de emergência em relação quatro diferentes cenários de participação de pacientes e familiares no processo de tomada de decisão (n=31).

Negativa para procedimento	Vontade do paciente é determinante	Vontade do paciente influencia	Vontade do paciente e dos familiares	Vontade dos familiares
Paciente capaz e com possibilidade terapêutica de cura	25 (80,7%)	2 (6,4%)	4 (12,9%)	-
Paciente capaz e fora de possibilidade terapêutica de cura	28 (90,4%)	1 (3,2%)	2 (6,4%)	-
Paciente, não mais capaz, deixa uma Diretiva	26 (83,9%)	1 (3,2%)	4 (12,9%)	-

Antecipada de Vontade e fora de possibilidade terapêutica de cura				
Paciente, não mais capaz, manifesta sua vontade a um familiar e fora de possibilidade terapêutica de cura	14 (45,2%)	4 (12,9%)	12 (38,7%)	1 (3,2%)

Obs. n(fr); $X^2 = 19,09$; $P = 0,003$ (S).

A avaliação das respostas dadas aos quatro cenários permite verificar um padrão que mantém a vontade do paciente ser determinante, quando manifestada diretamente pelo paciente ao seu médico, ou por meio de uma Diretiva Antecipada de Vontade, independentemente de estar ou não fora de possibilidade terapêutica de cura. Foi verificada uma alteração deste padrão, com uma associação significativa ($X^2 = 19,09$; $P = 0,003$) apenas quando a manifestação do paciente é indireta por meio de um familiar. Nesta situação houve uma distribuição das respostas entre a vontade do paciente ser determinante e da vontade do paciente e dos familiares. (tabela 1) Se isolado o fator do paciente estar ou não fora de possibilidade terapêutica de cura a associação não foi significativa quanto a considerar a sua vontade como determinante ($X^2 = 0,3583$; $P = 0,549$ NS). Por outro lado, quando esta associação envolve a manifestação direta do paciente ou por meio de uma Diretiva comparativamente àquela manifestada por um familiar, sem documentação associada, ela passa a ser muito significativa ($X^2 = 17,5627$; $P = 0,00001$).

Houve uma quase unanimidade entre os médicos, 29 (90,7%) participantes, em relação a não haver diferença, desde o ponto de vista ético, entre não implantar ou retirar de medidas terapêuticas consideradas fúteis. Os demais três (9,3%) médicos afirmaram que é justificado apenas não implantar uma medida fútil.

Foram apresentados 11 diferentes aspectos que poderiam influenciar na utilização de Diretivas Antecipadas de Vontade em tomadas de decisão em situações envolvendo pacientes atendidos em um Serviço de Emergência Hospitalar. Cada participante poderia selecionar os aspectos que julgasse relevantes. Os aspectos éticos foram os mais selecionados (93,8%), aspectos morais (87,5%), aspectos técnicos (81,2%), aspectos legais (78,1%), aspectos religiosos do paciente (56,2%), aspectos deontológicos profissionais (34,3%), aspectos financeiros do paciente (12,5%), aspectos educacionais (15,6%), aspectos religiosos do

profissional (3,1%) e aspectos financeiros da instituição (3,1%). Sendo que apenas a alternativa referente aos aspectos financeiros profissionais não foi selecionada (Figura 1).

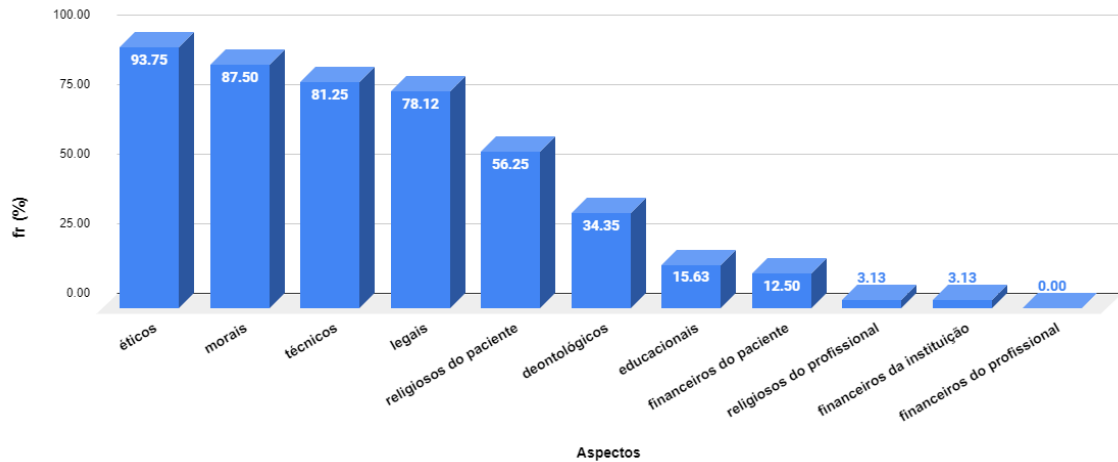


Figura 1 – Respostas, em frequências relativas, associadas aos aspectos que os médicos julgam poder influenciar na utilização de Diretivas Antecipadas de Vontade em atendimentos prestados em serviços de emergência hospitalar (n=32)

Discussão

A amostra de médicos que participaram da pesquisa tinha uma boa experiência em atendimentos de emergência, pois mais de 50% do grupo já atuava na área há mais de 10 anos.

Todos os médicos da amostra apresentaram desenvolvimento psicológico-moral necessário para a tomada de decisão adequada, sendo que a maioria (65,63%) estava na fase Autônoma ou Integrada. Nestas duas fases, a pessoa já possui a noção de regra introjetada, permitindo a tomada de decisões livres de constrangimento externo e realizada de forma independente^(32,60).

Contudo, a capacidade de decisão, além do necessário desenvolvimento psicológico-moral, abrange diversas outras habilidades, tais como a possibilidade de se envolver com o assunto, de compreender e avaliar as alternativas e de comunicar a sua preferência⁽²⁸⁾. Nos ambientes assistenciais de atendimento de emergência o relacionamento profissional-paciente e a comunicação podem ficar prejudicados em função da falta de conhecimento prévio. As

Diretivas Antecipadas de Vontade podem suprir, pelo menos em parte, esta falta de informações a respeito dos desejos e preferências dos pacientes.

A maioria da amostra (81,3%) afirmou ter conhecimentos sobre Diretivas Antecipadas de Vontade, ainda que insuficientes, pois apenas um pequeno grupo informou ter bons conhecimentos (6,25%). Vários estudos realizados no Brasil nos últimos anos verificaram um baixo conhecimento sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade entre estudantes de Medicina, mesmo tendo conhecimento da Resolução CFM 1995/2012 ⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾.

A maioria dos médicos participantes do presente estudo (87,5%) se posicionou a favor da utilização desta forma de documentar os desejos e preferências dos pacientes. Vale destacar a relação entre acatar a vontade do paciente e ter conhecimento do que são as Diretivas Antecipadas de Vontade. Os dois médicos, que responderam que o paciente poderia apenas influenciar, mas não definir a decisão a ser tomada, tinham pouco e médio conhecimento sobre as Diretivas. O único médico que respondeu que não levaria em consideração esta vontade antecipada pelo paciente em sua tomada de decisão desconhecia as Diretivas Antecipadas de Vontade.

A mesma maioria de médicos (87,5%) se manifestou sobre a necessidade de ter uma legislação específica sobre o tema, além da Resolução CFM 1995/2012. Caso houvesse uma legislação específica, a frequência das respostas dos médicos que utilizariam as Diretivas Antecipadas de Vontade sem manteve no mesmo patamar (87,5%). Ou seja, a existência de uma legislação específica poderia dar maior suporte às decisões, mas não alteraria a disposição em utilizar. Um outro estudo também identificou esta mesma questão, enfatizando que os médicos poderiam tomar decisões de forma mais segura, caso houvesse uma legislação específica sobre as Diretivas ⁽²⁷⁾.

A utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade tem respaldo legal na Constituição Federal brasileira, em seu artigo 5º ⁽¹⁶⁾ e no Código Civil, no seu artigo 15⁽¹⁷⁾. A primeira estabelece a Autonomia como um direito fundamental e o segundo garante a participação e a possibilidade de consentir ou não em tratamentos médicos. Da mesma forma, o Estatuto do Idoso, Lei 10741/2003, aplicado às pessoas com mais de 60 anos, reitera a garantia de participação em situações de atendimento médico ⁽¹⁸⁾. A Resolução CFM 1995/2012⁽⁸⁾ estabeleceu a forma e a maneira eticamente adequada de instrumentalizar a

participação ativa do paciente, ainda que antecipada, no processo de tomada de decisão, na eventualidade de sua incapacidade.

Contrariamente ao que foi contestado por alguns autores⁽²⁶⁾, o CFM pode estabelecer rotinas e procedimentos que permitam o adequado exercício da Medicina. Isto já ocorre na área da Reprodução Assistida, por meio da Resolução CFM 2168/2017⁽⁶²⁾, e dos critérios para o diagnóstico de morte encefálica, com a Resolução 2173/2017⁽⁶³⁾. O Conselho Federal de Medicina tem a atribuição legal de estabelecer o desempenho ético da Medicina prevista na Lei 3268/1957⁽⁶⁴⁾.

Vários estudos, realizados em diferentes amostras de médicos e estudantes de Medicina, apresentaram resultados igualmente a favor de acatar as orientações dadas pelos pacientes por meio de Diretivas Antecipadas de Vontade. Um estudo que visou identificar as variáveis que influenciam os médicos a implementar as Diretivas Antecipadas de vontade e avaliar o seu impacto nos cuidados de fim de vida demonstrou resultados similares, os médicos estavam propensos a acatar o desejo de seus pacientes e concordaram que ter uma diretriz antecipada ajudava no processo de tomada de decisão assim como outros fatores também foram levados em consideração, especialmente condições de prognóstico e irreversibilidade^(44,45,47).

As justificativas dadas pelos médicos para a utilização adequada das Diretivas Antecipadas de Vontade englobaram as perspectivas dos pacientes e dos próprios profissionais. Desde o ponto de vista do paciente, as justificativas abordam as duas questões centrais para uma decisão adequada: a necessidade de estar adequadamente esclarecido e o respeito à sua autonomia. Na perspectiva do médico, as Diretivas facilitam a tomada de decisão por dar visibilidade aos desejos e expectativas do próprio paciente e, também, por dar respaldo a não utilização de medidas terapêuticas caracterizadas como sendo fúteis, ou seja, que não beneficiam o paciente. Uma outra amostra de médicos também ressaltou que as Diretivas facilitam a tomada de decisão, especialmente condições de prognóstico e irreversibilidade⁽⁴⁴⁾.

Uma questão adicional é a que se refere a diferença entre não implantar ou retirar uma medida terapêutica considerada como sendo fútil. Para a maioria dos profissionais (90,7%), ambas ações se equivalem. Os demais participantes afirmaram que apenas não implantar é adequado (9,3%). Estas decisões sempre geram algum tipo de desconforto. Desde o ponto de vista ético, suspender ou não implantar uma medida terapêutica fútil são decisões

equivalentes ⁽⁶⁵⁾. Porém, alguns médicos podem considerar inadequado não retirar medidas consideradas fúteis pelo impacto psicológico associado às consequências desta ação.

As decisões médicas tomadas em ambientes de emergência são sempre sensíveis. Tomar uma decisão de não reanimar um paciente ou não implantar tratamentos invasivos é sempre difícil para a equipe assistencial. A carência de pesquisas na área, à falta de clareza em reconhecer nuances nessas situações e às diferenças de atitudes e valores pessoais dos profissionais, familiares e pacientes são elementos que dificultam ainda mais este processo ^(16,66).

Na avaliação dos quatro cenários apresentados, três deles tiveram mesmo perfil de respostas e apenas um se destacou. Nos cenários onde houve o conhecimento das vontades do paciente, seja diretamente pela sua manifestação à equipe assistencial ou por meio de Diretivas documentadas, independentemente do paciente estar ou não fora de possibilidade terapêutica de cura, a vontade do paciente foi determinante. Porém, quando a vontade do paciente foi comunicada apenas por uma manifestação dada por um familiar, esta manifestação indireta e não documentada foi levada em consideração, mas com menor grau de determinação.

Na avaliação dos quatro cenários, fica evidente a importância da inclusão dos familiares no processo de tomada de decisão por parte dos médicos em um serviço de emergência hospitalar. Isto se torna ainda mais necessário nos casos em não existe uma Diretiva Antecipada de Vontade. Nesta situação, a família participa deste processo com a finalidade de informar aos profissionais de saúde as preferências, desejos e vontades manifestadas pelos pacientes a estas pessoas ⁽⁶⁷⁾.

Os aspectos destacados pelos médicos, que estão associados às Diretivas Antecipadas de Vontade, puderam ser classificados com base na distribuição das suas frequências relativas. Os aspectos éticos, morais, técnicos, legais e religiosos do paciente foram os que tiveram mais respostas. Por outro lado, os aspectos deontológicos dos profissionais, os aspectos financeiros do paciente, da instituição e do profissional, assim como os religiosos do profissional, foram os menos citados. Estes resultados demonstram que os profissionais realizam uma tomada de decisão bastante abrangente. Isto evidencia que a tomada de decisão na área da saúde deve levar em consideração a adequação técnica das indicações médicas, as preferências e a qualidade de vida do paciente e o contexto externo, que inclui o marco legal

associado ⁽⁶⁸⁾. Todos estes aspectos coincidem com as respostas dadas pelos médicos da amostra.

Conclusão

Com base nas informações obtidas nesta amostra de médicos atuam em um Serviço de Emergência Hospitalar é possível verificar a necessidade de ampliar a divulgação sobre as bases éticas e legais das Diretivas Antecipadas de Vontade. A maioria dos médicos se dispõe a acatar a vontade manifestada pelos pacientes por este tipo de instrumento. As justificativas para o seu uso ressaltaram a participação do paciente e do médico no processo de tomada de decisão e os aspectos éticos, legais e técnicos foram os mais destacados pelos profissionais.

Os dados do presente estudo reforçam a necessidade de promover ações educativas que permitam aos médicos que atuam em serviços de emergência maior tranquilidade para poderem levar em consideração os desejos e preferências dos pacientes manifestados por meio das Diretivas Antecipadas de Vontade.

Referências Bibliográficas

1. Cogo SB, Lunardi VL, Quintana AM, Girardon-Perlini NMO, Silveira RS da. Challenges to implementation of advance directives of will in hospital practice. *Rev Bras Enferm* . 2016 Nov 1 [cited 2020 Nov 2];69(6):1031–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-20160001>
2. Mentzelopoulos SD, Slowther AM, Fritz Z, Sandroni C, Xanthos T, Callaway C, et al. Ethical challenges in resuscitation. *Intensive Care Med* . 2018;44(6):703–16. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5202-0>
3. Mentzelopoulos SD, Haywood K, Cariou A, Mantzanas M, Bossaert L. Evolution of medical ethics in resuscitation and end of life. Vol. 10, *Trends in Anaesthesia and Critical Care*. Churchill Livingstone; 2016. p. 7–14.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasil; 1988.
5. ABRAMEDE. Medicina de Emergência . Associação Brasileira de Medicina de Emergência. [cited 2017 Oct 24]. Available from: <http://medicinadeemergencia.org>
6. Grudzen CR, Stone SC, Morrison RS. The palliative care model for emergency department patients with advanced illness. *J Palliat Med* . 2011 Aug 1 [cited 2021 Jan 9];14(8):945–50. Available from: [/pmc/articles/PMC3180760/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2180760/)

7. Cogo SB, Lunardi VL. Anticipated directives and living will for terminal patients: an integrative review . Vol. 68, Revista brasileira de enfermagem. Associação Brasileira de Enfermagem; 2015 [cited 2020 Nov 2]. p. 464–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680321i>
8. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.995/2012: Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade dos pacientes. D Of da União. 2012;Seção I(170):269–270.
9. Lima EP de. Diretivas antecipadas de vontade em unidades de terapia intensiva das regiões Norte e Sul do Brasil (Orientador: Goldim JR). PPGCM-UFRGS [tese de Doutorado]; 2014.
10. Ministério da Saúde. PORTARIA DO MS/GM Nº 320 de 04 de fevereiro de 1994 . 320 Brasil; 1994. Available from: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/redes-de-atencao-a-saude-3/rede-de-urgencia-e-emergencia-1/rue-leg/13161-portaria-320-de-1994/file>
11. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 354/2014 . 2014. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html
12. Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.451/95 . Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1995/1451>
13. Hospital de Clínicas de Porto Alegre H. LINHA DO TEMPO . [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://sites.google.com/hcpa.edu.br/memorial-hospital-de-clnicas/linha-do-tempo>
14. Hospital de Clinicas de Porto Alegre H. Emergenciômetro - Portal Hospital de Clínicas de Porto Alegre . [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://www.hcpa.edu.br/emergenciometro>
15. Ding C. Death and do-not-resuscitate order in the emergency department: A three-year retrospective study in the Chinese mainland. World J Emerg Med . 2020 [cited 2020 Oct 29];11(4):231. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33014219/>
16. Vancini-Campanharo CR, Vancini RL, Machado Netto MC, Lopes MCBT, Okuno

- MFP, Batista REA, et al. Do not attempt resuscitation orders at the emergency department of a teaching hospital. *Einstein (Sao Paulo)*. 2017 Oct 1;15(4):409–14.
17. Goldim. Jose Roberto. Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia . 2004 [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm>
 18. Kant I. *Crítica da razão pura*. São Paulo: Martin Claret; 2005. 606 p.
 19. Mill JS. *On Liberty*. Boston: Collier; 1909.
 20. Cardozo B. Dissenting opinion in *Schloendorff v. Society of New York Hospital*. Vol. 211 N.Y. 1. 1914.
 21. Kottow M. El consentimiento informado en clínica: Inquietudes persistentes. *Rev Med Chil* . 2016 Nov 1 [cited 2021 Jan 9];144(11):1459–63. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001100012&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 22. Brasil. Estatuto do Idoso. Lei 10741/2003. 2003.
 23. Brasil. Código Civil. Lei 10.406/2002. 2002.
 24. Bajotto AP, Goldim JR. Case-Report: Autonomy and Self Determination of an Elderly Population in South Brazil. 2011;
 25. Grachinski Buiar P, Goldim JR. Barriers to the composition and implementation of advance directives in oncology: a literature review. *Ecancermedicalscience*. 2019 Nov;13:1–12.
 26. Monteiro R da SF, Silva Junior AG da. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. *Rev Bioética* . 2019 Mar [cited 2020 Nov 1];27(1):86–97. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019271290>
 27. Chehuen Neto JA, Ferreira RE, Silva NCS Da, Delgado ÁHDA, Tabet CG, Almeida GG, et al. Testamento vital: o que pensam profissionais de saúde? *Rev Bioética* . 2015 Dec [cited 2020 Nov 1];23(3):572–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233094>
 28. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioethics and palliative care: Decision making and quality of life. *ACTA Paul Enferm* . 2012 [cited 2021 Jan 9];25(3):334–9. Available

- from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
29. Goldim. JR. Paternalismo . 1998 [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://www.ufrgs.br/bioetica/paternal.htm>
 30. Burkle CM, Mueller PS, Swetz KM, Hook CC, Keegan MT. Physician perspectives and compliance with patient advance directives: The role external factors play on physician decision making . Vol. 13, BMC Medical Ethics. BMC Med Ethics; 2012 [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23171364/>
 31. Raymundo MM, Francesconi C, Goldim J. O desenvolvimento moral como um indicativo da capacidade para consentir e suas implicações no processo de consentimento. *Revista Bioética*. 2007;28–122.
 32. Loevinger J, Wessler R. Measuring ego development: construction and use of a sentence completion test. Vol. 1. San Francisco: Jossey -Bass; 1970. 246 p.
 33. Alves CA. Diretivas antecipadas de vontade e Testamento vital: considerações sobre linguagem e fim de vida. *Revista Jurídica*, nº 427. 2013;89–110.
 34. Alves CA. Diretivas antecipadas de vontade e testamento vital: uma interface nacional e internacional. *Bioética, Cuidado e Humanização*, Vol I. 2014;137–47.
 35. Dadalto L. Living Will´s History: understanding the past and reflecting about the present *História do Testamento Vital: entendendo o passado e refletindo sobre o presente* . [cited 2020 Nov 1]. Available from: www.testamentovital.com.br.
 36. Ferreira C, Nunes R. Testamento vital: verificação e compartilhamento de informações em um hospital português. *Rev Bioética* . 2019 Dec [cited 2020 Nov 2];27(4):691–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019274352>
 37. Rossini R de CCC, Oliveira VI de, Fumis RRL. Testamento vital: sua importância é desconhecida entre os profissionais da saúde. *RBM rev bras med*. 2013;70(supl.2).
 38. Conselho Federal de Medicina (CFM). 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; 2018. 110 p.

39. Iserson K V. Nonstandard Advance Directives in Emergency Medicine: What Should We Do? *J Emerg Med* . 2018;55(1):141–2. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.04.020>
40. Martin DK, Emanuel LL, Singer PA. Planning for the end of life . Vol. 356, *Lancet*. Elsevier Limited; 2000 [cited 2020 Oct 28]. p. 1672–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11089839/>
41. Douplat M, Berthiller J, Schott AM, Potinet V, Le Coz P, Tazarourte K, et al. Difficulty of the decision-making process in emergency departments for end-of-life patients. *J Eval Clin Pract*. 2019;25(6):1193–9.
42. Miles SH. Advance End-of-Life Treatment Planning. *Arch Intern Med* . 1996 May 27 [cited 2020 Oct 30];156(10):1062. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/653031>
43. POLST: Portable medical orders for seriously ill or frail individuals . [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://polst.org/>
44. Arruda LMA de, Abreu KPB, Santana LBC, Sales MV de C. Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care . Vol. 18, *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*. NLM (Medline); 2020 [cited 2020 Nov 2]. p. eRW4852. Available from: <http://dx.doi.org/10.31744/>
45. Silva JAC da, Souza LEA de, Costa JLF, Miranda H da C. Conhecimento de estudantes de medicina sobre o testamento vital. *Rev Bioética* . 2015 Dec [cited 2020 Nov 1];23(3):563–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233093>
46. Kulicz MJ, Amarante DF, Nakatani HTI, Arai Filho C, Okamoto CT. Terminalidade e testamento vital: o conhecimento de estudantes de medicina. *Rev Bioética* . 2018 Dec [cited 2020 Oct 31];26(3):420–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018263262>
47. Mendes MVG, Silva JC de O, Ericeira MAL, Pinheiro AN. Testamento Vital: Conhecimentos e Atitudes de Alunos Internos de um Curso de Medicina. *Rev Bras Educ Med* . 2019 Jun [cited 2020 Nov 2];43(2):25–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20180117ingles>

48. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. *Rev AMRIGS* . 2009 [cited 2020 Nov 14];58–63. Available from: http://www.amrigs.org.br/revista/53-01/17-322-bioetica_complexa.pdf
49. Goldim JR. Modelo Bioética e Complexidade . 2008 [cited 2020 Nov 16]. Available from: <https://www.ufrgs.br/bioetica/modcomp.htm>
50. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Ética Clínica: Abordagem Prática para Decisões Éticas na Medicina Clínica*. 7th ed. Porto Alegre, Brasil: ArtMed; 2012.
51. Pizzi J. *Ética e éticas aplicadas: a reconfiguração do âmbito moral*. Porto Alegre: Edipucrs; 2006. 163 p.
52. Pellegrino ED. Virtuous Physician, and the Ethics of Medicine. In: Shelp EE, editor. *Virtue and Medicine*. D. Reidel Publishing Company; 1985. p. 237–55.
53. Abelard P. *Ethical Writings: Ethics and Dialogue Between a Philosopher, a Jew, and a Christian*. Spade PV, editor. Indianápolis: Hackett Publishing Company, Inc.; 1995.
54. Beauchamp TL, Childress JF. *The Principles of biomedical ethics*. 1st ed. New York: OXFORD; 1978.
55. Kemp P. The globalization of the world. In: *Philosophical Problems Today*. Berlin: Springer; 2004.
56. Jonas H. *Ética, medicina e técnica*. Lisboa: Vega; 1994. 172 p.
57. UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. UNESCO. Paris: UNESCO; 2005.
58. Singer P. *Ética prática*. São Paulo: Martins Fontes; 1993.
59. Senado. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasil; 1988.
60. Souza ELP. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. *Boletim da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul* v 3, n7. 1968;5–16.
61. Bardín L. *Análise de conteúdo*. São Paulo; 2011. 70 p.
62. Conselho Federal de Medicina C. *RESOLUÇÃO CFM nº2.168/2017* . 2017. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>

63. Conselho Federal de Medicina C. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.173/2017 . 2017.
Available from:
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>
64. Presidência da República, Casa Civil. LEI No 3.268, DE 30 DE SETEMBRO DE 1957 . 1957. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3268.htm
65. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: Its meaning and ethical implications . Vol. 112, Annals of Internal Medicine. Ann Intern Med; 1990 [cited 2021 Jan 9]. p. 949–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2187394/>
66. Klin M, Notfmed I, Buerke M. Medizinrechtliche Aspekte bei der notärztlichen Versorgung Analyse zur Häufigkeit von Patienten-. 2015;(September):1–9.
67. Wurmb T, Brederlau J. Patientenwille und Akutmedizin . Vol. 111, Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin. Springer-Verlag; 2016 [cited 2020 Nov 8]. p. 113–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26374338/>
68. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine, 8e | AccessMedicine | McGraw-Hill Medical . 4th. New York. 1998 [cited 2021 Jan 9]. Available from:
<https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookID=1521>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas informações obtidas na amostra de médicos atuam em um Serviço de Emergência Hospitalar é possível constatar que os médicos:

- a) tinham desenvolvimento psicológico-moral compatível para a tomada de decisão, sendo que a maioria estava nas fases autônoma e integrada;
- b) conhecem as Diretivas Antecipadas de Vontade, mas muitos reconhecem que em nível limitado;
- c) desconhecem que a legislação brasileira já existente, dá respaldo à Resolução CFM 19965/2012, tanto que destacaram a necessidade de uma legislação específica a este respeito;
- d) deram como justificativas para a utilização deste instrumento a autonomia do paciente e o seu adequado esclarecimento sobre as alternativas de tratamento, assim como da facilitação do processo de tomada de decisão do médico, especialmente ao evitar medidas consideradas fúteis;
- e) consideraram que não implantar medidas fúteis é semelhante a retirar estas mesmas medidas. Um pequeno grupo considerou adequado apenas não implantar;
- f) considerariam os desejos e preferências dos pacientes manifestados diretamente pelos pacientes ou por meio de Diretivas Antecipadas de Vontade como determinantes no processo de tomada de decisão;
- g) considerariam os desejos e preferências dos pacientes manifestados por meio de informações prestadas por familiares. Um grupo manifestou que a vontade do paciente seria determinante e outro que levaria em consideração também a vontade manifestada pelos familiares;
- h) destacaram os aspectos éticos, morais, legais e técnicos como os mais importantes no processo de tomada de decisão envolvendo Diretivas Antecipadas de Vontade.

Mesmo considerando as limitações do presente estudo, por estudar apenas uma amostra de médicos de um único serviço de emergência hospitalar, é possível identificar a necessidade de realizar ações educativas que permitam ao médico considerar as Diretivas Antecipadas de Vontade como sendo um instrumento adequado para documentar, no caso de estar incapacitado, os seus desejos e preferências em relação a procedimentos e medidas terapêuticas. Estas Diretivas Antecipadas de Vontade garantem a autodeterminação do

paciente, mesmo quando não mais tenham condições de participarem de forma autônoma e direta nos processos de tomada de decisão, especialmente em situações de atendimentos emergenciais.

Após terem sido realizados estes estudos envolvendo as áreas de Medicina Intensiva e de Medicina de Emergência, serão realizados estudos no sentido de verificar o posicionamento de médicos que atuam nas diferentes áreas relacionadas à Medicina Interna, Cirurgia e Psiquiatria.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: **DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar o posicionamento dos médicos que trabalham em um serviço de emergência hospitalar diante de diretivas antecipadas de vontade. Esta pesquisa está sendo realizada no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Caso você aceite participar, serão coletados dados, por meio de instrumentos autopreenchidos. Um deles com questões que envolvem a atividade profissional no serviço de emergência do HCPA e outro para verificar algumas características do desenvolvimento psicológico-moral. A sua participação terá uma duração de aproximadamente 20 minutos.

O desconforto do estudo diz respeito apenas ao tempo que você disponibilizará para a coleta dos dados, não trazendo, portanto, nenhum prejuízo quanto ao seu horário de trabalho, uma vez que o questionário será realizado de acordo com o local e a disponibilidade do mesmo.

O benefício esperado com essa pesquisa é o de ampliar o conhecimento sobre os processos de tomada de decisão em Serviço de Emergência Hospitalar do HCPA.

O pesquisador responsável por este projeto de pesquisa é o Prof. Dr. José Roberto Goldim (51-33597615) e a pesquisadora executante é Paula Azambuja Gomes (51-3359.8507). Os pesquisadores ficarão no inteiro dispor para esclarecer dúvidas e fornecer outras informações que se fizerem necessárias. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) também poderá fornecer informações sobre o projeto, caso você deseje (51-33598304).

A sua participação na pesquisa será voluntária bem como poderá não aceitar ou interromper a mesma a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal. Todas as informações coletadas serão apenas para fins científicos e será assegurado que sua identidade será preservada, bem como se manterá o caráter confidencial das informações .

Rubrica do Participante _____

Rubrica do Pesquisador _____

Pelo presente TCLE, declaro que fui informado de forma clara e detalhado quanto ao projeto de pesquisa, bem como dos possíveis desconfortos e benefícios do mesmo.

A elaboração deste termo será de duas vias, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador.

Data da obtenção do consentimento: ____/____/____

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Nome do Pesquisador Executante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Executante da Pesquisa.

APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO

Código no estudo: _____

Data da entrevista: _____

CARACTERÍSTICAS SÓCIO - DEMOGRÁFICAS:

Idade (anos): _____

Sexo: () masculino () feminino

CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS: _____

Tempo de atividade em Emergência (anos): _____

QUESTÕES PARA AVALIAR O CONHECIMENTO SOBRE O ASSUNTO, CONDUTAS E FATORES QUE INTERFEREM NA DECISÃO PROFISSIONAL:

1. Você conhece o que é ou já ouviu falar sobre manifestação antecipada de vontade, também conhecida como diretiva antecipada de vontade ou declaração de vontade antecipada (living Will em inglês)?

() sim () não

2. Em caso de ter conhecimento deste assunto. Como você avaliaria seu conhecimento?

() pouco () médio () suficiente

3. Você seria a favor da utilização deste tipo de documento, entendendo que eles registram os desejos dos pacientes sobre procedimentos ou tratamentos que gostariam ou não de receber, e que seriam utilizados no caso do paciente não poder manifestar a sua vontade de forma consciente?

() sim () talvez () não

Justifique a sua resposta: _____

Nas próximas questões serão apresentados alguns cenários de tomada de decisão em Serviço de Emergência Hospitalar.

4. Como você se posicionaria diante de uma situação em que um paciente plenamente capaz e ainda com possibilidades terapêuticas de cura se manifestasse contrariamente a um procedimento que está sendo discutido quanto a sua implantação?

- a vontade do paciente seria considerada como determinante para a tomada de decisão.
- a vontade do paciente poderia influenciar , mas não definir a decisão a ser tomada.
- a vontade do paciente poderia ser levada em consideração se referendada pela posição de seus familiares.
- apenas a opinião dos familiares seria levada em consideração no processo de tomada de decisão.
- a vontade do paciente não seria levada em consideração por não ter amparo legal.
- a vontade do paciente não seria levada em consideração pelo risco judicial associado a uma restrição de tratamento.

5. Como você se posicionaria diante de uma situação em que um paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, mas ainda com plena capacidade para tomada de decisão, se manifestasse contrariamente a um procedimento que está sendo discutido quanto a sua implantação?

- a vontade do paciente seria considerada como determinante para a tomada de decisão.
- a vontade do paciente poderia influenciar, mas não definir a decisão a ser tomada.
- a vontade do paciente poderia ser levada em consideração se referendada pela posição de seus familiares.
- apenas a opinião dos familiares seria levada em consideração no processo de tomada de decisão.
- a vontade do paciente não seria levada em consideração por não ter amparo legal.
- a vontade do paciente não seria levada em consideração pelo risco judicial associado a uma restrição de tratamento.

6. Como você se posicionaria diante de uma situação em que um paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura tivesse se manifestado previamente e por um

documento escrito sobre sua restrição a um procedimento que está sendo discutido quanto a sua implantação?

- () a vontade prévia do paciente seria considerada como determinante para a tomada de decisão.
- () a vontade do paciente poderia influenciar, mas não definir a decisão a ser tomada.
- () a vontade do paciente poderia ser levada em consideração se referendada pela posição de seus familiares.
- () apenas a posição dos familiares seria levada em consideração no processo de tomada de decisão.
- () a vontade do paciente não seria levada em consideração pois foi tomada fora do conjunto de circunstâncias reais que estão ocorrendo.
- () a vontade do paciente não seria levada em consideração por não ter amparo legal.
- () a vontade do paciente não seria levada em consideração pelo risco judicial associado a uma restrição de tratamento.

7. Como você se posicionaria diante de uma situação em que um paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura tivesse manifestado previamente a sua vontade a um familiar, mas não por meio de um documento escrito, sobre sua restrição a um procedimento que está sendo discutido quanto a sua implantação?

- () a vontade prévia do paciente seria considerada como determinante para a tomada de decisão.
- () a vontade do paciente poderia influenciar, mas não definir a decisão a ser tomada.
- () a vontade do paciente poderia ser levada em consideração se referendada pela posição de seus familiares.
- () apenas a opinião dos familiares seria levada em consideração no processo de tomada de decisão.
- () a vontade do paciente não seria levada em consideração pois foi tomada fora do conjunto de circunstâncias reais que estão ocorrendo.
- () a vontade do paciente não seria levada em consideração por não ter amparo legal.
- () a vontade do paciente não seria levada em consideração pelo risco judicial associado a uma restrição de tratamento.

8. Você considera necessária a existência de uma legislação específica para essas situações, além da Resolução do Conselho Federal de Medicina (Res. CFM 1995/2012), que estabelece os critérios para utilização das diretivas antecipadas de vontade?

sim não

Por quê? _____

9. Se houvesse uma legislação específica, que garantisse a manifestação prévia de vontade do paciente, por meio de diretivas antecipadas de vontade, sobre procedimentos e tratamentos que não gostaria de receber ou executar, como você se posicionaria?

acataria a vontade do paciente

talvez acatasse

não acataria

10. Em sua opinião existe diferença, do ponto de vista ético, entre não implantar ou retirar uma medida terapêutica considerada fútil?

ambas são ações justificáveis

apenas a não implantação pode ser justificada

apenas a retirada pode ser justificada

ambas são ações que não podem ser justificadas

11. Quais fatores podem influenciar a sua decisão nestas situações? (podem ser marcadas várias opções)

aspectos técnicos

aspectos éticos

aspectos morais

aspectos deontológicos profissionais

aspectos religiosos do paciente

aspectos religiosos do profissional

aspectos financeiros do paciente

aspectos financeiros profissionais

aspectos financeiros da instituição

- aspectos educacionais
- aspectos legais
- outros aspectos/citar: _____

12. Caso você queira fazer um comentário sobre este tema, pode utilizar o espaço abaixo ou o verso do instrumento.

ANEXOS

ANEXO 1 – INSTRUMENTO UTILIZADO PARA AVALIAR O DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO-MORAL

Código no estudo: _____ Sexo: () masculino () feminino

Idade (anos): _____ Profissão: _____

Assinale 3 afirmações que correspondem ao seu gosto pessoal:

- () Poder contar com amigos que me ajudam
- () Realizar um trabalho bem feito
- () Estar numa posição de dar ordens
- () Fazer o que é moralmente certo
- () Não alimentar preconceitos
- () Ser coerente com o que digo e faço
- () Ter amigos protetores
- () Retribuir os favores que me fazem
- () Estar em harmonia comigo mesmo
- () Ter relações influentes
- () Não se deixar influenciar por convenções sociais
- () Ser generoso para com os outros

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais frequentemente com relação a si mesmo:

- () Compromissos assumidos
- () Não ser dominado pelos outros
- () Aprimoramento pessoal
- () Desejos sexuais
- () Estar bem trajado
- () Harmonia interior

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais frequentemente com relação a si mesmo:

- () Prestígio
- () Coerência
- () Autonomia
- () Autocrítica exagerada
- () Competição
- () Impulsividade

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais frequentemente com relação a si mesmo:

- () Medo à vingança
- () Boa reputação
- () Conflito de necessidades
- () Independência
- () Ter um rendimento ótimo
- () Obter vantagens

**ANEXO 2 – CLASSIFICAÇÃO DAS FASES DO DESENVOLVIMENTO
PSICOLÓGICO MORAL**

Fases do desenvolvimento Psicológico-moral	Pontuação	Características
Pré-social	0,1 - 1,0	Início do desenvolvimento, ainda pré-verbal
Impulsiva	1,1 - 2,0	Decisões tomadas por impulso, baseado apenas em seu desejo, não considerando as informações
Oportunista	2,1 - 3,0	Supervalorização dos desejos e valorização das informações para atingi-los
Conformista	3,1 - 4,0	Crenças do individuo se sobrepõem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio
Conscienciosa	4,1 - 5,0	Capacidade de tomar decisões de forma mais autônoma, cotejando os desejos e as crenças mas, ainda é passível de constrangimento, pois não tem a noção de regra introjetada
Autônoma	5,1 - 6,0	Possui as regras introjetadas e é capaz de tomar decisões livres de constrangimento de forma independente
Integrada	6,1 - 7,0	Possui a noção da regra individual introjetada, mas se vê como parte de um todo, com a compreensão da interdependência existente

Fonte:

SOUZA,

1968

ANEXO 3 - APROVAÇÃO DO CEP-HCPA

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Diretivas antecipadas de vontade em uma unidade de emergência

Pesquisador: José Roberto Goldim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80900917.0.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.455.241

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Pesquisa apresentado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a ser realizado por Paula Azambuja Gomes e orientado pelo Prof. Dr. José Roberto Goldim.

Estudo transversal envolvendo os médicos que atuam no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), localizado na cidade de Porto Alegre – Rio Grande do Sul.

Será obtida uma amostra de conveniência (n=47), a partir do convite encaminhado a todos os 47 médicos contratados que desempenham atividades clínicas no Serviço de Emergência Adulto do HCPA. Não há necessidade de cálculo de tamanho de amostra pois todos os membros desta categoria profissional serão convidados a participar do estudo.

Todos os médicos clínicos do serviço de emergência receberão os instrumentos de coleta de dados em um envelope sem identificação pessoal. Será dado um período de tempo para devolução do relatório com os instrumentos, que poderão estar preenchidos ou não. A coleta não envolverá entrevistas pessoais com os médicos.

Serão utilizados dois instrumentos os quais já foram aplicados em ambientes de Unidade de terapia intensiva na tese de doutorado de Edna Porfírio de Lima – "Diretivas Antecipadas de Vontade em Unidades de Terapia Intensiva das Regiões Norte e Sul do Brasil".

Os dados obtidos serão avaliados por meio de estatística descritiva e inferencial. As associações serão obtidas utilizando o Teste do Qui-quadrado. O nível de significância estabelecido foi de 5%

Endereço: Rua Ramão Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.485.241

($P < 0,05$). Será utilizado o sistema SPSS, versão 18, para a realização destas avaliações.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o posicionamento dos médicos que atuam em um serviço de emergência hospitalar diante das diretivas antecipadas de vontade de pacientes.

Objetivo Secundário:

- 1) Avaliar o conhecimento, sentimentos e valores dos médicos que atuam em um serviço de emergência hospitalar sobre as diretivas antecipadas de vontade;
- 2) Identificar possíveis fatores que possam interferir na tomada de decisão dos médicos diante das diretivas antecipadas de vontade;
- 3) Avaliar o desenvolvimento psicológico-moral dos médicos que atuam em um serviço de emergência hospitalar como meio de verificar a capacidade de tomada de decisão frente as diretivas antecipadas de vontade.

Questão da pesquisa: qual o posicionamento de médicos que atuam no serviço de emergência do HCPA diante de Diretivas Antecipadas de Vontade dos pacientes?

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo consta no projeto e informações básicas da PB:

***Riscos:**

A pesquisa apresenta risco menor que o mínimo, pois inclui o desconforto do participante ao expor suas opiniões e o tempo disponibilizado para a coleta dos dados.

Benefícios:

O benefício esperado com essa pesquisa é o de ampliar o conhecimento sobre os processos de tomada de decisão no Serviço de Emergência Hospitalar do HCPA."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto com relevância temática e adequação teórico-metodológica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- Folha de rosto devidamente assinada;
- Formulário de delegação de funções;
- Projeto de pesquisa;
- TCLE;

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7540 Fax: (51)3359-7540 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer 2.456.241

- Informações básicas da PB.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 2.456.449 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 02/01/2018. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto de 05/12/2017, TCLE de 29/12/2017 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na Intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1047644.pdf	02/01/2018 15:06:01		Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTA_AO_CEP.doc x	02/01/2018 15:06:37	PAULA AZAMBUJA GOMES	Aceito
Outros	autorizacao_emergencia.pdf	02/01/2018 15:06:11	PAULA AZAMBUJA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.docx	29/12/2017 09:09:05	PAULA AZAMBUJA GOMES	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3366-7640 Fax: (51)3366-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer: 2.485.241

Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/12/2017 09:09:05	PAULA AZAMBUJA GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	05/12/2017 10:28:32	José Roberto Goldim	Aceito
Outros	Delegacao.pdf	05/12/2017 10:22:17	José Roberto Goldim	Aceito
Folha de Rosto	FRPaulab.pdf	05/12/2017 10:04:03	José Roberto Goldim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 11 de Janeiro de 2018

Assinado por:

Marcela Moellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.380 sala 2027 F
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51) 3360-7640 Fax: (51) 3360-7640 E-mail: cephops@hcpa.edu.br