

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

EDNA PORFÍRIO DE LIMA

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DAS REGIÕES NORTE E SUL DO BRASIL**

PORTO ALEGRE

2014

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DAS REGIÕES NORTE E SUL DO BRASIL**

EDNA PORFÍRIO DE LIMA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS, como pré-requisito para obtenção do título de Doutor em Medicina: Ciências Médicas.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

PORTO ALEGRE

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Porfírio de Lima, Edna
DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM UNIDADES DE
TERAPIA INTENSIVA / Edna Porfírio de Lima. -- 2014.
130 f.

Orientador: José Roberto Goldim.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto
Alegre, BR-RS, 2014.

1. Diretivas Antecipadas. 2. Testamento Vital. 3.
Unidades de Cuidado Intensivo. 4. Cuidado de final
de vida. 5. Tomada de decisão. I. Goldim, José
Roberto, orient. II. Título.

Aos meus queridos pais
Francisco (*in memoriam*)
e Sebastiana por terem me
ensinado valores tão preciosos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter derramado sobre mim seu bálsamo salutar que me impulsionou diante das diversas dificuldades.

Ao Prof. Dr. José Roberto Goldim, a quem Deus conferiu o dom de "educar", por seus ensinamentos tão enriquecedores e por ter me incentivado a encarar esse desafio que é o estudo da Bioética, sendo seu apoio essencial para que eu concretizasse mais essa etapa da minha carreira profissional.

Aos colegas do Serviço de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo carinho com o qual me receberam e por sua convivência harmoniosa, com os quais agreguei muito conhecimento. Particularmente a Bruna Genro, Gabriella Dalmolin, Alethéia Bajotto e Lucas Garcia, pela parceria e ajuda no decorrer desse período que estive em Porto Alegre.

Ao Prof. Dr. Wolnei Caumo, pelo desafio quanto à idealização do DINTER, proporcionando-nos crescimento profissional para que possamos galgar essa carreira da pesquisa em uma área tão carente.

Aos demais professores do DINTER que se propuseram a compartilhar com esta jornada, cuja colaboração foi inestimável, dispondo-se a abrir mão de seus afazeres e a deslocar-se a tão longa distância (Prof. Alexandre Zavascki, Prof. Edson Capp, Prof. Ricardo Reis, Profª. Márcia Graudenz, Profª. Luciana Nunes, Profª. Iraci Torres) e aos médicos Ronaldo Torres e João Bilibio, que, mesmo não sendo professores, colaboraram gentilmente com essa tarefa.

Aos médicos das Unidades de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/HCPA e aos médicos das Unidades de Terapia Intensiva da cidade de Belém (Hospital Universitário João de Barros Barreto/HUJBB, Hospital Ophir Loyola/HOL, Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará/FSCMPA, Hospital de Clínicas Gaspar Viana/HCGV e Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência/HMUE), que, gentilmente, disponibilizaram seu tempo para contribuir com esta pesquisa.

A minha família, aos meus irmãos, pelo carinho e apoio estimado; ao Rolando, pelo companheirismo e a minha filha, Moêma, um presente maravilhoso de Deus.

À Rosineide, pela constante ajuda e pelas palavras amigas nos momentos difíceis e principalmente por compartilhar comigo a educação da minha filha.

À amiga Raimunda Almeida Cruz "Flor", que, mesmo diante de sua fragilidade, conseguiu me transmitir palavras de conforto e me fazer acreditar que conseguiria.

Aos colegas do DINTER, pelos momentos de convivência, aprendizado e companheirismo.

À Universidade Federal do Pará (UFPA) pelo incentivo, à CAPES e ao FIPE/HCPA, pelo apoio financeiro.

**"Curar algumas vezes, aliviar frequentemente,
confortar sempre"**

Provérbio Francês, Século XV

Resumo

Introdução: O avanço tecnológico da medicina, sem dúvida trouxe aspectos positivos ao homem como salvar vidas. Em contrapartida, tem contribuído de forma desmedida para o prolongamento dessas, o que tem gerado diversos questionamentos do ponto de vista bioético principalmente na área da Terapia Intensiva. Ambiente esse, que com frequência se depara com pacientes em fase de terminalidade da vida e com perda da capacidade de exercício da autonomia. **Objetivos:** Avaliar o posicionamento dos médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) diante de diretivas antecipadas de vontade (DAV) de pacientes e como objetivos específicos, avaliar o conhecimento e valores associados às DAV; identificar possíveis fatores que possam interferir na tomada de decisão; avaliar o desenvolvimento psicológico-moral destes médicos como meio de verificar a capacidade de tomada de decisão e comparar estas características, entre os médicos que atuam em Belém do Pará e em Porto Alegre. **Métodos:** Estudo transversal de base populacional, envolvendo UTIs de seis hospitais públicos, cinco no Pará e um no Rio Grande do Sul. Dois instrumentos foram utilizados para a coleta dos dados, um questionário autopreenchido composto por dados sociodemográficos e características dos profissionais, questões relacionadas ao tema e quatro diferentes cenários clínicos apresentados para avaliar o posicionamento dos médicos. O segundo instrumento buscou avaliar o desenvolvimento psicológico-moral dos profissionais. Os dados foram avaliados de forma quantitativa e qualitativa. **Resultados:** Os 115 participantes da pesquisa apresentaram uma média de idade de $40,59 \pm 9,06$ anos. A maioria relatou prática religiosa (54,8%) com associação estatisticamente significativa entre os grupos estudados ($p < 0,001$), em Belém 76,4% dos médicos praticavam uma religião e em Porto Alegre 35%, predominando a religião católica. Dentre os participantes, a maioria tinha mais de 10 anos de formado (66,9%), o mesmo se observando com o tempo de atuação em UTI (50,4%). Dentre esses, a maioria era Intensivista (63,5%). Três associações significativas foram observadas em relação às especialidades: a titulação em Medicina Intensiva, se associou com Porto Alegre ($P < 0,001$) e a Cirurgia Geral ($P < 0,001$) e ausência de titulação especializada ($P < 0,005$) com Belém. Quanto ao desenvolvimento psicológico-moral, observou-se quatro estágios: conformista (2,5%), consciencioso (44,1%), autônomo (44,1%) e integrado (6,8%). Quanto ao conhecimento sobre DAV, a maioria dos participantes (83,5%) afirmou conhecer. Com relação à utilização desse instrumento, (80,9%) foi favorável, seguido dos que talvez utilizasse (14,8%) e não utilizaria (4,3%), com associação significativa entre os grupos ($P = 0,013$), evidenciando-se, resposta "sim" para Porto Alegre e "não" para Belém. A principal justificativa para a utilização das DAV foi a autonomia (67,7%). Entre os participantes que talvez utilizasse esse documento, a justificativa foi que, esse poderia limitar a decisão (29,3%). Na necessidade de uma legislação específica, a maioria dos médicos foi favorável (88,7%), havendo uma associação estatisticamente significativa ($P = 0,045$), entre os grupos, com Belém, se associando a uma posição mais legalista. A justificativa mais utilizada para uma legislação foi o amparo legal (53,9%). Em caso de legislação específica a maioria dos médicos (81,7%) acataria a DAV. No primeiro cenário, a maioria dos médicos (94,0%) levaria em consideração a vontade do paciente em diferentes níveis, havendo uma associação significativa entre os grupos ($P = 0,004$). No segundo cenário, 80,0% considerou a vontade do paciente determinante. No terceiro, (96,5%) levaria em consideração a vontade do paciente em diferentes graus, com destaque (71,3%) para a vontade do paciente ser determinante, com associação significativa entre os grupos ($P = 0,003$). No quarto cenário, a maioria dos médicos (86,1%) também levaria em consideração a vontade do paciente em diferentes graus, com associação significativa ($P = 0,001$) entre os grupos. Quanto à justificativa para implantar ou não implantar terapêutica fútil, (83,5%) consideraram ambas justificáveis, com significância estatística entre os grupos ($P = 0,001$). Quanto aos fatores que influenciam a tomada de decisão, os mais frequentes foram, os aspectos éticos (94,8%), legais (88,7%), morais

(73,9%), técnicos (67,0%) e aspectos religiosos do paciente (52,2%). **Conclusão:** É possível concluir que os médicos participantes deste estudo conhecem e utilizariam as diretivas antecipadas de vontade, mas reconhecem a necessidade de ter um amparo legal específico para esta questão. Os dados gerados neste estudo, evidenciam que os médicos valorizam a vontade dos pacientes e buscam realizar decisões compartilhadas. Além disto, fica evidente a influencia regional nos fatores associados ao processo de tomada de decisão.

Palavras-chave: Diretivas antecipadas; Testamento vital; Unidades de Cuidado Intensivo; Cuidado de final de vida; Tomada de decisão.

Abstract

Introduction: Technological advancements in the medical field have undoubtedly brought forth positive aspects to man such as saving lives. On the other hand, these advancements have contributed fearlessly to prolong these lives raising a great deal of questioning from a bioethical viewpoint mainly in the area of Intensive Therapy. Such area frequently deals with patients in the end of life and some who has lost the capacity to exercise autonomy.

Objectives: to evaluate the opinion of physicians who work at Intensive Care Units (ICUs) regarding advance directives (AD) of patients and as specific objectives to evaluate the knowledge and values associated to AD; identify possible factors that can interfere with decision making process; evaluate the psychological-moral development of these physicians as a means to exam their capacity to make decision and compare these features between physicians who work in Belém do Pará and in Porto Alegre.

Method: This is a transversal study based on population involving ICUs of six public hospitals five in Pará and one in Rio Grande do Sul. Two tools were used in data collection process, a self-completed questionnaire composed of social demographic data and features of the professional, questions related to the theme and four different settings were presented to evaluate the position of the physicians. The second tool sought to assess the psychological-moral development of the professionals. The data were assessed in terms of quantity and quality.

Results: The 115 participants in the research were between de 26 a 63 years old, with mean age $40,59 \pm 9,06$. Most of them reported some kind of religious practice (54,8%) showing significant statistic association between the groups evaluated ($p < 0,001$), in Belém 76,4% of the physicians had some religious practice and in Porto Alegre 35%, Catholicism predominating. Amongst the participants most of them had been graduated for more than 10 years (66,9%), the same was seen regarding time of activity at ICU (50,4%). Most of these were Intensive Care Physicians (63,5%). Three significant associations were perceived in relations to the specialties: entitling in Intensive Medicine associated to Porto Alegre ($P < 0,001$) and General Surgery ($P < 0,001$) and the lack of specialized entitling ($P < 0,005$) to Belém. Regarding to psychological-moral development, four stages were observed: conformist (2,5%), conscientious (44,1%), autonomous (44,1%) and integrated (6,8%). In regard to knowledge of AD, most of the participants (83,5%) claimed to know it. In relation to the use of this tool (80,9%) was favorable, followed by those who would maybe use it (14,8%) and those who would not use it (4,3%), showing significant association between the groups ($P = 0,013$), evidencing the answer "yes" for Porto Alegre and "no" for Belém. The main justification for the use of AD was the autonomy (67,7%). Among the participants who would maybe use such document, the justification was that it could hinder the decision (29,3%). As for the necessity of specific legislation, most of the physicians were favorable (88,7%) revealing a significant statistic association ($P = 0,045$) between the groups, where Belém associated to a more legalistic position. The most common justification for legislation was legal support (53,9%). In case of specific legislation most of the physicians (81,7%) would comply with the AD. In the first setting, most of the physicians (94,0%) would take into account the will of the patient in different levels revealing a significant association between the groups ($P = 0,004$). In the second setting 80,0% considered the patient's will as determinant. In the third (96,5%) would consider the patient's will in different degrees highlighting (71,3%) the patient's will as determinant, with significant association between the groups ($P = 0,003$). In the fourth setting, most of the physicians (86,1%) would also consider the patient's will in different degrees with significant association ($P = 0,001$) between the groups. As regards the justification to introduce or not futile therapy (83,5%) considered both justifiable showing significant statistic between the groups ($P = 0,001$). Related to the factors that influence decision making, the most frequent were ethical (94,8%), legal (88,7%), moral (73,9%), technical (67,0%) and the religious aspects of the patient (52,2%).

Conclusion: It is possible to conclude that the physicians

participating in this study know and would use advance directives, but they recognize the need of specific legal support in this matter. Data resulting from this study reveal that physicians value the will of the patient and seek to make shared decisions. Furthermore, the regional influence is evident in the factors related to decision making process.

Key words: Advance directives; Living wills; Intensive care units; End of life care; Decision making.

Lista de Figuras

Figura 1. Número de artigos obtidos na pesquisa bibliográfica	18
Gráfico 1. (Artigo 2) Fatores que podem interferir na capacidade de tomada de decisão.....	79

Lista de Tabelas

Tabela 1. (Artigo 1) Perfil Sociodemográfico dos Participantes	61
Tabela 2. (Artigo 1) Características Profissionais dos Participantes	62
Tabela 3. (Artigo 1) Fases do Desenvolvimento Psicológico-moral dos Participantes	63
Tabela 4. (Artigo 1) Conhecimento sobre o assunto e utilização do documento	64
Tabela 5. (Artigo 1) Opinião relacionada a Legislação específica entre os Participantes	65
Tabela 2. (Artigo 2) Opinião relacionada a Futilidade terapêutica entre os Participantes.....	78

Lista de Abreviaturas

CFM	Conselho Federal de Medicina
CEM	Código de Ética Médica
DAV	Diretiva Antecipada de Vontade
DACM	Advance care medical directive
FSCMPA	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
HMUE	Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência
HOL	Hospital Ofir Loyola
HCGV	Hospital de Clínicas Gaspar Viana
IP	Instrução Prévia
LET	Limitação de Esforço Terapêutico
MPF	Ministério Público Federal
PSDA	Patient Self Determination Act
POA	Porto Alegre
PRCS	Durable power of attorney for health care
RCR	Ressuscitação Cardiorespiratória
RENTEV	Registro Nacional de Testamento Vital
TV	Testamento Vital
TSV	Tratamento de Suporte de Vida
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR INFORMAÇÕES	18
2.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	19
2.2.1 <i>Objetivo e Perfil atual da UTI</i>	19
2.2.2 <i>Morte na UTI</i>	19
2.2.3 <i>Dilemas encontrados na UTI</i>	21
2.2.3.1 <i>Terminalidade da vida</i>	21
2.2.3.2 <i>Prognóstico na UTI</i>	21
2.2.3.3 <i>Futilidade Terapêutica</i>	22
2.2.3.4 <i>Limitação de esforço terapêutico</i>	23
2.3 BIOÉTICA E TOMADA DE DECISÃO	25
2.3.1 <i>Tomada de Decisão</i>	25
2.3.2 <i>Capacidade de Tomada de Decisão</i>	26
2.4 AUTONOMIA DO PACIENTE.....	27
2.4.1 <i>Lei da Autodeterminação do Paciente</i>	27
2.4.2 <i>Constituição Federal</i>	28
2.5 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE	29
2.5.1 <i>Histórico</i>	29
2.5.1.1 <i>Estados Unidos da América</i>	29
2.5.1.2 <i>A experiência australiana</i>	30
2.5.1.3 <i>A experiência europeia</i>	30
2.5.1.4 <i>A experiência na América latina</i>	31
2.5.1.5 <i>Perspectiva no Brasil</i>	32
2.5.1.5.1 <i>Constituição Federal Brasileira 1988 e Código Civil Brasileiro 2002</i>	32
2.5.1.5.2 <i>Resolução 1805/2006</i>	32
2.5.1.5.3 <i>Código de Ética Médica</i>	33
2.5.1.5.4 <i>Resolução 1995/2012</i>	33
2.6 DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE E SUA APLICABILIDADE EM UTI	36
2.6.1 <i>Papel e Prevalência das DAV na UTI</i>	36
2.6.2 <i>Conhecimento e valores dos médicos sobre DAV</i>	38
2.6.3 <i>Posicionamento dos médicos mediante DAV na UTI</i>	39
3 MAPA CONCEITUAL	43
4 OBJETIVOS	44
4.1 OBJETIVO GERAL.....	44
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	44
5 REFERÊNCIAS DA TESE.....	45
6 ARTIGOS DA TESE.....	54
ARTIGO 1: CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS QUE ATUAM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.....	55
ARTIGO 2: DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS QUE ATUAM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.	72
7 CONCLUSÕES.....	87
8 APÊNDICES.....	90
APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	91
APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO	92
APÊNDICE 3 - ARTIGO 1 EM INGLÊS	96
APÊNDICE 4 - ARTIGO 2 EM INGLÊS	111
APÊNDICE 5 -TABELA 1 (ARTIGO 2).....	125
9 ANEXOS.....	127
ANEXO 1: INSTRUMENTO UTILIZADO PARA AVALIAR O DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO-MORAL	127
ANEXO 2: APROVAÇÃO DO CEP-HCPA	128

1 INTRODUÇÃO

Com o avanço tecnológico na medicina, sem dúvida, muitas doenças que, antes, consideradas de difícil diagnóstico e tratamento; hoje, são passíveis de cura. Em contrapartida, quando essa tecnologia é usada sem discernimento, a ponto de não mais beneficiar o homem na cura de sua enfermidade, mas apenas prolongar sua vida, é necessário refletir, no intuito de avaliar sua real necessidade. Isso se torna muito mais complexo quando esse olhar é voltado para o ambiente da Terapia Intensiva, no qual, com frequência, nos deparamos com pacientes graves, em fase de terminalidade da vida e, muitas vezes, sem capacidade de tomada de decisão por si próprio.

Nessa perspectiva, o presente trabalho visa conhecer o posicionamento de médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), de hospitais das Regiões Norte e Sul do Brasil, diante de diretivas antecipadas de vontade de pacientes. Este documento é definido como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. Tal instrumento foi introduzido no Brasil pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução CFM 1995/2012 (1).

Para a compreensão do presente trabalho, é necessária, inicialmente, uma breve abordagem sobre o papel desempenhado pela UTI neste contexto, buscando-se descrever seu real objetivo e perfil atual, demonstrando o quanto a morte é condição frequente neste ambiente, além de mencionar os principais dilemas encontrados nesse setor, relacionados ao tema estudado.

Em seguida, faz-se um comentário sobre o processo de tomada de decisão do ponto de vista da Bioética, no qual se aborda o modelo paternalista ainda presente na relação médico-paciente, ressaltando sua complexidade nas situações de terminalidade da vida, e a importância do compartilhamento dessas decisões. Ainda neste tópico, é abordada a capacidade da tomada de decisão do indivíduo de acordo com a proposta de Loevinger (2), que se baseia em sete estágios, permitindo a caracterização da capacidade do indivíduo para a tomada de decisão no seu melhor interesse.

Posteriormente, é dado um rápido enfoque sobre autonomia, na perspectiva dada por Beauchamp e Childress (3). Assim como se comenta sobre a Lei norte-americana de Autodeterminação do Paciente, de 1990 (4), e a Constituição Federal Brasileira de 1988 (5), que são exemplos de instrumentos legais que tornaram, de fato, obrigatório o reconhecimento desse direito tão reivindicado.

E, finalmente, entramos no foco das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), objeto deste estudo, no qual é feito um breve histórico sobre os primeiros países que legislaram com o instrumento. Neste item, aborda-se sua perspectiva no cenário brasileiro, encontrando seu respaldo na Constituição Federal Brasileira e no Código Civil de 2002. Deve-se ressaltar que a Resolução CFM 1995/2012 (1) foi precedida por duas outras Resoluções que reconheceram a autonomia do paciente e tiveram papel relevante na instituição destas, as quais foram: a Resolução CFM 1805/2006 (6), que dispõe sobre a ortotanásia, e a Resolução CFM 1.931/2009 (7), que estabeleceu o novo Código de Ética Médica (CEM). Neste novo Código de Ética Médica, foi introduzida a discussão sobre terapêutica fútil em pacientes terminais. E por último, ainda dentro desse tópico, aborda-se sobre a prevalência das DAV na UTI, bem como seu papel, além do conhecimento, dos valores e do posicionamento dos médicos mediante o referido documento.

Numa era de avançada tecnologia, não só o profissional médico mas também os demais profissionais da saúde necessitam se precaver para que a relação com o paciente não se restrinja a um olhar meramente técnico, mas, sobretudo, humanizado. Isso permite que, ao se defrontar com um paciente em fase terminal da vida, esses profissionais saibam discernir sobre o que é o melhor para o paciente, no sentido de cuidado, sempre zelando pelo primado da dignidade humana.

O respeito à autonomia do paciente ainda se constitui em um desafio na rotina dos profissionais de saúde. Para isso, é necessário que estes tenham um amadurecimento do ponto de vista psicológico e moral. Assim, poderiam ter maior sensibilidade no processo de tomada de decisão no tocante à vontade do paciente.

Trata-se de um tema novo, principalmente no Brasil, pois questiona o poder unilateral na tomada de decisão em casos de terminalidade da vida. Além da grande relevância sob o prisma da Bioética, este tema também tem repercussões nas áreas médica e jurídica.

Diante de um assunto tão desafiador, é interessante ampliar o conhecimento e a discussão das diretivas antecipadas de vontade no Brasil, no sentido de não só garantir a autonomia do paciente mas também esclarecer os médicos dos diferentes aspectos envolvidos.

Com a finalidade de gerar novos conhecimentos nesta área, esta tese foi realizada utilizando as informações obtidas com médicos que atuam em UTIs de Belém e de Porto Alegre. Os dados obtidos estão apresentados em dois artigos, o primeiro, sobre o conhecimento e a utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade, e o segundo, sobre o posicionamento dos médicos frente a quatro diferentes cenários de atendimento de pacientes em UTIs.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR INFORMAÇÕES

O texto foi construído utilizando-se as bases de dados bibliográficos da U.S. National Library of Medicine (PubMed), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Web of Science, LILACS e do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Os descritores usados nas diferentes bases foram: Advance directives; *Living will*; Intensive care unit; End of life; Physicians opinions, Physicians attitudes; Medical decision making. Estes foram usados em diversas combinações, sendo as principais evidenciadas na figura abaixo.

Também foram consultados o banco de teses da Capes, dissertações e capítulo de livros, como parte integrante do levantamento bibliográfico. Inicialmente, foram selecionadas as publicações dos últimos cinco anos. Os artigos mais antigos foram obtidos das referências de outros artigos anteriormente selecionados em razão de sua relevância para o tema. O resultado da busca encontra-se distribuído na figura abaixo. Do total de artigos encontrados, foram selecionados 103, que subsidiaram a presente investigação.

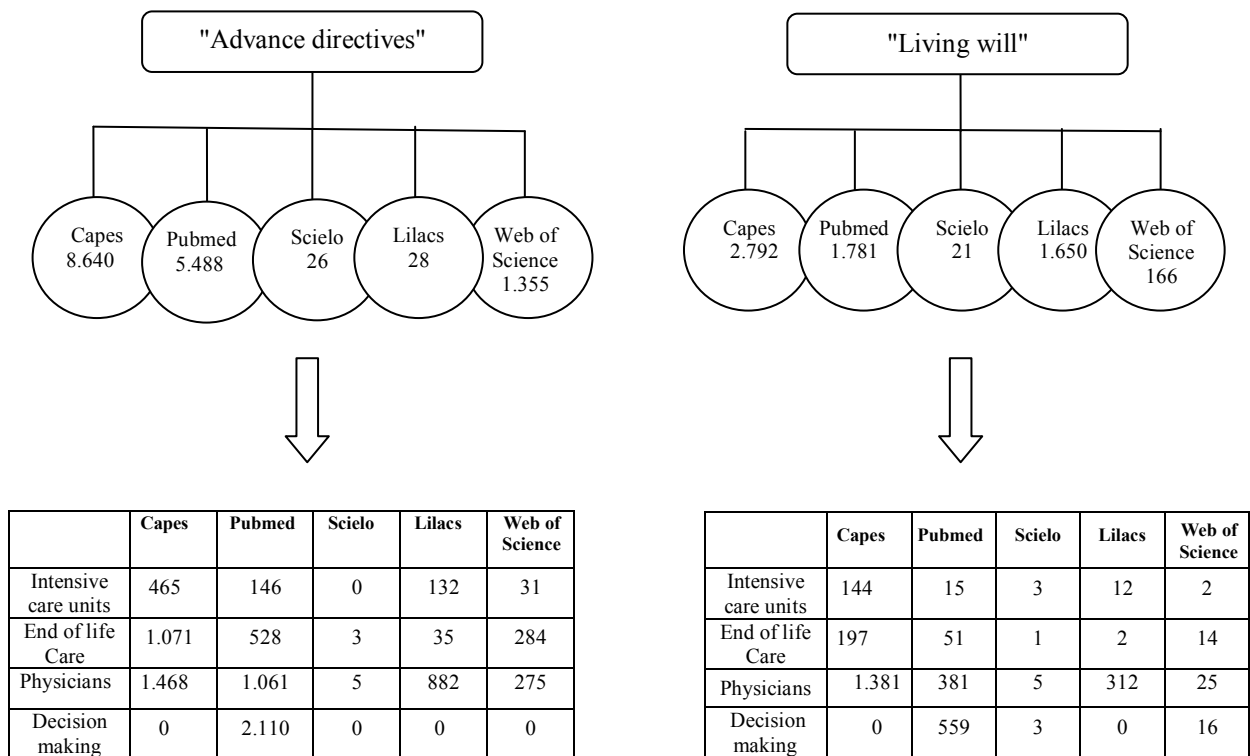


Figura 1: Número de artigos obtidos na pesquisa bibliográfica

2.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

2.2.1 Objetivo e Perfil atual da UTI

O propósito da UTI é prevenir o sofrimento e a morte prematura, pelo tratamento e acompanhamento de pacientes com instabilidade fisiológica potencialmente grave por doença reversível, que requeira medidas tecnológicas de suporte de vida, por um período razoável para aquela circunstância (8,9). Enquanto compete à medicina intensiva auxiliar o paciente a sobreviver de ameaças agudas a sua vida, além de preservar e restaurar a qualidade de vida desse paciente (10).

Entretanto o que se vivencia atualmente nesse ambiente são admissões de pacientes portadores de doença crônico-degenerativa, com agudização de sua doença de base, além de morte de muitos pacientes nessas unidades, por falência de múltiplos órgãos, gerando, com isso, dilemas éticos quanto ao tratamento adequado a ser fornecido a esses pacientes críticos em terminalidade, além da questão da alocação de recursos (11).

De acordo com Baruzzi, Ikeoka (12) deve-se considerar a escassez de recursos existentes neste setor, para que estes não sejam desperdiçados com pacientes sem perspectiva de reversibilidade de sua doença e, assim, não se abstraiem as chances daqueles com reais possibilidades de recuperação.

Com o objetivo de auxiliar o médico na condução desses pacientes críticos em terminalidade, foram propostos, em 2009, no II Fórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul" (Argentina, Brasil e Uruguai), sugestões que vão desde o estabelecimento do diagnóstico com equipe multiprofissional, critérios de irreversibilidade da doença com base na literatura, tratamentos futuros caracterizados como fúteis, consenso entre as equipes cuidadoras, registro em prontuário das conclusões diante do caso e, finalmente, a discussão com familiares, com o objetivo de planejamento de plano de cuidados (11).

2.2.2 Morte na UTI

A morte que antes ocorria no domicílio tornou-se institucionalizada por questões socioculturais. De maneira que, atualmente, mais de 70% dos óbitos no mundo ocorrem em

ambiente hospitalar e, principalmente, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) (13). Nos Estados Unidos, essa estimativa em UTI é em torno de 22% (10,14-17).

Em virtude do grande arsenal tecnológico existente neste ambiente, morrer nesse local sem a anuência do médico intensivista é quase impossível. Corrobora essa afirmação o fato de que os óbitos nas UTIs, em nível mundial, são precedidos em 30% a 50% dos casos de decisões sobre a suspensão ou recusa de tratamentos considerados fúteis ou inúteis (13,18). De acordo com outros autores, esta ocorrência pode atingir até 90% dos casos (19).

Nos dias atuais, a busca pela morte digna de pacientes sem possibilidade de cura vem crescendo em vez da insistência de se prolongar a vida com tratamentos considerados fúteis, pois, quando a morte é inevitável, seu retardo implica alto custo financeiro, social e psicológico para todas as partes envolvidas no processo, seja paciente, seja familiares, seja profissionais de saúde (20).

De acordo com Carvalho *et al* (21) nos países mais desenvolvidos, diante de pacientes com doenças irrecuperáveis, a tendência é valorizar cada vez mais a vida, o respeito à vontade e ao melhor interesse do paciente, ou seja, busca-se a morte com dignidade e sem sofrimento, e não a preservação da vida a qualquer custo.

Pacientes graves, com prognóstico sombrio são encontrados com frequência em UTI, impondo um desafio para o intensivista, cabendo-lhe a tarefa de decidir pela não implantação ou suspensão de tratamento. Nesse contexto, deve-se considerar os valores do paciente e da família, bem como o prognóstico médico, componentes fundamentais diante dessa conduta (14,22,23).

Diretrizes para medicina de cuidados críticos recomendam, nessas situações, o uso de uma abordagem compartilhada, engajando paciente, familiares e substitutos para melhorar a qualidade da tomada de decisão de final de vida (24).

Pelo exposto, cabe ao médico intensivista refletir a fim de reconhecer sua limitação e, quando a cura não for mais possível, saber lidar com o processo de viver e morrer no sentido de discernir quando deve intervir e até que ponto é possível fazer tal intervenção, para que a vida não seja mantida a qualquer custo.

2.2.3 Dilemas encontrados na UTI

2.2.3.1 Terminalidade da vida

Uma das grandes dificuldades enfrentadas pelos médicos intensivistas é a terminalidade da vida, motivo pelo qual a tomada de decisão nessas situações tem sido tema de discussão principalmente nas UTIs, uma vez que esse setor dispõe de um grande arsenal tecnológico, o que favorece o prolongamento artificial da vida desses pacientes em detrimento de sua qualidade de vida (25). Tais decisões, muitas vezes, são de difícil resolução a ponto de causar sensação de desconforto nesses profissionais, uma vez que, de posse de toda essa tecnologia e por serem passíveis de questionamentos ético-legais, muitas vezes, sentem-se pressionados, sendo, portanto, inevitável o prolongamento dessas vidas.

É importante observar que, dentro desse contexto, existem outros fatores complicadores para essa tomada de decisão, como o conceito de terminalidade que ainda é motivo de discussão, assim como a dificuldade quanto à definição do prognóstico desses pacientes, entre outros fatores.

De acordo com Nunes (26) doente terminal é aquele cuja doença não responde a qualquer terapêutica conhecida, evoluindo por conseguinte, com irreversibilidade do processo e óbito. Doentes com falência de múltiplos órgãos e sistemas necessitando de terapêutica substitutiva são, por sua vez, também considerados pacientes terminais (27). Knobel, Silva (28) definem paciente terminal como aquele cuja condição é irreversível, independente de ser tratado ou não, e apresenta uma alta probabilidade de morrer num período relativamente curto de tempo.

Logo, não existe definição clínica padrão de paciente terminal. Do ponto de vista da medicina clínica, "terminal" deveria ser aplicado somente àqueles pacientes que os clínicos com experiência esperam que morram por motivo de uma enfermidade letal, progressiva, apesar do tratamento apropriado, em um período de tempo relativamente curto, medido em dias, semanas ou vários meses, no máximo. O diagnóstico de uma condição terminal deve ser embasado em evidências médicas e julgamento clínico de que a condição é progressiva, irreversível e letal (29).

2.2.3.2 Prognóstico na UTI

Os sistemas de índices prognósticos para avaliação da gravidade de pacientes têm se mostrado eficazes na avaliação da gravidade de um grupo de pacientes, contudo tornando-se imprecisos em prever a evolução de um paciente de forma individual. Dessa forma, contribuem apenas para fornecer informações para a tomada de decisões médicas, não podendo ser utilizados unicamente na avaliação de prognóstico de pacientes sob cuidados intensivos (14,30).

De modo que, na UTI, as decisões de final de vida são influenciadas por previsões médicas de desfecho de pacientes com doença grave. Os médicos podem embasar o prognóstico em suas próprias experiências ou em estudos multicêntrico ou unicêntrico de doenças específicas, como lesão pulmonar aguda; estudos de certos grupos etários, como os idosos; ou estudos de certas intervenções, como a ventilação mecânica. O importante é que, na tomada de decisão de final de vida, os valores do paciente e de familiares sejam vistos como tão importantes quanto o prognóstico médico. Assim, a informação do prognóstico, quando adequadamente utilizada, pode melhorar a qualidade dos cuidados no final da vida (14,30,31).

2.2.3.3 Futilidade Terapêutica

O avanço tecnológico existente na UTI tem desempenhado papel relevante na recuperação de pacientes críticos, entretanto se faz necessário avaliar a contribuição deste no prognóstico de um paciente em fase terminal, pois, caso contrário, apenas viria agregar mais sofrimento a esse que já se encontra em um quadro de vulnerabilidade.

Nas últimas décadas, a bioética vem discutindo o limite de intervenção necessária sobre o indivíduo, uma vez que esse avanço tecnológico favoreceu ao homem uma maior intervenção sobre o ser humano, possibilitando o adiamento do processo de morrer, à custa, muitas vezes, de um prolongado e desnecessário sofrimento para o paciente e seus familiares (32,33). Muitos autores concordam com a opinião de que os médicos não são obrigados a fornecer tratamentos que eles acreditam trazer pouco ou nenhum benefício ao paciente. Numerosas opiniões éticas apoiam a posição de fornecer somente aqueles tratamentos julgados ser de probabilidade médica benéfica (34).

Para Pessini (35) este prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal caracteriza-se como obstinação terapêutica ou futilidade médica. Trata-se da atitude médica que, visando salvar a vida do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento. Segundo esse

autor, isso se tornou problema ético de primeira grandeza na medida em que o progresso técnico-científico passou a interferir de forma decisiva nas fases finais da vida humana.

De acordo com Jonsen, Siegler, Winslade (29) futilidade designa um esforço de oferecer um benefício para um paciente em que o bom senso e a experiência sugerem ser altamente provável que falhe e raras exceções não podem ser produzidas de forma sistemática. Entretanto futilidade, mais apropriadamente, é um julgamento sobre probabilidades e sua precisão depende de dados empíricos resultantes de estudos clínicos e de experiência clínica.

É necessário que haja a percepção do momento em que a morte se torna inevitável, para que se possa interromper um tratamento que, além de adiá-la, traria sofrimento ao paciente e seus familiares, além de restringir outros pacientes que poderiam fazer uso de tal recurso (33).

2.2.3.4 Limitação de esforço terapêutico

A decisão quanto a manter, recusar ou suspender tratamento em pacientes críticos em UTI é uma das mais difíceis a ser tomada na prática médica. Essa dificuldade, em parte, parece decorrer da magnitude que uma ou outra conduta pode desencadear, ou da ausência de diretrizes seguras que fundamentam essa tomada de decisão (36).

O estudo Ethicus demonstrou que a recusa ou suspensão de tratamentos de suporte de vida é prática comum, porém variável nas UTIs da Europa, e o embasamento para tais decisões foram: a idade do paciente, o diagnóstico, a permanência na UTI, além de questões de localização geográfica e religiosa (37).

Estudo multicêntrico, realizado em 37 UTIs de 17 países da Europa, para determinar a influência da cultura e afiliação religiosa do médico, nas decisões de final de vida, observou diferenças significativas nas práticas da UTI. Quanto à não implantação de tratamento, esta ocorreu mais frequentemente que a retirada, caso o médico fosse judeu (81%), grego ortodoxo (78%) ou mulçumano (63%). Com relação à retirada, esta foi mais frequente entre médicos que eram católicos (53%), protestantes (49%) ou entre os médicos que não tinham afiliação religiosa (47%). Quanto à discussão com familiares, esta foi mais frequente com médicos protestantes (80%), católicos (70%), sem afiliação religiosa (66%) ou judeu (63%). Tais achados destacam a importância da religião e cultura do médico sobre a prática da medicina no final da vida (38).

A Sociedade Americana de Medicina Intensiva (*The Society of Critical Medicine*) tem apoiado as decisões de limitação de tratamento em pacientes terminais. Ela refere que a habilidade de um sistema de predição, em discernir quais pacientes irão morrer, oferece a possibilidade de alocar, de forma justa, os recursos na UTI e, assim, promover o princípio da justiça distributiva (39).

Para Ribeiro (40) a limitação de esforço terapêutico (LET) tem apoio na Constituição Federal (Art. 1º, III, e art. 5º, III), que reconhece a dignidade da pessoa humana e diz, expressamente, que ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante; no Código Civil (Art. 15), que autoriza o paciente a recusar determinados procedimentos médicos; na Lei Orgânica da Saúde, que reconhece o direito à autonomia do paciente, e no Código de Ética Médica, que, além dos princípios legais, proíbe o médico de realizar procedimentos terapêuticos contra a vontade do paciente, fora de um quadro de emergência médica.

Embora exista consenso geral quanto à não implantação e retirada de tratamento serem considerados iguais do ponto de vista ético e legal, tais procedimentos são ainda abordados de forma diferente na prática clínica. Uma pesquisa de opinião de médicos internistas sobre limitação de suporte de vida (LSV) encontrou que os participantes eram significativamente mais propensos a não implantar que retirar tratamento. Isso pode parecer injustificável, uma vez que a retirada permite um julgamento sobre o tratamento, que pode demonstrar se este é eficaz e esclarece seus riscos e benefícios. Contudo a retirada pode aparecer como a causa imediata da morte, enquanto a não implantação pode ser vista como uma estratégia passiva, permitindo a progressão natural da doença do paciente (18). Esse dado também foi observado em estudo realizado no Brasil, com 75 médicos intensivistas, dos quais, 78,4% consideraram a não introdução de um novo tratamento uma conduta mais confortável que a suspensão de um tratamento já instituído (36).

De acordo com Bitencourt *et al* (20) diferenças culturais, econômicas, religiosas, sociais e legais podem justificar as dificuldades encontradas por profissionais, pacientes e familiares, ao lidar com esse tipo de decisão. Segundo os autores, apesar do amparo legal e religioso, ainda faltam critérios para estabelecer quando é lícito suspender o suporte de vida. Essas questões não são fáceis de serem mensuradas e, por isso, torna-se difícil determinar a melhor prática de ser utilizada. Desta forma, cada caso deve ser individualizado.

Estudo multicêntrico realizado em UTIs na Grécia mostrou que a prática de LET é um procedimento comum nas instituições estudadas, com a grande maioria dos casos sendo de não reanimação cardiorrespiratória (RCR). Não se constituindo em uma prática comum a não

implantação de outras terapias. Da mesma forma, a retirada de outras medidas de suporte também são pouco frequentes. Nessas UTIs, predomina o modelo paternalista na tomada de decisão (41).

Recentes estudos europeus mostram que os médicos informam menos da metade de seus pacientes sobre as suas decisões para não implantar certos tratamentos. Entretanto os médicos frequentemente compartilham com os pacientes, que preferem cuidados de conforto, as decisões de limitar tratamentos fúteis, que apenas prolongam a vida. Porém, quando os pacientes solicitam tratamento que prolongam a vida, os médicos frequentemente não os informam (37). Em um estudo conduzido nos EUA, em 1995, 80% dos médicos relataram que tomaram decisões unilateralmente de não implantação ou retirada de tratamento de manutenção de vida, que eles consideraram fúteis. Essas decisões, por vezes, foram tomadas sem o conhecimento ou consentimento do paciente e até mesmo independentemente da objeção do paciente (42).

Visando resolver essas questões, o Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu a Resolução 1.805/2006, que abordava a questão da ortotanásia (6). Segundo Pessini (35), o termo *orto* significa "correto", isto é, ortotanásia tem o sentido de morte no seu tempo, sem prolongamentos desproporcionados do processo de morrer. A utilização do termo Ortotanásia gerou confusão com a questão da Eutanásia. Essa confusão conceitual acabou acarretando uma demanda judicial, por parte do Ministério Público Federal, questionando, equivocadamente, se a Ortotanásia não seria uma forma de Eutanásia Passiva (43).

2.3 BIOÉTICA E TOMADA DE DECISÃO

2.3.1 Tomada de Decisão

Atitudes paternalistas ainda são evidenciadas na prática médica atual, isto é, alguns profissionais, muitas vezes pressionados pela família dos pacientes, tomam decisões sem consultar as preferências individuais dos pacientes, assumindo o que supõem ser o melhor para estes. Entretanto questiona-se até que ponto essas decisões estariam de acordo com os desejos reais do paciente enquanto incapazes (44). Isso se torna ainda mais complexo em se tratando de terminalidade da vida, quando situações conflitantes ocorrem principalmente quanto à conduta e aos procedimentos a serem adotados, pois, muitas vezes, esses pacientes perdem a capacidade de exercer sua própria vontade, não podendo interagir com a equipe,

quanto ao processo de tomada de decisão. Portanto, é importante que se busquem os princípios bioéticos para que estes possam nortear as decisões a serem tomadas, não ficando, dessa forma, limitadas apenas ao domínio do profissional.

2.3.2 Capacidade de Tomada de Decisão

No cotidiano, muitas vezes, o médico intensivista defronta-se com casos de difícil resolução, que exigem dele uma rápida intervenção. Tais situações implicam grande desgaste para o profissional e requerem discernimento e bom senso por parte dele, pois, dependendo do seu posicionamento, tais decisões implicarão grandes perdas, além de sofrimento e dor ao paciente e aos familiares. Motivo pelo qual esse profissional necessita não só de preparo técnico mas também preparo psicológico e moral a fim de que possa tomar decisões coerentes, embasadas em valores morais.

Estudos têm demonstrado que o aspecto educacional não tem papel preponderante na capacidade para a tomada de decisão, uma vez que pessoas com pouca escolaridade têm desenvolvimento psicológico-moral que lhes permite tomar decisões do seu melhor interesse (45–47).

De acordo com Raymundo, Franciscone, Goldim (48) a capacidade ou o impedimento para a tomada de decisão estão, direta ou indiretamente, associados ao surgimento do desenvolvimento psicológico e moral do indivíduo. Segundo esses autores, esta capacidade está relacionada com a aptidão que o indivíduo tem para realizar uma tarefa, e sua origem está nos campos da Psicologia e do Direito, pois representa o lado operacional ou funcional da autonomia pessoal.

Autores como Piaget, Kohlberg, Loevinger e Turiel buscaram estabelecer propostas para avaliar a capacidade do indivíduo em cada uma das fases de vida. Esses autores, além de estabelecerem o desenvolvimento psicológico-moral, elaboraram propostas de teorias sobre o desenvolvimento do julgamento moral, ou seja, da capacidade de o indivíduo decidir embasado em argumentos morais (49).

Loevinger, em 1966, baseando-se nesses referenciais de Piaget e Kohlberg, propôs uma classificação mais ampla para o desenvolvimento psicológico-moral, denominando-a de Desenvolvimento do Ego. Segundo essa proposta, o ego do indivíduo desenvolve-se pela integração das estruturas existentes, e não por uma simples sucessão de estágios. A

classificação do Desenvolvimento do Ego baseia-se em sete estágios: pré-social, impulsivo, oportunista, conformista, consciencioso, autônomo e integrado (50).

Os três primeiros estágios - pré-social, impulsivo e oportunista - identificam indivíduos que ainda não podem ser caracterizados como capazes de tomar decisões no seu melhor interesse. Os demais estágios - conformista, consciencioso, autônomo e integrado – permitem, em níveis crescentes, o exercício desta capacidade (50).

2.4 AUTONOMIA DO PACIENTE

O Princípio do Respeito às Pessoas é central na Bioética. Este recebeu várias denominações de acordo com diferentes autores, em diferentes épocas. Uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação. 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. Nem todas as pessoas têm a capacidade de se autodeterminar. Esta capacidade amadurece durante a vida das pessoas, e algumas destas perdem esta capacidade, seja total, seja parcialmente, por motivo de doenças, distúrbios mentais ou circunstâncias que severamente restrinjam a liberdade. O respeito para com o ser imaturo e para com o incapaz pode exigir sua proteção à medida que amadurecem ou enquanto estiverem incapazes (44).

Beauchamp e Childress reduziram o Princípio do Respeito às Pessoas para Autonomia. Estes autores admitem que a "autonomia tem significados tão diversos como autodeterminação, direito de liberdade, privacidade, escolha individual, livre vontade, comportamento gerado pelo próprio indivíduo e ser propriamente uma pessoa" (3).

2.4.1 Lei da Autodeterminação do Paciente

Atualmente, as pessoas têm assegurado seu direito de liberdade e autonomia no final de sua vida, uma vez que, enquanto conscientes de seus atos, podem manifestar-se antecipadamente quanto a seus desejos de submeter-se ou não a procedimentos que podem prolongar sua vida, bem como a preferência por tratamentos, em caso de incapacidade para tal. Trata-se do exercício da autonomia do indivíduo, vinculado ao exercício da medicina.

Entretanto a maioria dos pacientes que morrem nos hospitais perde essa capacidade, o que motivou diversas manifestações sobre o problema, abrindo caminho, nos Estados Unidos, para a aprovação da Lei da Autodeterminação do Paciente (4). Diversas leis precederam esta nova norma, particularmente a "Natural Death Act" em 1976, e especialmente dois casos paradigmáticos tiveram uma repercussão mundial, sensibilizando a opinião pública sobre o tema: os casos Karen Ann Quinlan, em 1985, e Nancy Cruzan, em 1990. Esta lei foi aprovada pelo Congresso dos Estados Unidos em 1990, porém efetivada a partir de 1º de dezembro de 1991 (51).

Conforme essa lei, as instituições de saúde norte-americanas ficam obrigadas, no ato da admissão do paciente, a informá-lo sobre o seu direito de tomada de decisão com relação ao cuidado de saúde, incluindo o direito de aceitar ou não tratamento; e ao registro por escrito, mediante documento, prevendo uma eventual incapacidade no futuro para o livre exercício da própria vontade (15,29,51–53).

2.4.2 Constituição Federal

O direito à liberdade e autonomia humana vem sendo reivindicado, de forma mais contundente, desde o século XVIII, especialmente pelo Esclarecimento francês (54) e escocês (55), consagrando-se na Revolução Francesa e na Revolução Norte-Americana.

No Brasil, esse direito é assegurado pela Constituição Brasileira, em seu artigo 5º, o qual 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 (5).

2.5 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

2.5.1 Histórico

2.5.1.1 Estados Unidos da América

Historicamente, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) tiveram sua origem nos Estados Unidos da América (EUA), em 1967, quando foram propostas pela primeira vez, com a expressão *Living will*, pela Sociedade Americana para a Eutanásia (56–58). Em 1969, um advogado de Chicago, Luís Kutner, propôs o primeiro documento, que denominou de *Living will*, no qual um indivíduo poderia registrar seu desejo de recusar tratamento médico em caso de estado vegetativo persistente ou enfermidade terminal (59).

O *Natural Death Act*, primeira lei americana que concedia às pessoas o direito de, antecipadamente, recusar a manutenção da vida com auxílio de tecnologia, foi aprovada no Estado da Califórnia, em 1976, após grande repercussão do caso Karen Ann Quinlan (58,60,61).

Karen Ann Quinlan era uma jovem norte-americana de 22 anos de idade, do Estado de New Jersey, que se encontrava em um quadro de coma irreversível, mantida em ventilação artificial, sendo somente suspenso tal procedimento, após seus pais adotivos terem recorrido à Suprema Corte de New Jersey. Entretanto, somente em 1990, após o caso Nancy Beth Cruzan, que suscitou debate público sobre a temática, foi possível uma lei federal. O caso tratava-se de uma jovem de 25 anos de idade, no Estado de Missouri, em coma irreversível há 7 anos, após um acidente automobilístico, mantida com nutrição e hidratação artificial, cujos pais e esposo, depois de decisão da Suprema Corte Americana, conseguiram a suspensão de tais medidas. Neste mesmo ano, foi aprovada a *Patient Self-Determination Act* (PSDA), a primeira lei federal norte-americana a reconhecer o direito à autodeterminação do paciente, efetivada a partir de 1º de dezembro de 1991 (4). A partir de então, vários Estados norte-americanos aprovaram leis regulamentando as DAV (58,60,61).

De acordo com a PSDA, existem três formas de efetivar as DAV: a) manifestação explícita da própria vontade (MEPV - *Living will*); b) poder permanente do responsável legal ou curador para o cuidado da saúde (PRCS - *durable power of attorney for health care*), enfatizando que *attorney*, nesse caso, não significa especificamente "advogado", mas uma

pessoa investida de poder para representar a outra; c) decisão ou ordem antecipada para o cuidado médico (DACM - *advance care medical directive*) (51,62).

2.5.1.2 A experiência australiana

Na Austrália do Sul, uma lei geral sobre direitos do paciente foi aprovada em 1995. Trata-se do Ato para Consentimento para Tratamento Médico e Cuidados Paliativos, lei que dispõe, em sua segunda parte, sobre as DAV. Esta lei estabelece que somente pessoas acima de 18 anos podem manifestar-se por DAV, desde que na presença de duas testemunhas, como também possibilita a nomeação de um procurador, porém restringindo suas decisões. À semelhança da Espanha e Portugal, também dispõe sobre um Registro Nacional para acesso das pessoas envolvidas (57).

2.5.1.3 A experiência europeia

No cenário europeu, as DAV surgem com a convenção sobre os Direitos Humanos e Biomedicina, conhecida por "Convenção de Oviedo", realizada em 1997, a qual estabelece em seu artigo 9º que os desejos expressos previamente pelo paciente, quanto a uma intervenção médica, serão levados em consideração, quando, no momento da intervenção, não se encontrar em condições de expressar sua vontade (63). Desde então, diversos países membros do Conselho da Europa assinaram a referida Convenção, sendo a Espanha, Portugal e Suíça, os primeiros países a ratificarem (60). Antes desta Convenção, países como a Finlândia, Holanda e Hungria já haviam reconhecido as DAV em legislação, seguindo-se da Bélgica e da Espanha, em 2002; da Inglaterra e do País de Gales, em 2005; da Áustria, em 2006; da Alemanha, em 2009; e de Portugal, em 2012 (60).

Na Holanda, as Diretivas Antecipadas de Vontade são legalmente reconhecidas desde 1995, por meio da aprovação da "*Medical Treatment Contract Act*" (64).

Na Espanha, as diretivas foram introduzidas pela Lei nº 41/2002, recebendo a denominação de *Instrucciones Previas*. Esta dispõe sobre a autonomia do paciente, os direitos e as obrigações em matéria de informação e documentação clínica, assim como possibilita a nomeação de um representante para interagir entre o paciente e a equipe médica, para assegurar-lhe que seus desejos sejam cumpridos. Esse instrumento deverá fazer parte da

história clínica do paciente, podendo ser revogado em qualquer momento. Sua eficácia é assegurada em todo território nacional, pelo *Registro Nacional de Instrucciones Previas*, criado pelo Ministerio de Sanidad y Consumo, pelo Real Decreto n. 124/2007 (57,60,61,65–67).

Embora a França possua legislação sobre o tema desde 2005, esta nação não reconhece o direito do paciente a se autodeterminar a partir de um DAV, uma vez que não vincula o profissional médico às disposições constantes no documento (64,68). Por tal motivo, o paciente é autorizado a nomear uma "pessoa de confiança", que deve ser consultado no caso de o paciente perder a capacidade de exercício da autonomia (64).

Em Portugal, a Associação Portuguesa de Bioética trouxe à tona tal discussão desde 2006, por ocasião de um projeto de lei (58,60). Entretanto, somente em julho de 2012, a Lei n. 25/2012 foi promulgada, dispondo, em seu artigo 1º, sobre as DAV, com a designação de Testamento Vital (TV), abordando sobre cuidados de saúde. Esta estabelece a nomeação de um "procurador de cuidado de saúde" e, à semelhança da legislação espanhola, cria o Registro Nacional de Testamento Vital (RENTEV), com o intuito de controlar tais documentos em nível nacional (58,60,62).

Em alguns países, a Itália, por exemplo, estão tramitando projetos para possível aprovação de uma lei.

2.5.1.4 A experiência na América latina

Na América Latina, destaca-se Porto Rico, que, em 2001, aprovou a Lei nº 160, a qual estabelece que toda pessoa maior de idade e em pleno uso de suas faculdades mentais pode declarar previamente sua vontade sobre tratamentos médicos, caso sofra uma condição de terminalidade ou de Estado Vegetativo Persistente (60).

A aprovação da DAV no Uruguai ocorreu em 2009, com a Lei nº 18.473. Esta lei prevê que toda pessoa maior de idade e apta, do ponto de vista psíquico, de forma voluntária, consciente e livre, em caso de uma doença terminal, incurável e irreversível, pode expressar antecipadamente sua vontade no sentido de opor-se à futura aplicação de tratamentos e procedimentos médicos que prolonguem a vida em detrimento da sua qualidade (69,70). A legislação permite que, em doente com perda total da consciência e ainda sem a decisão sobre o final de sua vida, o cônjuge ou companheiro, ou parentes consanguíneos até o primeiro grau possam tomar decisão quanto à suspensão ou não implantação de tratamentos médicos. Esta

prevê, ainda, que este documento seja assinado na presença de duas testemunhas ou por escritura pública ou ato notarial e que seja anexado ao histórico clínico do paciente, podendo ser revogado a qualquer momento (69). Estabelece, também, que o médico, no cumprimento de uma DAV, informe ao Comitê de Bioética da instituição em que trabalha, assim como, para atestar o diagnóstico de doença terminal, é necessária a confirmação por um segundo profissional de saúde, efetivando, dessa forma, o cumprimento da diretiva (69).

Na Argentina, a primeira lei a tratar sobre DAV foi a Lei nº 4.263, da Província de Rio Negro, promulgada em 19 de dezembro de 2007. Em 2009, foi promulgada a Lei federal nº 26.529, sobre os direitos do paciente, que, no artigo 11, reconhece o direito de o paciente dispor sobre suas vontades por meio de diretivas antecipadas. Todavia esta lei não traz maiores detalhes sobre o tema (60).

2.5.1.5 Perspectiva no Brasil

2.5.1.5.1 Constituição Federal Brasileira 1988 e Código Civil Brasileiro 2002

No Brasil, não existe legislação específica sobre as DAV. No entanto a Constituição Federal Brasileira de 1988 embasa a validação do referido instrumento, quando dispõe do Princípio da dignidade da pessoa humana, no seu art. 1º, inciso III; do Princípio da autonomia, em seu art. 5º, nos incisos que abordam a questão dos direitos e deveres individuais, além da proibição de tratamento desumano, implícito no seu art. 5º, inciso III (5,71–73). O Código Civil também garante que a pessoa deve opinar em relação aos tratamentos médicos que são propostos, quando estabelece, em seu artigo 15º, que "Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica" (74).

2.5.1.5.2 Resolução 1805/2006

O Conselho Federal de Medicina (CFM), respaldado nos princípios constitucionais e na tentativa de salvaguardar os médicos diante da dificuldade na assistência do paciente terminal, publicou, em 28 de novembro de 2006, a Resolução de nº. 1805/2006, que assegura ao médico limitar ou suspender, na fase terminal de enfermidade graves e incuráveis, tratamentos e procedimentos que prolonguem a vida do doente, bem como dispõe sobre a manutenção dos cuidados indispensáveis para aliviar o sofrimento. Entretanto tal resolução foi questionada pelo Ministério Público Federal (MPF) e suspensa por uma liminar da Justiça

Federal por entender que o CFM não tem competência para legislar sobre matéria do Código Penal, pois, de acordo com este, a limitação ou suspensão de um tratamento implicaria abreviar a morte, podendo caracterizar crime de homicídio (6,62,73,75,76). Posteriormente, em 2010, a Justiça Federal considerou improcedente e cassou a referida liminar, retirando a suspensão da resolução, com o argumento de que o CFM tem competência para editar uma norma com esse teor, cuja abordagem versa sobre ética médica e consequências disciplinares, não fazendo qualquer referência sobre direito penal (25,76,77).

2.5.1.5.3 Código de Ética Médica

Posteriormente, o novo Código de Ética Médica (CEM), aprovado pela Resolução do CFM de nº. 1.931/2009, discute a terapêutica fútil em pacientes terminais, dispondo em seu art. 41, Parágrafo Único, que, nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade do paciente ou, na sua impossibilidade, de seu representante legal (7). Logo, tal resolução veio contemplar não só a classe médica mas também a sociedade, diante de um tema tão relevante, o qual tem provocado muitas discussões acerca da terminalidade da vida.

2.5.1.5.4 Resolução 1995/2012

Em seguida, a nova Resolução 1995/2012 do CFM abriu caminho para a discussão de fim de vida e estabeleceu especificamente as DAV. Esta define, em seu artigo 1º, diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. Em seu artigo 2º, estabelece que, nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se ou de expressar-se de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade (1).

Este documento tem recebido múltiplas denominações, entre elas: testamento biológico, biotestamento, diretivas antecipadas, instruções prévias, declaração antecipada de vontade, declaração prévia do paciente terminal, declaração antecipada de tratamento,

manifestação explícita da própria vontade, *Living will* entre outras (62,78,79). Entretanto, segundo Alves (62) o termo *Living will*, em sua tradução literal para a expressão testamento vital, é empregado de forma equivocada, podendo isso implicar interpretações ambíguas do documento, repercutindo sobre sua real importância. Uma vez que testamento diz respeito a uma declaração feita antecipadamente por uma pessoa, mas a ser efetivada somente após a morte dela, contrariamente às DAV, que são manifestações da vontade de uma pessoa a serem executadas ainda em vida.

Esta resolução detalha aspectos que já estão contemplados no CEM, que estabelece, como um de seus fundamentos, a questão da autonomia do paciente. Pois, ao reconhecer a autonomia deste, o médico não é destituído da sua, e, sim, é possível reconhecer a alteridade presente nesta relação, na qual as decisões devem ser compartilhadas (62,78).

Para Goldim (78) a denominação Diretivas Antecipadas de Vontade caracteriza adequadamente o seu propósito:

- Diretiva, por ser um indicador, uma instrução, uma orientação, e não uma obrigação;
- Antecipada, pois é dita de antemão, fora do conjunto das circunstâncias do momento atual da decisão;
- Vontade, ao caracterizar uma manifestação de desejos, com base na capacidade de tomar decisão no seu melhor interesse.

Alguns comentários são pertinentes, quanto às diferentes abordagens presentes no artigo 2º desta resolução, em virtude de sua complexidade, conforme descrito abaixo (1,78):

- No caput deste artigo, consta claramente que, na impossibilidade do paciente manifestar-se, e havendo esta manifestação de vontade, essas serão levadas em consideração pelo médico, não implicando com isso, que deverão ser obrigatoriamente cumpridas. O conjunto de circunstâncias presentes no momento da tomada de decisão deverá ser igualmente levado em consideração, pois, mesmo diante da incapacidade do paciente, a decisão permanece compartilhada, não havendo o predomínio de uma vontade sobre a outra, e sim um equilíbrio de ambas.

- O parágrafo 1º estabelece que, caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico. A exemplo da vontade antecipada pelo próprio paciente, também não existe, aqui, o caráter de obrigatoriamente, quanto ao médico considerar tais informações.

- O parágrafo 2º consta que o médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica. A adequação na tomada de

decisão deve ser balizada pelo CEM, logo, quando a vontade expressa pelo paciente estiver em desacordo com o que está estabelecido nas DAV, o médico fica eticamente impedido de acatar a vontade do paciente.

- O parágrafo 3º indica que as diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares. Isso indica uma clara priorização da vontade do paciente sobre outros desejos expressos por seus familiares quanto a uma mesma decisão a ser tomada, desde que essa vontade seja manifestada de forma antecipada e adequadamente registrada em prontuário. Em caso de conflito entre a vontade documentada do paciente atualmente incapaz de tomar decisões e seus familiares, prevalece a decisão antecipada pela própria pessoa.

- O parágrafo 4º estabelece que o médico registre, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente. Este parágrafo define quanto à obrigatoriedade do registro das DAV no próprio prontuário do paciente, não havendo a necessidade de um documento específico, nem a intervenção de outros agentes. Esta proposta reitera que esta situação está claramente vinculada à relação médico-paciente.

- Quanto ao parágrafo 5º do referido artigo, este prevê que, não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou havendo falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética Clínica da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente. Dentro deste entendimento, não se trata de uma delegação para que estes órgãos colegiados deliberem sobre a decisão em si, mas, sim, auxiliem a equipe médica na busca de justificativas adequadas à sua conduta.

De acordo com Ribeiro (40) as DAV podem ser materializadas de 4 formas: escritura pública em cartório; declaração escrita em documento particular, de preferência com firma reconhecida; declaração feita ao médico assistente, registrada no prontuário, com a assinatura do paciente. Nessas situações, é possível a nomeação de um procurador para tomar decisões não incluídas nas diretivas. Uma quarta alternativa seria quando o paciente, sem ter elaborado este documento, declara a amigos e familiares sua rejeição quanto a esforço terapêutico nos casos de estado vegetativo permanente (EVP) ou doença terminal, denominada de justificação testemunhal dessa vontade. Sendo essa forma passível de processos judiciais longos. Entretanto, de acordo com o CFM (1), não existe, no Brasil, essa obrigatoriedade, quanto ao referido instrumento ser formalizado dentro desse critério de exigência acima abordado, desde

que os desejos do paciente, ao ser comunicado ao médico, sejam devidamente registrados em prontuário médico, conforme parágrafo 4º do Art. 2º da referida Resolução.

2.6 DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE E SUA APLICABILIDADE EM UTI

2.6.1 Papel e Prevalência das DAV na UTI

As Diretivas Antecipadas de Vontade são declarações escritas antecipadamente por pacientes, sobre seus desejos e preferências de tratamento caso eles não mais sejam capazes de tomar decisões, em virtude de doenças ou incapacidade (34,52,65,66,80). Este documento tem sido proposto visando proteger a autonomia do paciente, caso este se torne incapacitado, no futuro, para decidir por si próprio (51,67,81,82).

Estudos mostram que 95% dos pacientes criticamente doentes na UTI perdem a capacidade de tomada de decisão e esta, por sua vez, está entre as mais difíceis para ser tomada por médicos e cuidadores (80,83). É necessário que os desejos do paciente sejam detectados previamente a um quadro de doença terminal, pois decisões em pacientes criticamente doentes, com perda da capacidade de decidir, tornam-se bastante complexas (84–86). Por isso, a importância do paciente ter conhecimento de sua doença e suas consequências como a terminalidade da vida, para que possa interagir com a equipe profissional quanto aos seus desejos no processo de decisão de final de vida.

De acordo com Weiss *et al* (87) nos EUA, 16% dos idosos internados na UTI e incapacitados de tomar suas próprias decisões não possuem nenhum familiar ou substituto designado para assegurar que suas preferências sejam cumpridas.

Em se tratando de um ambiente repleto de alta tecnologia, portanto, favorável ao prolongamento da vida, questiona-se até que ponto essa autonomia é respeitada, motivo pelo qual houve a preocupação com a necessidade de integrar esse instrumento no âmbito da assistência prestada ao paciente.

Segundo Gordy, Klein (15) a frequência documentada de uma DAV, na ocasião da admissão hospitalar, varia entre 3% e 14% na população geral e aumenta para 10% a 30% em instituições que abrigam idosos. Nos EUA, onde este instrumento já existe por mais de 20 anos, o número de pessoas que realmente tem uma DAV escrita permanece pequeno (81), com menos de 25% dos norte-americanos tendo concluído uma DAV (88).

A frequência de DAV entre pacientes de UTI parece ser mais alta nos EUA, com uma taxa entre 14% e 27%. Na França, esta frequência é em torno de 8%; na Espanha, 9%; e na Alemanha, 10%. A frequência de uso de DAV tende a aumentar com a idade do paciente (80).

Em um estudo avaliando a frequência, o tipo e o impacto de Diretivas Antecipadas em uma UTI oncológica em Nova York, observou-se que a prevalência do referido documento em pacientes admitidos é baixa, contrastando com uma percentagem muito maior de pacientes com procuração para cuidados de saúde (17). Esta procuração estabelece uma pessoa de referência, escolhida pelo paciente, para que a equipe médica, no caso da sua impossibilidade, possa discutir quando houver necessidade de tomar decisões.

Estudo realizado para avaliar a influência de DAV e opiniões de procurador para cuidados de saúde sobre as decisões médicas mostrou que ambos são igualmente eficazes em influenciar, de forma consistente, tais decisões (89).

No Brasil, um estudo demonstrou que as DAV são instrumentos úteis para os profissionais de saúde no momento de tomar decisões sobre um paciente, com média de respostas de 8,37, tendo 77% dos médicos pontuado suas notas entre 8,9 e 10. De acordo com esse estudo, os médicos também acreditam tratar-se de instrumento útil aos familiares dos pacientes, com uma nota média de 8,09 (90).

Estudo realizado nos EUA, numa população acima de 60 anos, sobre DAV e desfechos de tomada de decisão por substituto observou que, de um total de 3.746 pacientes estudados, 42% necessitaram tomada de decisão. Desses, 70,3% não tinham capacidade de tomada de decisão e 67,6%, por sua vez, possuíam DAV. Segundo esses autores, os pacientes que estavam de posse de uma DAV receberam cuidados condizentes com suas preferências, sustentando tais achados a continuidade do uso de DAV (91).

Nos pacientes atendidos em UTIs, a taxa de mortalidade é superior à verificada em outras áreas hospitalares. Muitas vezes, a morte ocorre após terem sido tomadas decisões para limitar terapia de suporte de vida, seja por não implantação, seja por retirada. Essas mortes seguiram o curso natural de sua evolução, ou seja, as medidas não implantadas ou retiradas não abreviaram, mas evitaram a sobrevida indevida destes pacientes. Uma coorte realizada em 477 pacientes, que foram a óbito em quatro UTIs de hospital universitário na Alemanha, teve como objetivo avaliar se a preferência de tratamento expresso na DAV era condizente com o tratamento recebido durante os cuidados de final de vida desses pacientes. Observou que pacientes com tais documentos receberam menos manobras de RCP (9% versus 23%) e mais ordens para não ressuscitação (77% versus 56%). Contudo estes pacientes recebem tratamentos de suporte de vida com frequência semelhante à dos pacientes sem DAV (80).

2.6.2 Conhecimento e valores dos médicos sobre DAV

Embora as DAV sejam legalizadas em vários países da Europa e dos EUA, ainda se constitui em um documento pouco conhecido entre pacientes e médicos que ainda apresentam dificuldade de lidar com essa questão (82,92–94). Na Espanha, as DAV encontram-se em vigor desde 2002, ainda assim, a taxa de formalização do referido documento é muito baixa. De acordo com o Ministério da Saúde, até junho de 2013, um pouco mais de 150 mil pessoas tinham formalizado esse documento (82).

Um estudo realizado na Espanha, com 307 médicos de atenção primária e especializada de ambas as áreas, acerca do conhecimento em relação às DAV, demonstrou que esses profissionais autopontuaram seu conhecimento com uma nota média de 5,29, caracterizando um conhecimento médio sobre o tema. Ao serem questionados sobre a regulamentação por lei, 69,6% dos entrevistados sabiam que as DAV estavam regulamentadas por lei na Espanha e 37,6% afirmaram já ter lido documento sobre o tema (94).

Outro estudo realizado da Espanha, com 84 médicos que trabalhavam em emergência e UTI, observou que, apesar de 61 médicos atenderem frequentemente doentes terminais, apenas 6% consultaram o registro de DAV nessas situações e 28% não sabiam como consultar tal registro. Demonstrando, este estudo, que a maioria dos profissionais de saúde não verifica a existência de uma DAV diante de pacientes em estado crítico (95). Tal atitude mostra a falta de conscientização por parte dos médicos quanto à importância do documento.

No Brasil, estudo conduzido com 81 profissionais de saúde, entre estes, 67 médicos e 14 enfermeiros, sobre o conhecimento em relação às DAV, identificou que 74% dos entrevistados não tinham conhecimento sobre tal instrumento. Após terem recebido conhecimento sobre este documento, 98,8% dos participantes consideraram as DAV úteis para o paciente e para a equipe profissional (96).

Piccini *et al* (72) em um estudo no Brasil, com 209 participantes, envolvendo médicos, advogados e estudantes de medicina e de direito, encontrou que, entre os 54 médicos pesquisados, 37% desses tinham conhecimento preciso do significado do termo "testamento vital", 26% tinham conhecimento parcial e 37% o desconheciam. Enquanto, entre os 56 estudantes de medicina, se detectou que 29% tinham conhecimento preciso do termo, 50% tinham conhecimento parcial e 21%, não o conheciam.

No Brasil, outra pesquisa sobre DAV, envolvendo 100 médicos com atuação em atenção básica, UTI, emergência e outras especialidades, identificou uma média de 5,8% na

escala de *Likert*, quanto ao conhecimento desses profissionais sobre o tema, com 46% desses afirmado já ter lido algum documento sobre o assunto. Ao serem questionados sobre a regulamentação das DAV no Brasil, 12% afirmaram que já havia regulamentação, 54% responderam que não e 34% não souberam informar (90).

2.6.3 Posicionamento dos médicos mediante DAV na UTI

Coleman (97) em uma revisão sistemática, identificou diversos fatores que são determinantes na atitude positiva ou negativa dos médicos para com as DAV, destacando-se: respeito aos desejos do paciente; questões legais; fatores culturais e religiosos; influência da família; atitude paternalista do profissional; medo de cometer eutanásia; experiência anterior com DAV; falta de conhecimento sobre DAV e valores do médico.

Graw *et al* (98) ao avaliar pacientes que foram a óbito em unidades de cuidados intensivos cirúrgicas na Alemanha, evidenciaram que, após a promulgação de uma lei sob DAV, nenhuma diferença foi observada no desempenho ou na frequência no processo de tomada de decisão de final de vida desses pacientes. Segundo esses autores, esta lei apenas influenciou no aumento da documentação associada à decisão de final de vida na UTI. Esses dados demonstram que uma legislação não desempenha, por si só, papel preponderante na tomada de decisão médica.

Desde 1993, pesquisa realizada com médicos e enfermeiros de um hospital universitário no Canadá, sobre a utilização de DAV, já demonstrava preocupação desses profissionais quanto à utilização desse documento. Entre os fatores relatados, destacaram-se: a ausência de estatuto jurídico das DAV, a falta de clareza das instruções contidas no documento, possível interferência do julgamento clínico do médico e o nível de informação do paciente (99). No Brasil, um estudo demonstrou que as questões legais têm papel relevante nas atitudes médicas diante da terminalidade da vida, fazendo com que esses profissionais assumam condutas não condizentes com o que acreditam ser melhor para seus pacientes (100).

Em 1998, um estudo realizado no Japão, com 339 médicos que assistiam pacientes terminais, evidenciou que, dos 149 médicos que se defrontaram com DAV de seus pacientes, apenas 35% acataram totalmente tais documentos. Esse estudo mostrou que os desejos dos

pacientes nem sempre eram priorizados nas decisões médicas relacionadas ao final de vida (101).

Dados semelhantes foram observados por Hardin, Yusufaly (86) ao analisar a eficácia das DAV quanto ao cumprimento desse documento pelo médico. Segundo esses autores, internistas frequentemente tomam decisões quanto a tratamento que não são consistentes com o que está explícito nas DAV, pois, em situações clínicas difíceis, esses profissionais parecem considerar outros aspectos, como o prognóstico, a percepção da qualidade de vida e os desejos da família ou amigos como fatores mais determinantes que as DAV.

Um estudo na Áustria, envolvendo 139 médicos intensivistas, para avaliar a experiência com DAV e o nível de conhecimento sobre a legislação vigente, mostrou que 99% dos médicos acataram tal documento, quanto à RCR, e 95%, quanto à terapia de suporte de vida. No caso de recusa do paciente à ventilação mecânica ou nutrição, a adesão à DAV foi em torno de 80% e 78%, respectivamente. De acordo com esse estudo, um total de 73% desses médicos considerou útil o documento no processo de tomada de decisão, contudo 47% deles não recomendaram a criação de uma DAV, em geral, e somente 9% afirmaram ter um documento para si próprio (23).

Pesquisa realizada em hospital universitário de Tailândia, com 55 médicos, avaliando atitudes e práticas destes com relação às DAV, em cuidados de final de vida, observou que a maioria dos médicos expressou uma atitude positiva para com as DAV e respeito pelos desejos do paciente, com relação à RCR, embora os cuidados avançados de final de vida e o planejamento de ressuscitação com os pacientes tenham se mostrado limitados. Esse estudo mostrou, também, que a maioria dos familiares foi consultada em relação às DAV. Segundo esses autores, esta pesquisa sugere que, na cultura tradicional Tailandesa, médicos e familiares estão mais inclinados a tomar decisões para o paciente quando percebem que é do melhor interesse deste (52).

Resultados semelhantes foram observados em estudo realizado na Espanha, explorando conhecimento e atitudes de 307 médicos de atenção primária e áreas especializadas, no qual foi demonstrado que esses profissionais eram favoráveis à utilização desse documento, com uma nota média de 8,1 na escala de *Likert*. Também mostraram uma atitude positiva para o cumprimento desta com uma nota média de 7,9 e respeito à vontade antecipada do paciente, com uma nota de 9,0. Estes demonstraram a alta predisposição de registrar suas DAV, porém uma baixa predisposição para fazê-la em curto prazo (94).

Um aspecto importante no posicionamento médico são os fatores culturais e religiosos desses profissionais que podem dificultar a implementação das DAV, conforme demonstrado

por Al-Jahdali *et al* (102) ao relatarem que o Islamita permite a não implantação ou a retirada de tratamento em alguns casos em que a intervenção é considerada fútil.

A influência da cultura e da religião dos médicos, nas decisões de final de vida também foram observadas por Sprung *et al* (38) tendo estes evidenciado que médicos que eram protestantes, católicos ou que não tinham nenhuma afiliação religiosa mais frequentemente interrompiam tratamento de suporte de vida do que médicos que eram gregos ortodoxos, judeus ou mulçumanos.

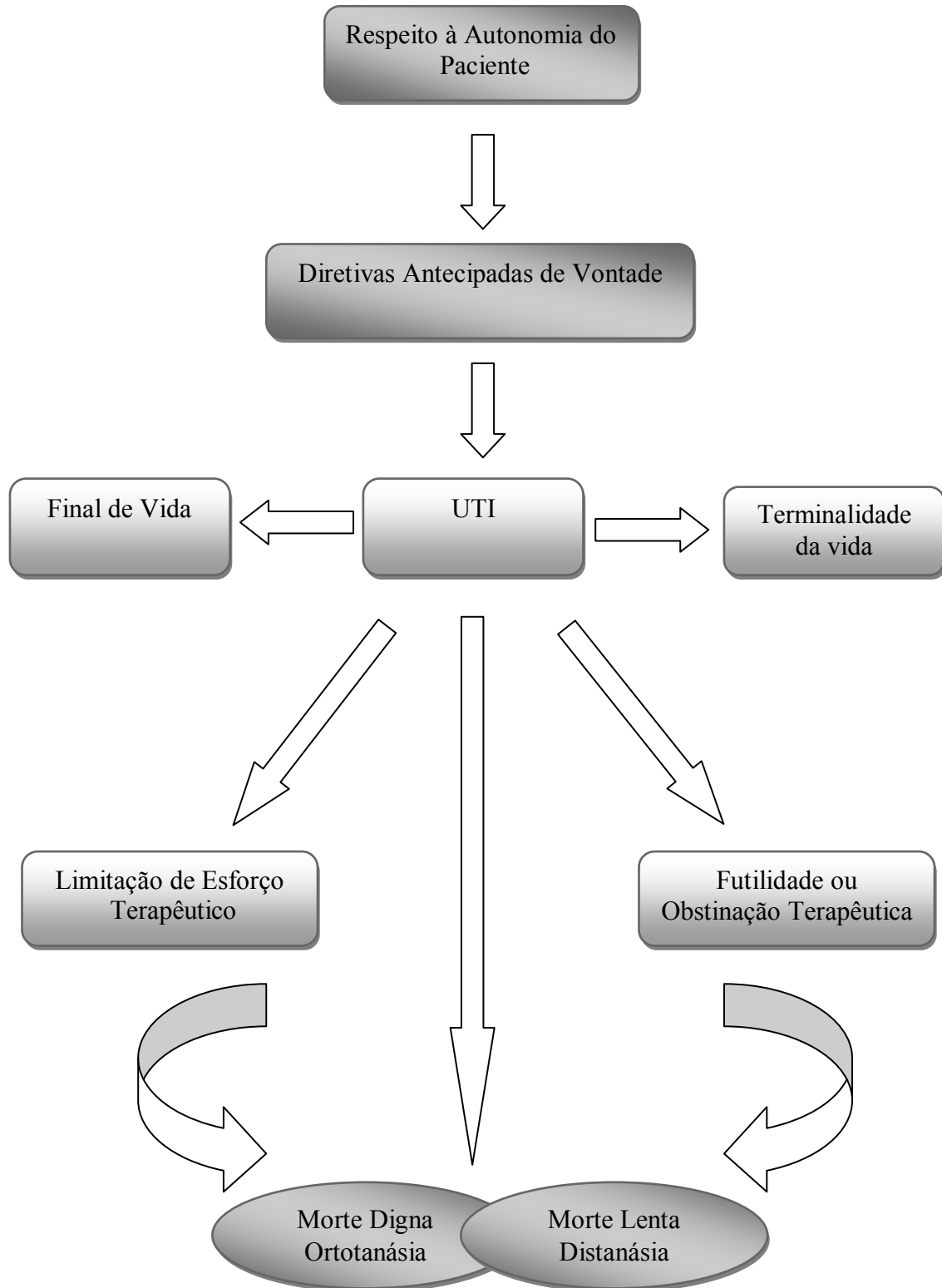
Os médicos podem se confrontar com situações em que o fornecimento de cuidados para pacientes é inconsistente com os desejos expressos em uma DAV. Este estudo propôs-se a explorar a conformidade clínica com as DAV do paciente e determinar se fatores externos podem influenciar decisões para acatar ou recusar diretivas pré-estabelecidas. Além disso, avaliou a visão de médicos com relação a risco legal, preocupação sobre responsabilidade de pacientes para compreender complexidades envolvidas com seu cuidado, e o impacto dos custos médicos relacionados com decisões de cuidados de final de vida. Quando confrontados com um cenário específico de paciente, a maioria das decisões médicas foi feita sem a preocupação com responsabilidade legal ou influenciada por demandas de familiares para continuar com cuidados. Os dados desse estudo confirmam que a maioria dos médicos julga que, enquanto um paciente desejar abandonar tratamento de final de vida, isso não implica poupá-los de cuidados de medidas de conforto. Além disso, a maioria dos médicos pesquisados concorda que suas decisões de tratamento não poderiam ser influenciadas pelo custo financeiro exigido na prestação desse atendimento (103).

No âmbito brasileiro, o estudo realizado com 209 participantes, incluindo médicos, advogados, estudantes de medicina e de direito. Os autores, ao avaliarem o posicionamento dos diferentes grupos diante de paciente em fase terminal da vida, sem a possibilidade de uma DAV, identificaram que a maioria (87,5%) dos sujeitos, independente do grupo a que pertenciam, se posicionaram a favor da ortotanásia. Ao ser considerado um paciente com DAV, 60,7% dos entrevistados optaram por respeitar a vontade do paciente, contudo 39,2% preferiram uma das possibilidades (1,9%, pela distanásia; 1,4%, pela eutanásia; e 35,8%, pela ortotanásia) (72).

Outro estudo foi realizado no Brasil versando sobre distanásia, no qual foram envolvidos 100 médicos de atenção básica, UTI, emergência e outras especialidades. Esses profissionais, ao serem questionados se recomendariam a seus pacientes a elaboração de uma DAV, a média das notas foi de 7,68, tendo 43% destes respondido que certamente recomendariam, pontuando 10 na escala. Quanto a respeitar os desejos expressos pelo

paciente nas DAV, 52% dos entrevistados responderam que certamente a respeitariam e 30%, que possivelmente as respeitariam. Evidenciando-se uma média de nota bastante elevada, 8,26. Segundo esses autores, tais resultados reforçam a suposição de que o referido documento tem papel relevante para a inibição da distanásia (90).

3 MAPA CONCEITUAL



4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Avaliar o posicionamento dos médicos, que atuam em Unidades de Terapia Intensiva, diante de diretivas antecipadas de vontade de pacientes.

4.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o conhecimento e valores associados às diretivas antecipadas de vontade;
- Identificar possíveis fatores que possam interferir na tomada de decisão;
- Avaliar o desenvolvimento psicológico-moral destes médicos como meio de verificar a capacidade de tomada de decisão;
- Comparar estas características entre os médicos que atuam em Belém do Pará e em Porto Alegre.

5 REFERÊNCIAS DA TESE

1. Medicina CF de. Resolução CFM N° 1.995/2012. Diário Oficial da União 2012.
2. Loevinger J. The meaning and measurement of ego development. *Am Psychol* [Internet]. 1966 [cited 2014 Jul 7];21(3):195–206. Available from: <http://content.apa.org/journals/amp/21/3/195>
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics* [Internet]. Oxford University Press; 2001 [cited 2014 Jul 7]. Available from: http://books.google.com/books?id=_14H7MOw1o4C&pgis=1
4. US Government. PSDA: The patient self-determination act. Washington; 1990 p. 216–8.
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
6. Medicina CF de. Resolução CFM n° 1805/2006. Brasília, Conselho Federal de Medicina; 2006.
7. Medicina CF de. Resolução CFM n° 1931/2009. Brasília, Conselho Federal de Medicina; 2009.
8. Moritz RD. Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(1):141–7.
9. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* [Internet]. 1999 Mar [cited 2014 Jul 7];27(3):633–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10199547>
10. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* [Internet]. 2008 Mar [cited 2014 Mar 22];36(3):953–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18431285>
11. Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, Forte DN, Kretzer LP, Lago P et al. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011;23(1):24–9.
12. Baruzzi, AC do A; Ikeoka D. Terminalidade e cuidados paliativos em terapia intensiva. *REV ASS MED Bras*. 2013;59(6):528–30.
13. Moritz R, Lago P, Souza R, Silva N, Meneses F, Othero J, Machado F, Piva J et al. End of life and palliative care in intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(4):422–8.

14. Luce JM. End-of-Life Decision Making in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;182:6–11.
15. Gordy S, Klein E. Advance directives in the trauma intensive care unit: Do they really matter? *Int J Crit Illn Inj Sci* [Internet]. 2011 Jul [cited 2012 Aug 21];1(2):132–7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3249846&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
16. Curtis JR, Vincent J-L. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010 Oct 16 [cited 2014 Jun 15];376(9749):1347–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20934213>
17. Halpern NA, Pastores SM, Chou JF, Chawla S, Thaler HT. Advance directives in an oncologic intensive care unit: a contemporary analysis of their frequency, type, and impact. *J Palliat Med* [Internet]. 2011 Apr [cited 2014 Jul 7];14(4):483–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3678563&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
18. Camhi S, Mercado A, Morrison R, Al E. Deciding in the dark: Advance directives and continuation of treatment in chronic critical illness. *Crit Care Med*. 2009;37(3):919–25.
19. Teixeira A, Figueiredo E et al. Medical Futility and End-of-Life Decisions in Critically ill Patients: Perception of Physicians and Nurses on Central Region of Portugal. *J Palliat Care Med* [Internet]. 2012 [cited 2014 Jun 10];02(04). Available from: <http://www.omicsgroup.org/journals/2165-7386/2165-7386-2-110.digital/2165-7386-2-110.html>
20. Bitencourt AGV, Dantas, MP, Neves FBCS, Almeida A de M, Melo RMV de, Albuquerque LC et al. Condutas de Limitação Terapêutica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva *. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(2):137–43.
21. Carvalho PRA, Rocha TS, Santo AE, Lago P. Modos de morrer na UTI pediátrica de um hospital terciário. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2001 Dec [cited 2014 Jul 7];47(4):325–31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000400035&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
22. Spronk PE, Kuiper A V, Rommes JH, Korevaar JC, Schultz MJ. The practice of and documentation on withholding and withdrawing life support: a retrospective study in two Dutch intensive care units. *Anesth Analg* [Internet]. 2009 Sep [cited 2012 May 1];109(3):841–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19690256>
23. Schaden E, Herczeg P, Hacker S, Schopper A, Krenn CG. The role of advance directives in end-of-life decisions in Austria: survey of intensive care physicians. *BMC Med Ethics* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2010 Jan [cited 2012 Aug 21];11(1):19. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2976730&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

24. Kryworuchko J, Hill RNE, Mary BA, Murray A, Stacey D, Fergusson RNDA. Interventions for Shared Decision-Making About Life Support in the Intensive Care Unit : A Systematic Review. 2012;3–16.
25. Batista K, Seidl E. Estudo acerca de decisões éticas na terminalidade da vida em unidade de terapia intensiva. *Com Ciências Saúde*. 2011;22(1):51–60.
26. Nunes R. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. *Rev Bioética*. 2009;17(1):29–39.
27. Batista KT. Decisões éticas na terminalidade da vida: conhecimentos e condutas de médicos intensivistas de Goiás e Distrito Federal [Internet]. dissertação. Universidade de Brasília; 2010 [cited 2012 Aug 21]. p. 104. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract>
28. Knobel M, Silva A da. O paciente terminal: vale a pena investir no tratamento? *Einstein*. 2004;2(2):133–4.
29. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Ética Clínica abordagem prática para decisões éticas na medicina clínica*. 7ª edição. 2012.
30. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. Prognosis in acute organ-system failure. *Ann Surg* [Internet]. 1985 Dec;202(6):685–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10746404>
31. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med* [Internet]. 1985 Oct [cited 2014 Mar 25];13(10):818–29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3928249>
32. Fortes PDC. A Prevenção da distanásia nas legislações brasileira e francesa. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(3):195–7.
33. Santana JCB, Rigueira ACM, Dutra BS. Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na percepção dos enfermeiros. *Rev Bioethikos*. 2010;4(4):402–11.
34. Marco CA, Schears RM. Death, dying, and last wishes. *Emerg Med Clin North Am* [Internet]. 2006 Nov [cited 2013 Nov 19];24(4):969–87. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16982348>
35. Pessini L. Distanásia: Até quando investir sem agredir? *Rev Bioética*. 2009;9(1).
36. Athanazio R., Barbeta M., Bitencourt AGV, Neves FBCS, Torreão L., Agareno S, et al. Decisão de não introduzir ou de retirar tratamentos de suporte para pacientes terminais internados em unidades de terapia intensiva. *RBTI*. 2005;17(3):181–4.
37. Sprung C, Cohen S, Sjkqvist P, Lippert A, Phelan D. End-of-Life Practices in European Intensive Care Units. *Jama*. 2014;290(6):791–7.

38. Sprung CL, Maia P, Bulow H-H, Al E. The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med.* 2007;33(January 1999):1732–9.
39. Batista CC, Júnior MAG. Futilidade Terapêutica e Insuficiência Respiratória : Realização de um Estudo de Coorte Prospectiva *. *RBTI.* 2007;19(2):151–60.
40. Ribeiro D. Autonomia : viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(8):1749–54.
41. Kranidiotis G, Gerovasili V, Tasoulis A, Tripodaki E, Vasileiadis I, Magira E, et al. End-of-life decisions in Greek intensive care units: a multicenter cohort study. *Crit Care [Internet]. BioMed Central Ltd;* 2010 Jan [cited 2012 Aug 21];14(6):R228. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3219993&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
42. Winkler EC, Hiddemann W, Marckmann G. Evaluating a patient's request for life-prolonging treatment: an ethical framework. *J Med Ethics [Internet].* 2012 Jun 12 [cited 2012 Aug 14]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22692859>
43. Fernandes MS, Goldim JR. A atividade médica em situações de final de vida e de terminalidade: uma reflexão jurídica e bioética. In: Paschoal JC, Silveira R de MJ, editors. *Livro em Homenagem a Miguel Reale Júnior2.* Rio de Janeiro: GZ Editora; 2014. p. 397–412.
44. Goldim JR. Portal de Bioética [Internet]. <http://www.xn--biotica-dya.ufrgs.br/paternal.htm>. Available from: <http://www.biotica.ufrgs.br/paternal.htm>
45. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm [Internet].* 2012 [cited 2014 Feb 27];25(3):334–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
46. Bajotto AP, Goldim JR. Case-Report: Autonomy and Self Determination of an Elderly Population in South Brazil. *J Clin Res Bioeth [Internet].* 2011 [cited 2014 Jul 8];02(02). Available from: <http://www.omicsonline.org/2155-9627/2155-9627-2-109.digital/2155-9627-2-109.html>
47. Protas JS. Adaptação da escala de percepção de coerção em pesquisa e da escala de expressão de coerção para procedimentos assistenciais em saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
48. Raymundo MM, Francesconi CF, Goldim JR. O desenvolvimento moral como um indicativo da capacidade para consentir e suas implicações no processo de consentimento. *Rev Bioética.* 2007;15(1):122–8.
49. Goldim JR. *O Consentimento Informado e a adequação de seu uso na pesquisa em seres humanos.* Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1999.

50. Loevinger J, Wessler R. Measuring ego development: 1. Construction and use of a sentence completion test. San Francisco: Jossey-Bass; 1970.
51. Clotet J. Reconhecimento e Institucionalização da Autonomia do Paciente: Um Estudo da the patient Self-Determination Act. *Rev Bioética*. 1993;1(2).
52. Sittisombut S, Maxwell C, Love E, Sitthi-Amorn C. Physicians' attitudes and practices regarding advanced end-of-life care planning for terminally ill patients at Chiang Mai University Hospital, Thailand. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2009 Mar [cited 2014 Apr 24];11(1):23–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19298305>
53. Rodríguez-arias D, Moutel G, Aulisio MP, Salfati A, Coffin C, Calvo L, et al. Advance directives and the family: French and American perspectives HAL-AO Author Manuscript. *HAL Arch Ouvert*. 2007;2(3):139–45.
54. Rousseau J-J. Do contrato social; Ensaio sobre a origem das línguas; Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens; Discurso sobre as ciências e as artes. São Paulo: Abril Cultural; 1978.
55. Hume D. Tratado da natureza humana: uma tentativa de introduzir o método experimental de raciocínio nos assuntos morais [Internet]. Editora UNESP: Imprensa Oficial do Estado; 2001 [cited 2014 Jul 7]. Available from: <http://books.google.com/books?id=rohaAAAACAAJ&pgis=1>
56. Bomtempo TV. Diretivas antecipadas : instrumento que assegura a vontade Advance directives : a tool that will ensure a die with. 2012;22–30.
57. Dadalto L. Testamento Vital. 2ª ed. Juris L, editor. Rio de Janeiro; 2013.
58. Rocha A da, Buonicore G, Silva A, Vaske T et al. Declaração prévia de vontade do paciente terminal : reflexão bioética. *Rev Bioética*. 2013;21(1):84–95.
59. Kutner L. Due Process of Euthanasia : The Living Will , A Proposal. *Indiana Law J*. 1969;44(4):538–54.
60. Dadalto L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. *Rev Bioética*. 2013;21(1):106–12.
61. Alves C. Linguagem , Diretivas Antecipadas de Vontade e Testamento Vital : uma interface nacional e internacional. *Bioethics*. 2013;7(3):259–70.
62. Alves C. Diretivas antecipadas de vontade e testamento vital: considerações sobre linguagem e fim de vida. *Revista Jurídica*. 2013;89–110.
63. Saralegui Reta, J.L. Monzón Marín MCM. Instrucciones previas en medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2004;28(5):256–61.
64. Cardoso I. As diretivas antecipadas de vontade na perspectiva de médicos e enfermeiros. Universidade do Porto; 2012. p. 115.

65. Molina J, Pérez M, Herreros B, Martín M, Velasco M. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones precias entre los pacientes de un hospital público de la Comunidad de Madrid. *Rev clínica española* [Internet]. SEGO; 2011 Oct [cited 2012 Aug 21];211(9):450–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21813119>
66. Servin J. “ LA ORTOTANACIA Y EL TESTAMENTO VITAL EN LA LEGISLACIÓN DE MICHOACÁN .”[Michoacán]: Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo; 2010. p. 1–86.
67. Zabala Blanco J, Díaz Ruiz J. Reflexión sobre el desarrollo y utilidad de las instrucciones previas. *Semer - Med Fam* [Internet]. 2010 May [cited 2012 Aug 21];36(5):266–72. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359310000754>
68. Dadalto L. TESTAMENTO VITAL [Internet]. Rio de Janeiro: Lumen Juris - Rj; 2013 [cited 2014 Feb 27]. Available from: <http://books.google.com/books?id=FUhNnQEACAAJ&pgis=1>
69. Leão S. TESTAMENTO VITAL : uma alternativa do Direito para uma morte digna. Pontificia Universidade Católica de Goiás; 2012. p. 152.
70. Godinho A. Diretivas antecipadas de vontade: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro. *RIDB*. 2012;2:945–78.
71. Lingerfelt D, Hupsel L, Macedo L, Mendonça M, Ribeiro R, Gusmão Y, Moura Y. Terminalidade da vida e diretiva antecipadas de vontade do paciente. 2012;
72. Piccini CF, Steffani JA, Bonamigo ÉL, Bortoluzzi MC, Schlemper Jr. BR. Testamento Vital na perspectiva de médicos , advogados e estudantes a. *Rev BIOETHIKOS - Cent Univ São Camilo* -. 2011;5(4):384–91.
73. Penalva L. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. *Rev Bioética*. 2009;17(3):523–43.
74. Brasil. Código Civil. Lei 10.406/2002. 2002.
75. Junges J, Cremonese C, Oliveira E de, Souza L de, Backes V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida : uma discussão sobre a ortotanásia. *Rev Bioética*. 2010;18(2):275–88.
76. Sanches K, Seidl E. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. *Comun Saúde e Educ*. 2013;17(44):23–34.
77. Lima P de S. Aspectos éticos e legais da aplicabilidade da ortotanásia. *Jus Soc*. 2010;3(jan-jun):58–77.
78. Goldim JR. Diretivas Antecipadas de Vontade Comentários sobre a Resolução 1955/2012 do Conselho Federal de Medicina/Brasil. 2012;1(c):1–4.

79. Alves C, Fernandes M, Goldim J. Diretivas antecipadas de vontade : um novo desafio para a relação médico- paciente. *rev HCPA*. 2012;32(3):358–62.
80. Hartog C, Peschel I, Schwarzkopf D, Al E. Are written advance directives helpful to guide end-of-life therapy in the intensive care unit? A retrospective matched-cohort study. *J Crit Care* [Internet]. Elsevier Inc.; 2014 Feb [cited 2014 Feb 16];29(1):128–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24331948>
81. Tillyard ARJ. Ethics review: “Living wills” and intensive care an overview of the American experience. *Crit Care* [Internet]. 2007 Jan [cited 2012 Aug 22];11(4):219. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2206532&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
82. Del Pozo Puente K, Hidalgo JL-T, Herráez MJS, Bravo BN, Rodríguez JO, Guillén VG. Study of the factors influencing the preparation of advance directives. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2014 [cited 2014 Jun 10];58(1):20–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23993265>
83. Gristina GR, Martin E, Ranieri VM. Regulation of advance directives in Italy: a bad law in the making. *Intensive Care Med* [Internet]. 2012 Nov [cited 2014 Jul 8];38(11):1897–900. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22854978>
84. Morais IM De. Autonomia pessoal e morte. 2010;18(2):289–309.
85. Keating DT, Nayeem K, Gilmartin JJ, O’Keeffe ST. Advance directives for truth disclosure. *Chest* [Internet]. 2005 Aug [cited 2012 Aug 21];128(2):1037–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16100205>
86. Hardin S, Yusufaly YA. Difficult End-of-Life Treatment Decisions. *Arch Intern Med*. 2004;164(14):1531–4.
87. Weiss BD, Berman EA, Howe CL, Fleming RB. Medical Decision-Making for Older Adults without Family. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2012 Nov [cited 2012 Nov 19];60(11):2144–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23110513>
88. Johnson RW, Zhao Y, Newby LK, Granger CB, Granger BB. Reasons for noncompletion of advance directives in a cardiac intensive care unit. *Am J Crit care* [Internet]. 2012 Sep [cited 2014 Jul 6];21(5):311–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22941703>
89. Escher M, Perneger TV, Rudaz S, Dayer P, Perrier A. Impact of advance directives and a health care proxy on doctors’ decisions: a randomized trial. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. Elsevier Inc; 2014 Jan [cited 2014 May 27];47(1):1–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23742734>
90. Stolz C, Gehlen G, Bonamigo E, Bortoluzzi M. Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia. *Rev Bioética*. 2011;19(3):833–45.

91. Silveira, Maria, Kim Scott, Langa K. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med*. 2010;362(13):1211–8.
92. Solarino B, Bruno F, Frati G, Dell’erba A, Frati P. A national survey of Italian physicians’ attitudes towards end-of-life decisions following the death of Eluana Englaro. *Intensive Care Med* [Internet]. 2011 Mar [cited 2012 Aug 21];37(3):542–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21287145>
93. Antolín A, Sánchez M, Miró O. Evolución temporal en el conocimiento y el posicionamiento de los pacientes con enfermedades crónicas respecto al testamento vital. *Gac Sanit* [Internet]. 2011 [cited 2012 Aug 21];25(5):412–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21737187>
94. Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez M, Vázquez-Vicente A, Al E. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Atención Primaria* [Internet]. 2008 Feb [cited 2012 Aug 21];40(2):61–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656708702750>
95. Nebot C, Ortega B, Mira JJ, Ortiz L. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. *Gac Sanit* [Internet]. 2010 [cited 2014 May 23];24(6):437–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21051116>
96. Rossini R de C, Oliveira V de, Fumis R. Testamento vital: sua importância é desconhecida entre os profissionais da saúde. *Rev Bras Med*. 2013;70:4–8.
97. Coleman AME. Physician attitudes toward advanced directives: a literature review of variables impacting on physicians attitude toward advance directives. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2013 Nov 2 [cited 2013 Dec 9];30(7):696–706. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23125398>
98. Graw JA, Spies CD, Wernecke K-D, Braun J-P. Managing End-Of-Life Decision Making in Intensive Care Medicine – A Perspective from Charité Hospital, Germany. Ganti AK, editor. *PLoS One* [Internet]. 2012 Oct 1 [cited 2013 Nov 19];7(10):e46446. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0046446>
99. Kelner M, Bourgeault IL, Hébert PC, Dunn E V. Advance directives: the views of health care professionals. *CMAJ* [Internet]. 1993 Apr 15 [cited 2014 Jul 8];148(8):1331–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1491716&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
100. Forte D. Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida em UTI. Universidade de São Paulo; 2011. p. 134.
101. Asai A, Miura Y, Tanabe N, Kurihara M, Fukuhara S. Advance directives and other medical decisions concerning the end of life in cancer patients in Japan. *Eur J Cancer* [Internet]. 1998 Sep [cited 2014 Jun 25];34(10):1582–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9893632>

102. Al-Jahdali H, Baharoon S, Al Sayyari A, Al-Ahmad G. Advance medical directives: a proposed new approach and terminology from an Islamic perspective. *Med Health Care Philos* [Internet]. 2013 May [cited 2014 Jul 8];16(2):163–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24571002>
103. 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. *BMC Med Ethics* [Internet]. *BMC Medical Ethics*; 2012 Jan [cited 2014 Jul 8];13(1):31. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3528447&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

6 ARTIGOS DA TESE

ARTIGO 1: Conhecimento e utilização de Diretivas Antecipadas de Vontade na perspectiva de médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva.

Autores

Edna Porfírio de Lima¹

José Roberto Goldim²

Resumo

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são declarações escritas, antecipadamente, por pacientes sobre seus desejos e preferências de tratamento, caso eles não sejam mais capazes de tomar decisões, em virtude de doenças ou incapacidade. No Brasil, desde 2012, o Conselho Federal de Medicina estabeleceu que o seu uso é adequado à prática médica. Existe respaldo do Código Civil para esta norma. O objetivo deste artigo é avaliar o conhecimento e a possível utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade por médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), localizadas nas cidades de Belém do Pará e de Porto Alegre. Participaram deste estudo 115 médicos que atuam em dez UTIs. A maioria dos médicos conhece e utilizaria as Diretivas Antecipadas de Vontade. A justificativa mais frequente para a sua utilização foi o respeito à autonomia do paciente, e a maior objeção foi a limitação que seria imposta à decisão do médico. A maioria dos médicos participantes manifestou-se a favor da necessidade de ter amparo legal para as diretivas antecipadas de vontade. Da mesma forma, a maioria acataria a vontade do paciente, desde que tivesse uma legislação específica.

Palavras-chave

Unidades de Cuidado Intensivo. Testamento Vital. Diretivas Antecipadas. Tomada de Decisão.

¹ Médica do Hospital Universitário João de Barros Barreto/UFGA, aluna do PPG em Medicina: Ciências Médicas/UFRGS, DINTER com Universidade Federal do Pará.

² Biólogo, Professor do PPG em Medicina: Ciências Médicas/UFRGS, Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência/Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Introdução

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são declarações escritas antecipadamente por pacientes, sobre seus desejos e preferências de tratamento, caso eles não sejam mais capazes de tomar decisões, em virtude de doenças ou incapacidade (1–5). Esta tem sido proposta para proteger a autonomia do paciente, caso este se torne incapacitado no futuro para decidir por si próprio (6–9).

Este documento teve sua origem nos Estados Unidos da América (EUA), em 1967, com a expressão *Living will*, pela Sociedade Americana, para a Eutanásia (10–12). O primeiro documento com essa denominação foi proposto por um advogado de Chicago/EUA, Luís Kutner, em 1969, segundo o qual uma pessoa poderia registrar seu desejo de recusar tratamento médico em caso de estado vegetativo persistente ou enfermidade terminal (13). Posteriormente, surge na Califórnia, em 1976, a "Natural Death Act", primeira lei americana a reconhecer o direito do paciente a se recusar antecipadamente a manter-se vivo às custas de tecnologia médica (8,14). Porém, somente em 1991, com a Lei de autodeterminação do paciente (15), este documento foi regulamentado em vários Estados norte-americanos (8,11,12,14,16).

No continente australiano, mas precisamente na Austrália do Sul, as Diretivas Antecipadas de Vontade surgiram como parte do "Ato para Consentimento para Tratamento Médico e Cuidados Paliativos, lei geral sobre direitos do paciente aprovada em 1995 (11).

Na Europa, este instrumento ganhou espaço em 1997, com a Convenção dos Direitos Humanos e Biomedicina, conhecida como "Convenção de Oviedo", quando estabelece, em seu artigo 9º, que os desejos expressos antecipadamente pelo paciente, quanto a uma intervenção médica, serão levados em consideração, quando, no momento da intervenção, não se encontrar em condições de expressar sua vontade (17,18). Desde então, diversos países membros do Conselho da Europa assinaram a referida Convenção, sendo a Espanha, Portugal e Suíça os primeiros países a ratificarem-na. Antes desta Convenção, países como Finlândia, Holanda e Hungria já haviam reconhecido as DAV em legislação, seguindo-se da Bélgica e da Espanha, em 2002; da Inglaterra e do País de Gales, em 2005, da França, em 2005; da Áustria, em 2006; da Alemanha, em 2009; e de Portugal, em 2012 (11).

Alguns países, a exemplo, a Itália, encontram-se tramitando a matéria para possível aprovação de uma lei.

Entre os países da América Latina, Porto Rico, desde 2001, já legisla com Diretivas Antecipadas de Vontade (11). Em 2009, o Uruguai e a Argentina, por sua vez, regulamentaram a matéria (11,19,20).

Quanto à perspectiva no Brasil, não existe legislação específica para as Diretivas Antecipadas de Vontade. Entretanto a Constituição Federal Brasileira de 1988 embasa a validação desse instrumento em seus artigos 1º, inciso III, quando dispõe quanto ao Princípio da dignidade da pessoa humana; art. 5º, nos incisos que abordam a questão dos direitos e deveres individuais, e o art. 5º, inciso III, que dispõe da proibição de tratamento desumano (21). Esta resolução também encontra respaldo no Código Civil, que garante a pessoa opinar em relação aos tratamentos médicos que são propostos, quando estabelece em seu artigo 15º que "Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica" (22).

Por sua vez, o Conselho Federal de Medicina (CFM), respaldado nos Princípios Constitucionais e na tentativa de salvaguardar o médico diante das dificuldades existentes na assistência prestada ao paciente terminal, publicou, em 28 de novembro de 2006, a Resolução de nº. 1805/2006, que assegura ao médico limitar ou suspender, na fase terminal de enfermidade grave e incuráveis tratamentos e procedimentos que prolongam a vida do doente, bem como dispõe sobre a manutenção dos cuidados indispensáveis para aliviar o sofrimento. Sendo a referida resolução questionada pelo Ministério Público Federal (MPF) e suspensa por uma liminar da Justiça Federal, por considerar tal conduta crime de homicídio, alegando que a limitação ou suspensão de um tratamento implicaria antecipar a morte do paciente. Porém, em 2010, a Justiça Federal considerou improcedente a referida liminar, retirando a suspensão da resolução, com o argumento de que o CFM tem competência para editar uma norma, cujo conteúdo trata de questões referentes à ética médica e consequências disciplinares, não versando, portanto, sobre Código Penal (23–25).

Posteriormente, o novo Código de Ética Médica (CEM), aprovado pela Resolução do CFM de nº. 1.931/2009, discute sobre terapêutica fútil em pacientes terminais, dispondo em seu art. 41, parágrafo único, que, nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade do paciente ou, na sua impossibilidade, de seu representante legal (26). Logo, tal resolução veio contemplar os anseios não só da classe médica como também da sociedade, diante de um tema tão relevante, que tem provocado muitas discussões acerca da terminalidade da vida.

Em seguida, a nova Resolução 1995/2012 do CFM abriu caminho para a discussão de fim de vida ao estabelecer especificamente as Diretivas Antecipadas de Vontade. Esta define, em seu artigo 1º, Diretivas Antecipadas de Vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. Em seu artigo 2º, esta resolução estabelece que, nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas Diretivas Antecipadas de Vontade (27).

De acordo com Alves, Goldim *et al* (16,28,29), este documento tem recebido múltiplas denominações, entre elas: testamento biológico, biotestamento, diretivas antecipadas, instruções prévias, declaração antecipada de vontade, declaração prévia do paciente terminal, declaração antecipada de tratamento, manifestação explícita da própria vontade, *Living Will*, entre outras. Entretanto, para Alves (16), trata-se de um equívoco a tradução do termo *Living will*, para a expressão testamento vital, podendo isso implicar interpretações ambíguas do documento, repercutindo sobre sua real importância. Uma vez que testamento diz respeito a uma declaração feita antecipadamente por uma pessoa, mas a ser efetivada somente após a morte dela, contrariamente às Diretivas Antecipadas de Vontade, que são manifestações prévias da vontade de uma pessoa, a serem executadas ainda com esta em vida.

Esta resolução detalha aspectos que já estão contemplados no CEM, que estabelece, como um de seus fundamentos, a questão da autonomia do paciente, pois, segundo Alves, Goldim (16,28) ao reconhecer a autonomia do paciente, o médico não é destituído da sua e, sim, é possível reconhecer a alteridade presente nesta relação, na qual as decisões devem ser compartilhadas.

Nos dias atuais, o modelo paternalista na relação médico-paciente ainda exercido por alguns médicos, muitas vezes, é fruto de pressão exercida pelos familiares, fazendo com que esses profissionais tomem decisões sem consultar a preferência dos pacientes, supondo ser o melhor para o mesmo. Entretanto questiona-se até que ponto essas decisões estariam de acordo com os desejos reais dos pacientes incapazes (30).

No cotidiano, muitas vezes, o médico intensivista defronta-se com casos de difícil resolução, exigindo dele uma rápida intervenção. Tais situações implicam um grande desgaste para o profissional e requer discernimento e bom senso por parte deste, pois, dependendo de seu posicionamento, tais decisões implicarão grandes perdas, além de

sofrimento e dor para com o paciente e familiares. Tendo em vista este cenário, esse profissional necessita ser preparado não apenas do ponto de vista técnico, mas também psicológico e moral a fim de que possa tomar decisões coerentes embasadas em valores morais.

Vários autores, como Piaget, Kohlberg, Loevinger e Turiel, buscaram estabelecer propostas para avaliar a capacidade do indivíduo para a tomada de decisões. Esses autores, além de estabelecer o desenvolvimento psicológico-moral, elaboraram propostas de teorias sobre o desenvolvimento do julgamento moral, ou seja, da capacidade de o indivíduo decidir baseado em argumentos morais (31).

O desenvolvimento psicológico-moral é caracterizado por Loevinger em sete estágios: Pré-social, Impulsivo, Oportunista, Conformista, Conscencioso, Autônomo e Integrado (32). Os três primeiros estágios - Pré-social, Impulsivo e Oportunista - identificam os indivíduos que ainda não apresentam esta capacidade, e os demais estágios - Conformista, Conscencioso, Autônomo e Integrado – identificam as pessoas que podem tomar decisões no seu melhor interesse.

A avaliação do desenvolvimento psicológico-moral, por meio de um instrumento de avaliação já validado (33), permite caracterizar os indivíduos que apresentam ou não a capacidade para tomada de decisão no seu melhor interesse.

Esta capacidade para a tomada de decisão é a expressão do Princípio do Respeito às Pessoas (34), que posteriormente foi denominado de Princípio da Autonomia (35). A autonomia é base da justificativa ética para a utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade.

O objetivo deste artigo é avaliar o conhecimento e a possível utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade por médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva localizadas nas cidades de Belém do Pará/PA e de Porto Alegre/RS.

Método

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal de base populacional, envolvendo seis hospitais públicos brasileiros, sendo cinco em Belém do Pará - Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), vinculado à Universidade Federal do Pará (UFPA); Hospital Ophir Loyola (HOL); Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA); Hospital de Clínicas Gaspar Viana (HCGV); Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE), ambos vinculados à rede estadual - e um em Porto Alegre - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul

(UFRGS). Todos os Comitês de Ética em Pesquisa das instituições avaliaram e aprovaram o estudo.

Dos 129 médicos, que atuavam nas UTIs de adulto dessas seis instituições, 115 profissionais (55 de Belém e 60 de Porto Alegre), aceitaram participar do estudo, que foi conduzido no período de março a dezembro de 2013. Os médicos que atuavam em mais de uma UTI pesquisada foram incluídos apenas uma única vez no estudo. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na busca para contemplar o objetivo deste estudo, foram utilizados dois instrumentos. O primeiro constou de um questionário autopreenchido, desenhado especificamente para este estudo, composto por dados sociodemográficos e características profissionais dos sujeitos da pesquisa, como: hospital onde trabalha; idade; sexo; estado civil; prática religiosa; tipo de religião; naturalidade; faculdade de graduação; atividade profissional; tempo de formação; tempo de atividade em UTI e titulação, além de questões relacionadas ao conhecimento e à utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade.

O segundo instrumento, previamente validado, avaliou o desenvolvimento psicológico-moral dos profissionais envolvidos (33). Este instrumento é composto por 30 frases, distribuídas em quatro conjuntos, das quais, o participante deve selecionar nove frases de acordo com as suas características pessoais. Cada frase está associada a um dos sete estágios do desenvolvimento psicológico-moral propostos por Loevinger (32,36). De acordo com a seleção de frases realizada pelos participantes, foi feita a classificação individual nos diferentes estágios (37).

Os dados foram avaliados de forma qualitativa e quantitativa. Os dados obtidos foram avaliados por meio de estatística descritiva e inferencial. As associações foram obtidas utilizando o Teste do Qui-Quadrado e as diferenças, por meio do Teste t de Student. O nível de significância estabelecido foi de 5% ($P < 0,05$). Foi utilizado o Sistema SPSS, versão 18, para a realização destas avaliações. As avaliações qualitativas foram realizadas utilizando o referencial proposto por Bardin (38).

Resultados

Os 115 participantes da pesquisa apresentavam idades variando de 26 a 63 anos, com média de $40,59 \pm 9,06$ anos. A idade dos médicos participantes da pesquisa em Belém variou de 26 a 57 anos, com uma média de $40,05 \pm 8,82$ anos. Em Porto Alegre, os participantes

tinham idade entre 28 e 63 anos, com uma média de $41,08 \pm 9,24$ anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($P=0,545$) (Tabela 1).

A maioria dos participantes da pesquisa (Tabela 1) foi do sexo masculino (55,7%). Este mesmo predomínio foi verificado em Belém (54,5%) e em Porto Alegre (56,7%), não tendo sido verificada uma associação estatisticamente significativa ($P=0,967$) em relação à origem dos médicos e ao sexo.

Com relação ao estado civil (Tabela 1) a maioria dos médicos participantes era casado (55,7%), seguida dos solteiros (32,2%) e dos divorciados (12,2%). Esta mesma distribuição foi mantida em Belém e em Porto Alegre. Não foi verificada associação estatisticamente significativa entre os dois locais de coleta ($P=0,578$).

A maioria dos participantes referiu ter prática religiosa (54,8%). Na comparação entre os dois grupos, contudo, houve uma associação estatisticamente significativa ($P<0,001$), pois, em Belém, 76,4% referiram praticar religião, enquanto em Porto Alegre, apenas 35,0% deram esta mesma resposta. No entanto, em relação à religião praticada, não se observou associação estatisticamente significativa entre os grupos ($P=0,371$). Em Belém (73,8%) e em Porto Alegre (66,6%), houve predomínio da religião católica (Tabela 1).

Tabela 1- Perfil Sociodemográfico dos Participantes

Variáveis	Belém (PA)		Porto Alegre (RS)		p
		%		%	
Nº médicos	55	47,8	60	52,2	
Idade (média)	40,05 ($\pm 8,82$)		41,08 ($\pm 9,24$)		0,545
Sexo					0,967
Masculino	30	54,5	34	56,7	
Feminino	25	45,5	26	43,4	
Estado civil					0,578
Solteiro	19	34,5	18	30,0	
Casado	28	50,9	36	60,0	
Divorciado	8	14,5	6	10,0	
Viúvo	0	0,0	0	0,0	
Prática religião					<0,001
Sim	42	76,4	21	35,0	
Não	13	23,6	39	65,0	
Tipo de religião					0,371
Adventista	3	7,1	0	0,0	
Católica	31	73,8	14	66,6	
Espírita	3	7,1	2	9,5	
Evangélica	4	9,5	3	14,3	

Fonte: HCPA, HUJBB, HOL, FSCMPA, HCGV, HMUE (CTI)

Dos participantes da pesquisa apenas 10 (8,7%) eram médicos residentes, todos os demais 105 médicos tinham vínculos profissionais diretos ou indiretos com os hospitais (Tabela 2).

Quanto ao tempo de formado (Tabela 2) o mínimo foi de 2,5 anos e o máximo de 39 anos, com uma média de $15,8 \pm 8,9$ anos. A maioria dos médicos (66,9%) tinha mais de 10 anos de formado. Esta distribuição manteve-se em Belém (65,5%) e em Porto Alegre (68,3%). Não houve associação estatisticamente significativa ($P=0,319$).

Com relação ao tempo de atividade na UTI (Tabela 2) o mínimo foi de 0,4 anos e o máximo de 35 anos, com uma média de $12,4 \pm 8,5$ anos. A maioria dos profissionais (50,4%) atua em UTI há mais de 10 anos, o mesmo ocorrendo em Belém (52,7%) e em Porto Alegre (48,3%). Não houve associação estatisticamente significativa entre os grupos ($P=0,763$).

Quanto à titulação (Tabela 2) a maioria dos participantes foi composta por médicos titulados em Medicina Intensiva (63,5%). As duas outras especialidades, de maior representatividade, foram a Medicina Interna (15,6%) e a Cirurgia Geral (9,6%). Na amostra de Belém, foi constatada a presença de oito diferentes especialidades, sendo cinco clínicas e três cirúrgicas. Um grupo de sete médicos (12,7%), que atuam em UTIs de Belém, foi classificado como sendo médicos generalistas, por não terem realizado capacitação posterior a sua graduação no curso de Medicina. Em Belém, a Medicina Intensiva (34,5%) e a Cirurgia Geral (20,0%) foram as duas especialidades mais representativas. Em Porto Alegre, a Medicina Intensiva (90,0%) e a Medicina Interna (13,3%) são as mais representativas das quatro especialidades que foram citadas, todas da área Clínica. Vale lembrar que alguns profissionais tinham habilitação em mais de uma especialidade. Foram verificadas três associações significativas: a titulação em Medicina Intensiva associou-se com o grupo de Porto Alegre ($P<0,001$), enquanto a Cirurgia Geral ($P<0,001$) e a ausência de titulação especializada ($P<0,005$), com o grupo de Belém.

Tabela 2 - Características Profissionais dos Participantes

Variáveis	Belém (PA)		Porto Alegre (RS)		p
		%		%	
Nº médicos	55	47,8	60	52,2	
Atividade Profissional *					
Rotineiro	3	5,5	11	18,3	0,068
Plantonista	49	89,1	42	70,0	0,022
Coordenador	4	7,3	1	1,7	0,192
Residente	4	7,3	6	10,0	0,745
Professor/Preceptor	7	12,7	3	5,0	0,190
Tempo de Formação (anos)					0,319

< 5 anos	7	12,7	3	5,0	
5 a 10 anos	12	21,8	16	26,7	
> 10 anos	36	65,5	41	68,3	
Tempo de Atividade em UTI (anos)					0,763
< 5 anos	12	21,8	12	20,0	
5 a 10 anos	14	25,5	19	31,7	
> 10 anos	29	52,7	29	48,3	
Titulação*					
Terapia Intensiva	19	34,5	54	90,0	<0,001
Cirurgia Geral	11	20,0	0	0,0	0,001
Medicina Interna	10	18,2	8	13,3	0,647
Medicina Generalista	7	12,7	0	0,0	0,005
Cardiologia	6	10,9	3	5,0	0,307
Pneumologia	3	5,5	1	1,7	0,348
Anestesiologia	1	1,8	0	0,0	0,478
Infectologia	1	1,8	0	0,0	0,478
Cirurgia de Tórax	1	1,8	0	0,0	0,478

Fonte: HCPA, HUIBB, HOL, FSCMPA, HCGV, HMUE (CTI)

* questões de múltipla escolha

Em relação ao desenvolvimento psicológico-moral (Tabela 3) todos os médicos participantes do estudo tiveram níveis compatíveis com a possibilidade de tomar decisões no seu melhor interesse. Houve uma distribuição dos participantes do estudo nos quatro estágios: Conformista (2,6%), Conscencioso (45,2%), Autônomo (45,2%) e Integrado (6,9%). Não foi verificada uma associação estatisticamente significativa ($P=0,708$) entre os grupos de Belém e Porto Alegre.

Tabela 3 - Fases do Desenvolvimento psicológico-moral dos Participantes

Variáveis	Belém (PA)		Porto Alegre (RS)		p
		%		%	
Nº médicos	55	47,8	60	52,2	
Fases					0,708
Autônoma	25	45,5	27	45,0	
Conformista	2	3,6	1	1,7	
Conscenciosa	23	41,8	29	48,3	
Integrada	5	9,1	3	5,0	
Total	55	100,0	60	100,0	

Fonte: HCPA, HUIBB, HOL, FSCMPA, HCGV, HMU (CTI)

Nas questões sobre conhecimento e grau de conhecimento sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (Tabela 4) as distribuições, em ambas as cidades, foram semelhantes. A maioria dos participantes da pesquisa (83,5%) afirmou conhecer o que são as Diretivas Antecipadas de Vontade. Não foi verificada associação estatisticamente significativa ($P=0,225$) entre os participantes de Belém (78,2%) e de Porto Alegre (88,3%).

Entre os participantes que afirmaram conhecer, predominou os que afirmaram ter pouco grau de conhecimento (46,9%), seguido dos que tinham conhecimentos médio (42,7%) e suficiente (10,4%). Não houve associação estatisticamente significativa ($P=0,748$), quanto ao grau de conhecimento, entre os participantes de Belém e de Porto Alegre.

Quanto à utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade (Tabela 4) a maioria dos participantes posicionou-se a favor (80,9%), seguidos dos que talvez as utilizassem (14,8%) e apenas uma pequena parcela, cinco médicos, selecionou a alternativa que não utilizaria (4,3%) estas medidas. Nesta questão, houve uma associação estatisticamente significativa ($P=0,013$) entre as respostas “Sim” e “Porto Alegre” e “Não” e “Belém”.

Tabela 4 - Conhecimento sobre o assunto e utilização do documento

Varáveis	Belém (PA)		Porto Alegre (RS)		p
		%		%	
Nº médicos	55	47,8	60	52,2	
Conhecimento sobre DAV					0,225
• Sim	43	78,2	53	88,3	
• Não	12	21,8	7	11,7	
Grau de conhecimento					0,748
• Pouco	22	51,2	23	43,4	
• Médio	17	39,5	24	45,3	
• Suficiente	4	9,3	6	11,3	
Utilização da DAV					0,013
• Sim	39	70,9	54	90,0*	
• Não	5	9,1*	0	0,0	
• Talvez	11	20,0	6	10,0	

Fonte: HCPA, HUIJBB, HOL, FSCMPA, HCGV, HMUE (CTI)

As respostas abertas dadas pelos participantes permitiram identificar oito diferentes categorias de justificativas para estes posicionamentos. A justificativa mais citada pelos participantes que aceitavam a utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade foi a da autonomia (67,7%). Apenas estes médicos também destacaram os aspectos legais (3,2%) e os aspectos éticos (2,1%) como justificativa. Entre os participantes que afirmaram talvez utilizar este tipo de medida, a justificativa de que as diretivas poderiam limitar a decisão (29,3%) foi a mais utilizada. Os cinco médicos que não utilizariam as diretivas apresentaram diferentes justificativas, tais como: falta de esclarecimento e compreensão por parte do paciente, aspectos religiosos, aspectos familiares e de que estas seriam uma limitação para a decisão do próprio médico.

Quanto à necessidade da existência de uma legislação específica (Tabela 5) além da Resolução do Conselho Federal de Medicina (Res. CFM 1995/2012), para estabelecer critérios para utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade, a maioria dos médicos pesquisados (88,7%) respondeu afirmativamente. Apesar de haver uma maioria que considera necessária a existência de legislação, tanto em Belém (96,4%) como em Porto Alegre (83,1%), existe uma associação estatisticamente significativa ($P=0,045$) indicando que o grupo de Belém se associa com esta posição mais legalista.

Analisando as justificativas dadas pelos participantes, foi possível estabelecer sete diferentes categorias. A mais utilizada foi a justificativa de ter um amparo legal para as suas decisões (53,9%), seguida da própria Resolução do CFM (13,0%), da relação médico-paciente-família (9,5%) e do risco judicial (7,8%). As demais categorias - autonomia do paciente, sociedade e aspectos técnicos - tiveram poucas respostas.

Caso houvesse uma legislação específica (Tabela 5) a maioria dos médicos (81,7%) acataria a manifestação prévia do paciente, utilizando as Diretivas Antecipadas de Vontade. É importante destacar que uma parcela (16,5%) dos participantes respondeu que talvez acatassem esta manifestação prévia do paciente, mesmo com amparo legal. Chama a atenção que dois médicos, um de Belém e outro de Porto Alegre, responderam que não acatariam a vontade do paciente, mesmo com o amparo legal. Não foi verificada uma associação estatisticamente significativa ($P=0,339$) entre as respostas e o local de coleta.

Tabela 5 - Opinião relacionada a Legislação específica entre os Participantes

Variáveis	Belém (PA)		Porto Alegre (RS)		p
	Nº	%	Nº	%	
Nº médicos	55	47,8	60	52,2	
Você considera necessária a existência de uma legislação específica para essas situações, além da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM nº 1995/2012), que estabelece os critérios para utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade?					0,045
• Sim	53	96,4	49	83,1	
• Não	2	3,6	10	16,9	
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?					0,339
• Acataria a vontade do paciente	42	76,4	52	86,7	
• Talvez acatasse	12	21,8	7	11,7	
• Não acataria	1	1,8	1	1,7	

Fonte: HCPA, HUIBB, HOL, FSCMPA, HCGV, HMUE (CTI)

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

Discussão

Na comparação entre médicos que atuam nas UTIs de Belém e de Porto Alegre não foram verificadas associações ou diferenças quanto à idade, sexo, estado civil, religião praticada, tempo de formação, tempo de atividade em UTI e desenvolvimento psicológico-moral. As características que distinguem estes dois grupos foram a prática religiosa e a titulação especializada.

Os médicos de Belém afirmaram em maior número que praticam alguma religião, comparativamente aos de Porto Alegre, mas esta associação não teve reflexo nas respostas sobre a utilização ou não das Diretivas Antecipadas de Vontade.

Quanto à titulação, os médicos que atuam em Belém têm maior diversidade de áreas de formação especializada em comparação aos de Porto Alegre. A quase totalidade dos médicos que atuam na UTI de Porto Alegre (90,0%) é composta por médicos intensivistas, enquanto apenas um terço dos médicos atuantes nas UTIs de Belém (34,5%) tem esta especialidade. As associações verificadas entre a formação em Medicina Intensiva e os médicos de Porto Alegre e a de Cirurgia Geral ou a ausência de formação especializada com os médicos de Belém demonstram as especificidades regionais quanto à capacitação dos profissionais que atuam em UTIs.

No presente estudo, 83,5% dos médicos responderam que conhecem as Diretivas Antecipadas de Vontade. Outros três estudos brasileiros avaliaram o conhecimento dos profissionais relacionado ao tema. Em um estudo envolvendo 54 médicos brasileiros, realizado em 2011, 63,0% afirmaram conhecer as DAV, denominadas neste estudo como testamento vital (39). Em outra amostra de 100 médicos, 46,0% referiram conhecer este tema (40). Finalmente, em outro estudo, com 81 profissionais de saúde, sendo 67 médicos e 14 enfermeiros, apenas 26,0% referiram ter este conhecimento (41). A grande diferença verificada entre os dados de Belém e Porto Alegre, referentes ao conhecimento das Diretivas Antecipadas de Vontade, pode ter, como uma de suas causas, a própria atuação destes médicos em UTIs.

Dos médicos do presente estudo que conheciam as Diretivas Antecipadas de Vontade, a maioria (80,3%) afirmou que utilizaria estas diretivas. Foi constatado estatisticamente que a possibilidade de utilização das diretivas se associa aos médicos de Porto Alegre e a não utilização, aos médicos de Belém. Isso pode ser explicado, pois todos os cinco médicos que responderam que não utilizariam as Diretivas Antecipadas de Vontade eram de Belém. Vale lembrar que apenas um deles tinha formação em Medicina Intensiva. Em contrapartida, todos

os oito médicos que atingiram o estágio Integrado de desenvolvimento psicológico-moral, sendo cinco de Belém e três de Porto Alegre, responderam que utilizariam tais instrumentos.

Em um estudo realizado na Espanha, envolvendo 194 médicos, a maioria também se manifestou favoravelmente à utilização de Diretivas Antecipadas de Vontade (42).

As justificativas para a utilização ou não das Diretivas Antecipadas de Vontade pelos médicos participantes são semelhantes às verificadas em uma revisão sistemática que identificou diversos fatores determinantes na atitude positiva ou negativa dos médicos para com os documentos que abordam o tema. O respeito aos desejos do paciente, ou seja, à sua autonomia, as questões legais, os fatores culturais e religiosos, a influência da família e a atitude paternalista do profissional, expressa pela justificativa de que sua decisão seria limitada, foram aspectos presentes em ambos os estudos (43).

As respostas dadas pelos participantes nas questões referentes à necessidade de legislação e de acatar a vontade do paciente, supondo a existência de uma legislação, evidenciam a importância dada à segurança jurídica evidenciada nas respostas abertas. Isso fica evidente nas respostas dadas pelos cinco médicos que haviam respondido que não eram a favor da utilização das diretivas, mas três optaram pela resposta talvez acatar a vontade do paciente e os outros dois acatariam esta manifestação quando houvesse uma legislação específica. Da mesma maneira, nove dos 17 médicos que haviam respondido que talvez utilizassem estas diretivas acatariam a vontade do paciente, desde que houvesse legislação. Vale lembrar que o Código Civil, em seu artigo 15, já garante a livre manifestação do paciente sobre tratamento médico (22). A Resolução CFM 1995/2012 (27) abriria a possibilidade de garantir que a vontade do paciente estivesse documentada quando da sua impossibilidade de manifestação direta com a equipe assistencial (29).

Contrariamente a esta posição, os dois médicos que afirmaram que não acatariam a vontade do paciente, mesmo com amparo legal, haviam respondido que eram a favor da utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade.

Vale destacar que todos os oito médicos do estágio Integrado de desenvolvimento psicológico-moral responderam que acatariam a vontade do paciente, tendo amparo legal. O estágio Integrado assume a possibilidade da decisão efetivamente compartilhada, da noção de corresponsabilidade (29). Os demais médicos, situados em diferentes estágios de desenvolvimento psicológico-moral, dividiram-se nas três opções apresentadas, quanto a acatar a vontade do paciente.

Conclusão

Com base nos dados obtidos com médicos participantes deste estudo, que atuam em Unidades de Terapia Intensiva em Belém do Pará ou em Porto Alegre, é possível concluir que:

- a) A maioria dos médicos conhecia as Diretivas Antecipadas de Vontade;
- b) A maioria dos médicos respondeu que utilizaria as Diretivas Antecipadas de Vontade, sendo que a justificativa mais frequente foi o respeito à autonomia do paciente, enquanto a maior objeção foi a limitação que estes instrumentos acarretariam para o processo de tomada de decisão;
- c) A maioria dos médicos reconheceu a necessidade de haver uma legislação sobre este tema, além da Resolução CFM 1995/2012, sendo a necessidade de ter um amparo legal para as suas decisões a justificativa mais frequente;
- d) A maioria dos médicos acataria a vontade do paciente manifestada por meio de Diretivas Antecipadas de Vontade, caso houvesse amparo legal;
- e) Foram verificadas associações entre os dois locais de coleta, sendo a prática religiosa do médico e a necessidade de legislação das Diretivas Antecipadas de Vontade relacionadas com Belém e a formação especializada e a utilização destas diretivas relacionadas com Porto Alegre.

Agradecimentos

Projeto realizado com apoio da CAPES e do FIPE/HCPA.

Referências

1. Hartog C, Peschel I, Schwarzkopf D, Al E. Are written advance directives helpful to guide end-of-life therapy in the intensive care unit? A retrospective matched-cohort study. *J Crit Care* [Internet]. Elsevier Inc.; 2014 Feb [cited 2014 Feb 16];29(1):128–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24331948>
2. Molina J, Pérez M, Herreros B, Martín M, Velasco M. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones precias entre los pacientes de un hospital público de la Comunidad de Madrid. *Rev clínica española* [Internet]. SEGO; 2011 Oct [cited 2012 Aug 21];211(9):450–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21813119>
3. Servin J. “ LA ORTOTANACIA Y EL TESTAMENTO VITAL EN LA LEGISLACIÓN DE MICHOACÁN .”[Michoacán]: Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo; 2010. p. 1–86.

4. Marco CA, Schears RM. Death, dying, and last wishes. *Emerg Med Clin North Am* [Internet]. 2006 Nov [cited 2013 Nov 19];24(4):969–87. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16982348>
5. Sittisombut S, Maxwell C, Love E, Sitthi-Amorn C. Physicians' attitudes and practices regarding advanced end-of-life care planning for terminally ill patients at Chiang Mai University Hospital, Thailand. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2009 Mar [cited 2014 Apr 24];11(1):23–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19298305>
6. Tillyard ARJ. Ethics review: "Living wills" and intensive care--an overview of the American experience. *Crit Care* [Internet]. 2007 Jan [cited 2012 Aug 22];11(4):219. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2206532&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
7. Zabala Blanco J, Díaz Ruiz J. Reflexión sobre el desarrollo y utilidad de las instrucciones previas. *Semer - Med Fam* [Internet]. 2010 May [cited 2012 Aug 21];36(5):266–72. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359310000754>
8. Clotet J. Reconhecimento e Institucionalização da Autonomia do Paciente: Um Estudo da the patient Self-Determination Act. *Rev Bioética*. 1993;1(2).
9. Del Pozo Puente K, Hidalgo JL-T, Herráez MJS, Bravo BN, Rodríguez JO, Guillén VG. Study of the factors influencing the preparation of advance directives. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2014 [cited 2014 Jun 10];58(1):20–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23993265>
10. Gerais M, Bomtempo TV, Minas PUC, Mineira F, Cat U. Diretivas antecipadas : instrumento que assegura a vontade Advance directives : a tool that will ensure a die with. 2012;22–30.
11. Dadalto L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/2012. *Rev Bioética*. 2013;21(1):106–12.
12. Rocha A da, Buonicore G, Silva A, Vaske T et al. Declaração prévia de vontade do paciente terminal : reflexão bioética. *Rev Bioética*. 2013;21(1):84–95.
13. Kutner L. Due Process of Euthanasia : The Living Will , A Proposal. *Indiana Law J*. 1969;44(4):538–54.
14. Campos M et al. Testamento vital: percepção de pacientes oncológicos e acompanhantes. *Rev BIOETHIKOS - Cent Univ São Camilo -*. 2012;6(3):253–9.
15. US Government. PSDA: The patient self-determination act. Washington; 1990 p. 216–8.
16. Alves C. Diretivas antecipadas de vontade e testamento vital: considerações sobre linguagem e fim de vida. *Revista Jurídica*. 2013;89–110.

17. Saralegui Reta, J.L. Monzón Marín MCM. Instruções prévias em medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2004;28(5):256–61.
18. Simó PA. Revisando el llamado “testamento vital.” *Cuad Bioét*. 2010;169–83.
19. Leão S. TESTAMENTO VITAL : uma alternativa do Direito para uma morte digna. Pontificia Universidade Católica de Goiás; 2012. p. 152.
20. Godinho A. Diretivas antecipadas de vontade: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro. *RIDB*. 2012;2:945–78.
21. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
22. Brasil. Código Civil. Lei 10.406/2002. 2002.
23. Sanches K, Seidl E. uma decisão frente à terminalidade. *Comun Saúde e Educ*. 2013;17(44):23–34.
24. Batista K, Seidl E. Estudo acerca de decisões éticas na terminalidade da vida em unidade de terapia intensiva. *Com Ciências Saúde*. 2011;22(1):51–60.
25. Lima PM de S. Aspectos éticos e legais da aplicabilidade da ortotanásia. *Jus Soc*. 2010;3(jan-jun):58–77.
26. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N° 1931/2009. Brasília, Conselho Federal de Medicina; 2009.
27. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1995/2012 do CFM dispõe que pacientes terminais possam escolher, livre e autonomamente, a que tratamentos serão submetidos. Brasília; 2012.
28. Goldim JR. Diretivas Antecipadas de Vontade Comentários sobre a Resolução 1955/2012 do Conselho Federal de Medicina/Brasil. 2012;1(c):1–4.
29. Alves C, Fernandes M, Goldim J. Diretivas antecipadas de vontade : um novo desafio para a relação médico- paciente. *rev HCPA*. 2012;32(3):358–62.
30. Goldim JR. Portal de Bioética [Internet]. <http://www.xn--biotica-dya.ufrgs.br/paternal.htm>. Available from: <http://www.bioética.ufrgs.br/paternal.htm>
31. Goldim JR. O Consentimento Informado e a adequação de seu uso na pesquisa em seres humanos. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1999.
32. Loevinger J, Wessler R. Measuring ego development: 1. Construction and use of a sentence completion test. San Francisco: Jossey-Bass; 1970.
33. Souza E. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. *Bol da Soc Psicol do Rio Gd do Sul*. 1968;5–16.

34. Research NC for the P of HS of B and B. The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012; 1978.
35. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics [Internet]. Oxford University Press; 2001 [cited 2014 Jul 7]. Available from: http://books.google.com/books?id=_14H7MOw1o4C&pgis=1
36. Loevinger J. The meaning and measurement of ego development. *Am Psychol* [Internet]. 1966 [cited 2014 Jul 7];21(3):195–206. Available from: <http://content.apa.org/journals/amp/21/3/195>
37. Goldim JR, Clotet J, Ribeiro JP. Adequacy of informed consent in research carried out in Brazil. *Eubios J Asian Int Bioeth*. 2007;17:177–80.
38. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: 70; 2011.
39. Piccini CF, Steffani JA, Bonamigo ÉL, Bortoluzzi MC, Schlemper Jr. BR. Testamento Vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. *Rev BIOETHIKOS - Cent Univ São Camilo*. 2011;5(4):384–91.
40. Stolz C, Gehlen G, Bonamigo E, Bortoluzzi M. Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia. *Rev Bioética*. 2011;19(3):833–45.
41. Rossini R de C, Oliveira V de, Fumis R. Testamento vital: sua importância é desconhecida entre os profissionais da saúde. *Rev Bras Med*. 2013;70:4–8.
42. Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez M, Vázquez-Vicente A, Al E. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Atención Primaria* [Internet]. 2008 Feb [cited 2012 Aug 21];40(2):61–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656708702750>
43. Coleman AME. Physician attitudes toward advanced directives: a literature review of variables impacting on physicians attitude toward advance directives. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2013 Nov 2 [cited 2013 Dec 9];30(7):696–706. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23125398>

ARTIGO 2: Diretivas Antecipadas de Vontade e Processo de Tomada de Decisão na perspectiva de médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva.

Autores

Edna Porfírio de Lima¹

José Roberto Goldim²

Resumo

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), que são a documentação da vontade do paciente com relação a medidas diagnósticas ou terapêuticas, caso não esteja mais em condição de tomar decisões, em virtude de doenças ou incapacidade. Desde 2012, o Conselho Federal de Medicina estabeleceu que o seu uso é adequado à prática médica brasileira. O Código Civil de 2002 respalda esta Resolução. O objetivo deste artigo é identificar possíveis fatores que possam interferir no processo de tomada de decisão de médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) frente à utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade. Participaram deste estudo 115 médicos que atuam em dez UTIs de Belém do Pará e de Porto Alegre. A maioria dos médicos expressou que levaria em conta a vontade dos pacientes em quatro diferentes cenários de atendimento. Da mesma forma, os médicos consideraram eticamente justificável tanto a não implantação quanto a retirada de medidas terapêuticas. Os fatores que mais interferiram no processo de tomada de decisão foram os aspectos éticos, legais, morais e técnicos, além dos aspectos religiosos dos pacientes.

Palavras-chave

Unidades de Cuidado Intensivo. Testamento Vital. Diretivas Antecipadas. Tomada de Decisão.

¹ Médica do Hospital Universitário João de Barros Barreto/UFGA, aluna do PPG em Medicina: Ciências Médicas/UFRGS, DINTER com Universidade Federal do Pará.

² Biólogo, Professor do PPG em Medicina: Ciências Médicas/UFRGS, Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência/Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Introdução

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são declarações registradas antecipadamente por pacientes, sobre seus desejos e preferências de tratamento caso se torne incapaz, seja por doença, seja por qualquer condição que o impeça de tomar decisões (1–4). Essas declarações têm como objetivo proteger a autonomia do paciente em circunstâncias futuras, quando este estiver impedido para exercer sua própria vontade (5–8).

Este instrumento surgiu inicialmente nos Estados Unidos da América (EUA), em 1967, com a expressão *Living will* (9,10). Entretanto, somente em 1969, o advogado Luís Kutner propôs o primeiro documento com esta denominação (11). Posteriormente, desponta na Califórnia, em 1976, a "Natural Death Act", primeira lei americana a reconhecer o direito do paciente a se recusar antecipadamente manter-se vivo à custa de tecnologia médica. Em 1991, com a publicação da Lei federal de autodeterminação do paciente (12), este documento passou a ser regulamentado em vários Estados norte-americanos (8,13).

De acordo com Goldim, Alves (14,16) o termo norte-americano *Living will*, traduzido para a expressão testamento vital, tem recebido múltiplas denominações, entre elas: testamento biológico, biotestamento, diretivas antecipadas, instruções prévias, declaração antecipada de vontade, declaração prévia do paciente terminal, declaração antecipada de tratamento, manifestação explícita da própria vontade dentre outros.

Diversos países no mundo já legislam com as DAV, entre estes: Austrália do Sul, Espanha, Portugal, Suíça, Finlândia, Holanda, Hungria, Bélgica, Inglaterra, País de Gales, França, Áustria e Alemanha (10). Na América Latina, destacam-se: Porto Rico, Uruguai e Argentina (10,17,18).

No cenário brasileiro, não existe legislação específica para as DAV, entretanto estas encontram seu respaldo na Constituição Federal Brasileira de 1988, em seus artigos 1º, inciso III, que dispõe do Princípio da dignidade da pessoa humana; art. 5º nos incisos que abordam a questão dos direitos e deveres individuais, e art. 5º, inciso, que dispõe da proibição de tratamento desumano (19). Além disso, essa resolução encontra-se assegurada no artigo 15º do Código Civil de 2002, que estabelece que "Ninguém pode ser constrangido a submeter - se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica" (20).

É importante ressaltar que duas outras resoluções constituídas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) precederam esta e, de alguma forma, desempenharam papel valioso no estabelecimento dessa resolução, as quais foram: a Resolução de nº. 1805/2006, que dispõe

sobre a ortotanásia, e a Resolução de nº 1.931/2009 do novo Código de Ética Médica (CEM), que discute sobre terapêutica fútil em pacientes terminais (21,22)

Em seguida, a nova Resolução 1995/2012 do CFM abriu caminho para a discussão de fim de vida ao estabelecer especificamente as DAV. Essa define em seu artigo 1º Diretivas Antecipadas de Vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. Em seu artigo 2º, esta resolução estabelece que, nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de se comunicar ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas Diretivas Antecipadas de Vontade (23).

Esta resolução detalha aspectos que já estão contemplados no CEM, que estabelece, como um de seus fundamentos, a questão da autonomia do paciente, pois segundo Goldim, Alves (14,16), ao reconhecer a autonomia do paciente, o médico não é destituído da sua, e, sim, é possível reconhecer a alteridade presente nesta relação, na qual as decisões devem ser compartilhadas.

Nos dias atuais, o modelo paternalista na relação médico-paciente, ainda presente em alguns profissionais, muitas vezes, é fruto de pressão exercida por parte dos familiares de pacientes, assumindo esses médicos uma postura de não consultar a preferência dos pacientes, supondo ser o melhor para estes. Entretanto questiona-se até que ponto essas decisões estariam de acordo com os desejos reais do paciente enquanto incapazes (24).

Na rotina diária, não é raro o médico intensivista defrontar-se com casos de difícil resolução, exigindo deste uma rápida intervenção. Tais situações implicam um grande desgaste para o profissional e requer discernimento e bom senso por parte dele, pois, dependendo de seu posicionamento, tais decisões implicarão grandes perdas, além de sofrimento e dor para o paciente e os familiares. Motivo pelo qual, esse profissional necessita, além de preparo técnico, de preparo psicológico e moral a fim de que possa tomar decisões coerentes, embasadas em valores morais.

Estudo tem demonstrado que diversos fatores têm influenciado as atitudes dos médicos frente às DAV, destacando-se: respeito aos desejos do paciente; questões legais; fatores culturais e religiosos; influência da família; atitude paternalista do profissional; medo de cometer eutanásia; experiência anterior com DAV; falta de conhecimento sobre DAV e valores do médico (25).

O objetivo deste artigo é identificar possíveis fatores que possam interferir no processo de tomada de decisão de médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva frente à utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade.

Método

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal de base populacional, envolvendo seis hospitais públicos brasileiros, sendo cinco em Belém do Pará - Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), vinculado à Universidade Federal do Pará (UFPA); Hospital Ophir Loyola (HOL); Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA); Hospital de Clínicas Gaspar Viana (HCGV); Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE), ambos vinculados à rede estadual - e um em Porto Alegre -Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) . Todos os Comitês de Ética em Pesquisa das instituições avaliaram e aprovaram o estudo.

Dos 129 médicos, que atuavam nas UTIs de adulto destas seis instituições, 115 profissionais (55 de Belém e 60 de Porto Alegre) aceitaram participar do estudo, no período de março a dezembro de 2013. Os médicos que atuavam em mais de uma UTI pesquisada foram incluídos apenas uma única vez no estudo. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na busca para contemplar o objetivo deste estudo, foi utilizado um questionário autopreenchido, desenhado especificamente para este estudo, composto por dados sociodemográficos e características profissionais dos sujeitos da pesquisa, como: hospital onde trabalha; idade; sexo; estado civil; prática religiosa; tipo de religião; naturalidade; faculdade de graduação; atividade profissional; tempo de formação; tempo de atividade em UTI e titulação, além de questões envolvendo quatro diferentes cenários clínicos, para avaliar o posicionamento desses profissionais, questão sobre implantar ou retirar medida terapêutica de um paciente. O instrumento apresentava uma última questão sobre fatores que podem influenciar a tomada de decisão. Havia também um espaço para comentários, caso o participante julgasse pertinente sobre o tema.

Os dados foram avaliados de forma quantitativa, por meio de estatística descritiva e inferencial, e qualitativa, utilizando o referencial proposto por Bardin (26). As associações foram obtidas utilizando o Teste do Qui-Quadrado, com um nível de significância de 5% ($P < 0,05$). Foi utilizado o Sistema SPSS, versão 18, para a realização destas avaliações.

Resultados

Os 115 participantes da pesquisa apresentavam idades variando de 26 a 63 anos, com média de $40,59 \pm 9,06$ anos. A maioria dos participantes da pesquisa foi do sexo masculino (55,7%). Não houve diferenças ou associações estatisticamente significativas entre os médicos de Belém e de Porto Alegre nestas variáveis ($P > 0,05$).

A maioria dos participantes referiu ter prática religiosa (54,8%), com predomínio da religião católica. Na comparação entre os dois locais, houve uma associação estatisticamente significativa ($P < 0,001$), pois, em Belém (76,4%), os médicos referiram ter mais prática religiosa que em Porto Alegre (35,0%).

Quanto à titulação, a maioria dos participantes foi composta por médicos intensivistas (63,5%). As duas outras especialidades, de maior representatividade, foram a Medicina Interna (15,6%) e a Cirurgia Geral (9,6%). Foram verificadas três associações significativas: a titulação em Medicina Intensiva associou-se ao grupo de Porto Alegre ($P < 0,001$), enquanto a Cirurgia Geral ($P < 0,001$) e a ausência de titulação especializada ($P < 0,005$), com o grupo de Belém.

Foram apresentados aos médicos participantes do estudo quatro cenários de tomada de decisão em Unidade de Terapia Intensiva, relacionando diferentes formas de utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade com e sem possibilidades terapêuticas de cura do paciente. Os participantes deveriam selecionar uma das várias alternativas de resposta previamente estabelecidas (Tabela 1 - Apêndice 5).

No primeiro cenário apresentado, foi solicitado o posicionamento do médico perante um paciente que nega autorização para a realização de um procedimento, estando plenamente capaz e ainda com possibilidades terapêuticas de cura. Entre as seis alternativas apresentadas, a maioria dos médicos respondeu que a vontade do paciente seria considerada como determinante para a tomada de decisão (54,8%). Outra parcela importante dos pesquisados afirmou que a vontade do paciente poderia influenciar, mas não definir, a decisão a ser tomada (29,6%). Outros médicos aceitaram que a vontade do paciente poderia ser levada em consideração, se referendada pela posição de seus familiares (9,6%). Os demais sete médicos optaram pelas alternativas em que a vontade do paciente não seria levada em consideração por não ter amparo legal (1,7%) ou pelo risco judicial associado (4,3%). Nenhum médico optou pela alternativa em que apenas a opinião dos familiares seria levada em consideração no processo de tomada de decisão.

Desta forma, vale destacar que a maioria dos médicos (94,0%) levaria em consideração a vontade do paciente, em diferentes graus de participação. Houve uma

associação estatisticamente significativa ($P=0,004$) entre os médicos de Porto Alegre e a consideração de que a vontade do paciente seria determinante, assim como dos médicos de Belém, com a necessidade do referendo da família à vontade do paciente.

No cenário dois, foram mantidas as mesmas características, apenas alterado que o paciente, neste caso, estava fora de possibilidades terapêuticas de cura. O mesmo padrão de distribuição do cenário anterior foi mantido. A maioria dos médicos optou pela alternativa que prevê que a vontade do paciente seria considerada como determinante para a tomada de decisão (80,0%). Outras duas alternativas, a vontade do paciente influenciar o processo (8,7%) e a necessidade de que a família referende a vontade do paciente (8,7%), tiveram igual número de respostas. Apenas dois médicos de Belém reiteraram o temor pelo risco judicial associado (1,7%). Não foi verificada uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($P=0,086$). Manteve-se a mesma perspectiva do cenário anterior, pois a maioria (97,4%) levaria em consideração a vontade do paciente, em diferentes graus de participação.

O terceiro cenário agregava a circunstância de que a vontade do paciente, que estava fora de possibilidades terapêuticas de cura e restringia o procedimento, tinha sido expressa anteriormente e por meio de um documento escrito. A maioria dos médicos (96,5%) levaria em consideração a vontade do paciente, em diferentes graus de participação, tendo mais destaque a vontade do paciente ser determinante (71,3%), seguida da vontade referendada pela família (17,4%) e pela influência desta vontade na tomada de decisão (7,8%). Apenas três médicos de Belém optaram por não considerar esta manifestação de vontade pela falta de amparo legal (2,6%). Neste cenário, foi acrescentada uma nova alternativa, que propunha a vontade do paciente não ser levada em consideração, pois a decisão havia sido tomada fora do conjunto de circunstâncias, tendo sido escolhida por apenas um médico (0,9%). Houve novamente uma associação estatisticamente significativa ($P=0,003$) entre os médicos de Porto Alegre e a vontade do paciente ser considerada determinante na tomada de decisão e os médicos de Belém e a necessidade do referendo da família.

O quarto e último cenário proposto mantinha o diagnóstico de que o paciente estava fora de possibilidade terapêutica de cura e a sua restrição à realização do procedimento. Contudo a sua vontade havia sido expressa, apenas de forma verbal, a um familiar, que a comunica à equipe. Estas circunstâncias alteraram o padrão de respostas anteriormente dadas. A maioria dos médicos (86,1%) levaria em consideração a vontade do paciente, em diferentes graus de participação. A alternativa mais utilizada foi que a vontade do paciente seria considerada, desde que referendada pelos familiares (37,4%), seguida da vontade do paciente influenciar, mas não definir, a decisão a ser tomada (26,1%) e da vontade ser determinante

(22,6%). Houve maior aproximação das frequências entre estas três alternativas, que as verificadas anteriormente nos demais cenários. Outros médicos optaram por não levar esta vontade em consideração por falta de amparo legal (5,2%) e por risco judicial associado (5,2%). A alternativa que desconsidera esta manifestação de vontade por ter sido tomada fora do conjunto de circunstâncias reais foi também utilizada (3,5%). Houve uma associação estatisticamente significativa ($P=0,001$) dos médicos de Porto Alegre com a vontade ser determinante na tomada de decisão e dos de Belém com a falta de amparo legal e o risco judicial associado.

Quando os médicos foram questionados sobre a justificativa ética para a não implantação ou retirada de medidas terapêuticas fúteis (Tabela 2) a maioria posicionou-se no sentido de que ambas são justificáveis (83,5%). Considerar apenas a não implantação como justificada foi a segunda opção (13,0%), com predominância dos médicos de Belém. Somente um médico de Porto Alegre considerou que apenas a retirada é justificável. A opção de que ambas as ações não são justificáveis foi escolhida por apenas três médicos, todos de Belém. Foi verificada uma associação estatisticamente significativa ($P=0,001$) entre os médicos de Porto Alegre com a alternativa de que ambas as ações são justificáveis e os de Belém com a de que apenas a não implantação seja justificada.

Tabela 2 - Opinião relacionada a Futilidade terapêutica entre os Participantes

Variáveis	Belém (PA)		Porto Alegre (RS)		p
	Nº	%	Nº	%	
Nº médicos	55	47,8	60	52,2	
Em sua opinião existe diferença, do ponto de vista ético, entre não implantar ou retirar uma medida terapêutica considerada fútil?					<0,001
• Ambas são ações justificáveis	38	69,1	58	96,7*	
• Apenas a não implantação pode ser justificada	14	25,5*	1	1,7	
• Apenas a retirada pode ser justificada	0	0,0	1	1,7	
• Ambas são ações que não podem ser justificadas	3	5,5	0	0,0	

Fonte: HCPA, HUIBB, HOL, FSCMPA, HCGV, HMUE (CTI)

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Com a finalidade de melhor entender o processo de tomada de decisão utilizado, foram apresentados 11 diferentes aspectos (Gráfico 1) que poderiam estar associados às situações propostas. Cada participante poderia selecionar um ou mais aspectos, de acordo com a sua percepção pessoal. Os cinco aspectos que tiveram mais 50% de respostas positivas dos médicos foram: aspectos éticos (94,8%), aspectos legais (88,7%), aspectos morais (73,9%),

aspectos técnicos (67,0%) e aspectos religiosos do paciente (52,2%). Os demais seis aspectos tiveram frequências abaixo de 50%, ou seja: aspectos deontológicos-profissionais (28,7%), aspectos religiosos do profissional (18,3%), aspectos financeiros do paciente (14,8%), aspectos educacionais (14,8%), aspectos financeiros da instituição (10,4%), aspectos financeiros do profissional (1,7%).

Foram verificadas apenas três associações estatisticamente significativas na seleção de aspectos comparativamente com os dois grupos de médicos. Os médicos de Porto Alegre tiveram associações estatisticamente significativas com os aspectos técnicos ($P=0,017$) e os aspectos religiosos do paciente ($P=0,003$). Os médicos de Belém tiveram uma associação estatisticamente significativa com os aspectos religiosos do profissional ($P=0,047$).

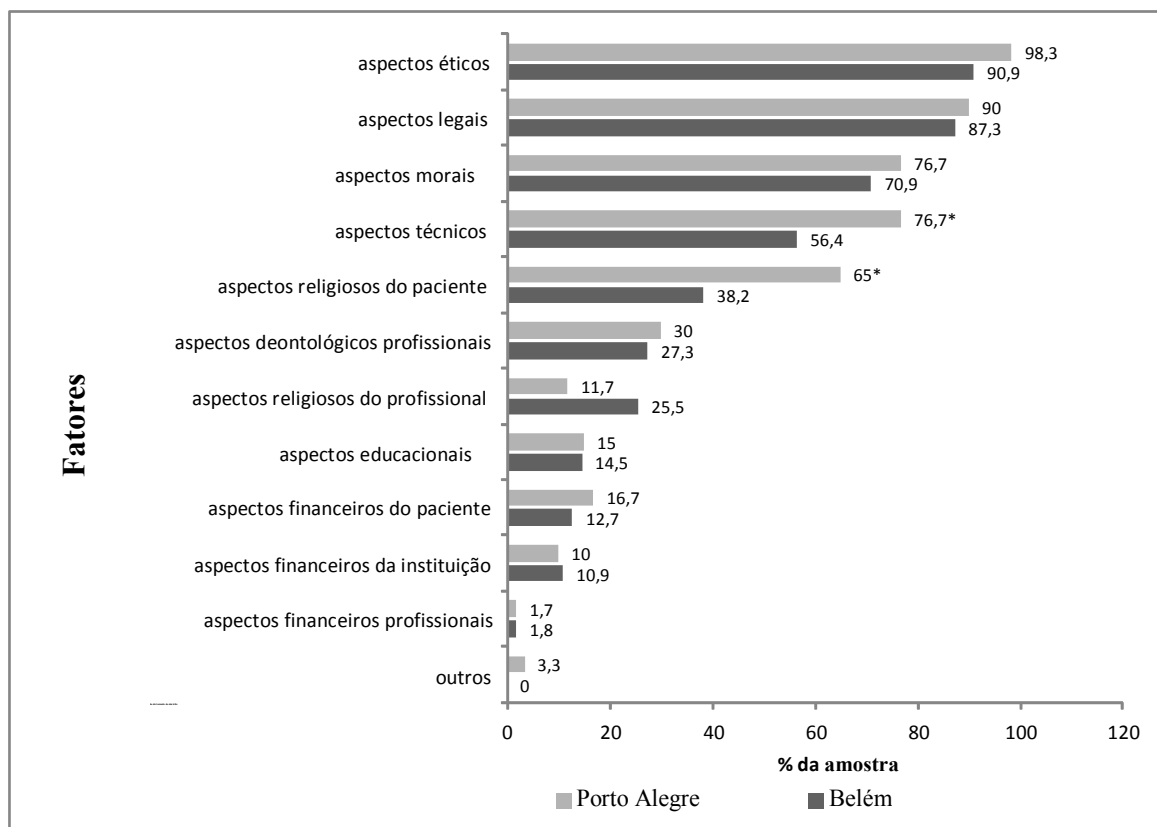


Gráfico 1 - Fatores que podem interferir na capacidade de tomada de decisão

Discussão

Em todos os quatro cenários apresentados aos médicos, que atuam em Unidades de Terapia Intensiva, a vontade do paciente foi levada em consideração, em diferentes graus de participação no processo de tomada de decisão, variando de 86,1% (cenário 4) a 97,4% (cenário 2). Isso reflete a crescente valorização do princípio do Respeito às Pessoas, especialmente à sua autonomia, que vem sendo discutida desde o ponto de vista ético, já na

década de 1970 (27,28), e efetivada por meio das alterações introduzidas no novo Código Civil de 2002, especialmente em seu artigo 15 (20), e do Código de Ética Médica de 2009 (21). Esta base de adequação ética, moral e legal expressou-se nos resultados obtidos.

Nos quatro cenários apresentados, o processo de tomada de decisão teve três diferentes perspectivas, que foram influenciadas pela forma de comunicação da vontade do paciente e pela existência ou não de possibilidades terapêuticas de cura, ou seja, do procedimento ser ou não considerado fútil.

No segundo e terceiro cenários, a alternativa da vontade do paciente ser determinante foi escolhida por um número muito expressivo de médicos (80,0% e 71,3%, respectivamente). Isso pode ser explicado, nestes cenários, pois o paciente está fora de possibilidades terapêuticas de cura e manifesta a sua vontade em não realizar o procedimento diretamente ao médico ou por meio de um documento escrito. Estas respostas evidenciam a importância das Diretivas Antecipadas de Vontade, pois mesmo não havendo a comunicação pessoal e direta do paciente ao seu médico, a sua vontade expressa neste tipo de documento, ou registro, é igualmente determinante. A Resolução CFM 1995/2012 estabelece justamente esta equiparação (23).

No primeiro cenário, a maioria dos médicos também aceitaria a vontade do paciente como determinante, embora em menor frequência (54,8%). Neste cenário, a vontade do paciente em não realizar o procedimento é também expressa diretamente ao médico, mas ainda existem possibilidades terapêuticas de cura. Os aspectos técnicos e éticos associados a este cenário, em que o procedimento não é considerado fútil, podem justificar esta redução na escolha da alternativa em que a vontade do paciente é determinante. Os aspectos legais dão respaldo para esta posição, pois o Código Civil garante ao paciente o seu poder de decisão a respeito de procedimentos médicos (20).

No quarto cenário, não existem mais possibilidades terapêuticas de cura e a vontade do paciente é expressa de forma verbal por um familiar. Nesta situação, a alternativa que estabelece que a vontade do paciente é determinante deixa de ser a mais selecionada (22,6%). A opção mais considerada neste cenário foi a vontade do paciente ser levada em consideração, se referendada pela posição dos seus familiares (37,4%). A falta da comunicação direta do paciente com o seu médico e a ausência de um documento que registre a sua vontade podem explicar esta diferença de comportamento dos médicos, mesmo em um cenário de ausência de possibilidades terapêuticas de cura. A necessidade de validação da vontade do paciente por seus familiares dá uma maior segurança à decisão do médico, pois estaria dando uma autorização para realizar ou não um procedimento na qualidade de representantes do paciente.

Nenhum médico, em qualquer dos cenários apresentados, optou pela alternativa que propunha que apenas a opinião dos familiares seria levada em consideração. Esta alternativa configura a destituição da vontade e autonomia do paciente. Mesmo no cenário 4, no qual a vontade do paciente é apenas relatada por um familiar, de forma verbal, nenhum médico optou por levar em consideração apenas a família. Neste cenário, a opção mais escolhida (37,4%) foi a de levar em consideração a vontade do paciente referendada pela sua família. Paradoxalmente, esta é posição assumida pela atual Lei de Transplantes, em seu artigo 4, atualmente vigente no Brasil (29), na qual, apenas a vontade da família é considerada.

Não considerar a vontade do paciente por falta de amparo legal ou por risco judicial foram as opções minoritariamente escolhidas neste estudo. No primeiro e quarto cenários, poucos médicos, variando de dois a seis médicos em cada opção, escolheram estas alternativas. A alternativa da falta de amparo legal não foi escolhida apenas no segundo cenário, no qual o paciente comunica diretamente ao médico a sua negativa em uma situação de estar fora de possibilidades terapêuticas de cura. Neste cenário, a situação fática representa a garantia para o médico pela adequação técnica das suas ações, associada ao prognóstico do próprio paciente. Porém a alternativa do risco judicial associado a esta mesma situação foi assinalada por dois médicos, pois pode persistir uma percepção de insegurança nesta situação. A alternativa associada ao risco judicial não foi escolhida apenas no cenário 3. Vale lembrar que, neste cenário, o paciente manifestava-se apenas por meio de um documento escrito. A vontade do paciente, estando documentada, pode ter dado a sensação de segurança ao profissional responsável pela decisão. Por outro lado, três médicos manifestaram que não levariam em consideração a vontade do paciente, mesmo que documentada por escrito, por falta de amparo legal.

Outros cinco médicos optaram pela alternativa de não levar em conta a vontade do paciente por ela ter sido obtida anteriormente, fora das circunstâncias reais do paciente. Esta alternativa estava presente apenas nos cenários 3 (um médico) e 4 (quatro médicos). Esta questão é discutida no sentido de que “as decisões tomadas com anterioridade nem sempre poderão ser as melhores e mais apropriadas para uma situação ainda não vivida” (8).

Avaliando o conjunto dos quatro cenários, pode-se verificar que a opinião publicizada dos médicos de Porto Alegre se associa com a vontade do paciente ser determinante no processo de tomada de decisão. Os médicos de Belém têm opiniões que variam conforme o cenário apresentado, mas se associam à necessidade da vontade do paciente ter o referendo de seus familiares ou não ser considerada pela falta de amparo legal ou pelo risco judicial associado.

Na outra questão apresentada, referente à não implantação ou retirada de uma medida terapêutica fútil, a maioria dos médicos posicionou-se no sentido de que ambas são justificáveis (83,5%). Foi verificada uma associação estatisticamente significativa ($P=0,01$) entre os médicos de Porto Alegre, que ambas as ações são justificáveis, e entre os de Belém, com apenas a não implantação ser justificada. Desde o ponto de vista jurídico e ético, esta questão vem sendo longamente discutida. Inúmeros autores apresentam argumentos que defendem a adequação de ambos os procedimentos, enquanto outros diferenciam o não implantar da retirada de uma medida terapêutica fútil (30). Outros autores (31,32) já haviam publicado dados em que os médicos afirmavam que a não implantação é uma conduta mais confortável que a suspensão de um tratamento já instituído. A posição publicizada pelos médicos participantes do estudo também reflete esta diversidade de opiniões.

Com relação aos fatores que podem influenciar o processo de tomada de decisão, em situações como as apresentadas neste estudo, os médicos participantes do estudo tiveram respostas muito variadas. Todos os 11 fatores apresentados foram selecionados.

Outra associação estatisticamente significativa ($P=0,006$) foi verificada entre os médicos que não praticam uma religião com a maior valorização dos aspectos religiosos do paciente no processo de tomada de decisão. Isso pode refletir outra associação também verificada, pois a prática religiosa do profissional teve uma associação estatisticamente significativa ($P<0,0001$) com o local de coleta. Os médicos de Belém (76,4%) tiveram uma frequência maior de prática religiosa que os de Porto Alegre (35,0%). Da mesma forma, os médicos de Porto Alegre tiveram uma associação significativa com os aspectos religiosos do paciente, enquanto os médicos de Belém tiveram com os aspectos religiosos do próprio profissional. A influência da cultura e religião dos médicos, nas decisões de final de vida também foi observada por Sprung *et al* (33), tendo esses autores evidenciado que 80% dos médicos, cuja afiliação religiosa era protestante, 70% dos médicos católicos, 66% dos médicos sem afiliação religiosa e 63% de judeus discutiam mais frequentemente quanto às decisões tomadas com familiares.

Os aspectos financeiros, seja do paciente, seja da instituição, seja do próprio profissional, foram pouco selecionados como fatores que influenciaram este tipo de decisão. Esta era uma questão muito discutida quando do início do uso das Diretivas Antecipadas de Vontade, na década de 1990, pois se pensava, à época, que os fatores financeiros poderiam ser determinantes (34).

Os cinco fatores mais selecionados pelos médicos participantes foram os aspectos éticos, legais, morais, técnicos e religiosos do paciente. Esta seleção de fatores demonstra a

interação entre os diferentes aspectos, quer associado ao médico (éticos e técnicos), quer ao paciente (religiosos), quer à sociedade (legais e morais). Esta integração demonstra a necessidade de que o processo de tomada de decisão seja entendido como multifatorial e complexo (35,36).

As Diretivas Antecipadas de Vontade são um importante instrumento para garantir a participação do paciente no processo de tomada de decisões, mesmo em situações em que esteja impedido de se comunicar diretamente com a equipe assistencial, especialmente com o seu médico (8). As respostas dadas pelos médicos participantes no estudo, em sua maioria, evidenciam esta perspectiva de respeito à autonomia, de decisão compartilhada, de participação. Isso rompe com a visão de que o médico deve basear a sua decisão no Princípio da beneficência, que pode entrar em conflito com o Princípio do respeito às pessoas, em especial da Autonomia do paciente (28). Esta interação permite uma ressignificação da relação médico-paciente, na qual a base é o reconhecimento de uma copresença ética que gera uma corresponsabilidade (37).

Conclusão

Com base nos dados obtidos com médicos participantes deste estudo, que atuam em Unidades de Terapia Intensiva em Belém do Pará e em Porto Alegre, é possível concluir que:

a) A maioria dos médicos, na abordagem dos cenários apresentados, optou pelas alternativas que levam em consideração a vontade do paciente, especialmente nos cenários em que não havia mais possibilidades terapêuticas de cura;

b) Houve uma equiparação nos resultados obtidos nos cenários em que a vontade do paciente era expressa por meio de Diretivas Antecipadas de Vontade e por aquele em que o paciente fez esta comunicação diretamente ao seu médico assistente;

c) A maioria dos médicos considerou necessária a manifestação da família para referendar a vontade do paciente, quando esta foi expressa de forma verbal por um familiar, na impossibilidade de comunicação direta com o médico. Mesmo nesta situação os médicos de Porto Alegre associaram-se com a manifestação do paciente ser determinante e os médicos de Belém, com a falta de amparo legal e os riscos judiciais associados;

d) A vontade manifestada pela família, considerada de forma isolada, não foi selecionada como alternativa em qualquer dos cenários apresentados;

e) A maioria dos médicos considera eticamente justificado tanto não implantar quanto retirar medidas terapêuticas fúteis. Foi verificada uma associação entre os médicos de Porto Alegre com ambas as alternativas e dos médicos de Belém apenas com a não implantação;

f) Os aspectos éticos, legais, morais e técnicos, além dos aspectos religiosos do paciente, foram os fatores considerados como mais importantes para o processo de tomada de decisão. Os médicos de Porto Alegre, que têm menor prática religiosa, tiveram uma associação significativa com os aspectos religiosos do paciente e com os aspectos técnicos, enquanto os médicos de Belém tiveram uma associação com os aspectos religiosos dos próprios profissionais.

Agradecimentos

Projeto realizado com apoio da CAPES e do FIPE/HCPA.

Referências

1. Hartog C, Peschel I, Schwarzkopf D, Al E. Are written advance directives helpful to guide end-of-life therapy in the intensive care unit? A retrospective matched-cohort study. *J Crit Care* [Internet]. Elsevier Inc.; 2014 Feb [cited 2014 Feb 16];29(1):128–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24331948>
2. Molina J, Pérez M, Herreros B, Martín M, Velasco M. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones previas entre los pacientes de un hospital público de la Comunidad de Madrid. *Rev clínica española* [Internet]. SEGO; 2011 Oct [cited 2012 Aug 21];211(9):450–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21813119>
3. Servin J. “ LA ORTOTANACIA Y EL TESTAMENTO VITAL EN LA LEGISLACIÓN DE MICHOACÁN .”[Michoacán]: Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo; 2010. p. 1–86.
4. Sittisombut S, Maxwell C, Love E, Sitthi-Amorn C. Physicians’ attitudes and practices regarding advanced end-of-life care planning for terminally ill patients at Chiang Mai University Hospital, Thailand. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2009 Mar [cited 2014 Apr 24];11(1):23–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19298305>
5. Tillyard ARJ. Ethics review: “Living wills” and intensive care--an overview of the American experience. *Crit Care* [Internet]. 2007 Jan [cited 2012 Aug 22];11(4):219. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2206532&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
6. Zabala Blanco J, Díaz Ruiz J. Reflexión sobre el desarrollo y utilidad de las instrucciones previas. *Semer - Med Fam* [Internet]. 2010 May [cited 2012 Aug 21];36(5):266–72. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359310000754>
7. Del Pozo Puente K, Hidalgo JL-T, Herráez MJS, Bravo BN, Rodríguez JO, Guillén VG. Study of the factors influencing the preparation of advance directives. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2014 [cited 2014 Jun 10];58(1):20–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23993265>

8. Clotet J. Reconhecimento e Institucionalização da Autonomia do Paciente: Um Estudo da the patient Self-Determination Act. *Rev Bioética*. 1993;1(2).
9. Gerais M, Bomtempo TV, Minas PUC, Mineira F, Cat U. Diretivas antecipadas : instrumento que assegura a vontade Advance directives : a tool that will ensure a die with. 2012;22–30.
10. Dadalto L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. *Rev Bioética*. 2013;21(1):106–12.
11. Kutner L. Due Process of Euthanasia : The Living Will , A Proposal. *Indiana Law J*. 1969;44(4):538–54.
12. US Government. PSDA: The patient self-determination act. Washington; 1990 p. 216–8.
13. Campos M et al. Testamento vital: percepção de pacientes oncológicos e acompanhantes. *Rev BIOETHIKOS - Cent Univ São Camilo -*. 2012;6(3):253–9.
14. Goldim J. Diretivas Antecipadas de Vontade Comentários sobre a Resolução 1955/2012 do Conselho Federal de Medicina/Brasil. 2012;1(c):1–4.
15. Franzen E, Genro BP, Goldim JR. CONSULTORIAS PROATIVAS DE BIOÉTICA CLÍNICA REALIZADAS EM CTIS EM 2011. *REV HCPA*. 2012;32:61.
16. Alves C. Diretivas antecipadas de vontade e testamento vital: considerações sobre linguagem e fim de vida. *Revista Jurídica*. 2013;89–110.
17. Leão S. TESTAMENTO VITAL : uma alternativa do Direito para uma morte digna. Pontificia Universidade Católica de Goiás; 2012. p. 152.
18. Godinho A. Diretivas antecipadas de vontade: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro. *RIDB*. 2012;2:945–78.
19. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
20. Brasil. Código Civil. Lei 10.406/2002. 2002.
21. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N° 1931/2009. Brasília, Conselho Federal de Medicina; 2009.
22. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1805/06. Brasília, Conselho Federal de Medicina; 2006.
23. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1995/2012 do CFM dispõe que pacientes terminais possam escolher, livre e autonomamente, a que tratamentos serão submetidos. Brasília; 2012.
24. Goldim JR. Portal de Bioética [Internet]. <http://www.xn--biotica-dya.ufgs.br/paternal.htm>. Available from: <http://www.bioética.ufgs.br/paternal.htm>

25. Coleman AME. Physician attitudes toward advanced directives: a literature review of variables impacting on physicians attitude toward advance directives. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2013 Nov 2 [cited 2013 Dec 9];30(7):696–706. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23125398>
26. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: 70; 2011.
27. Ramsey P. *The Patient as Person: Explorations in Medical Ethics* [Internet]. Yale University Press; 2002 [cited 2014 Jul 7]. Available from: <http://books.google.com/books?id=gzPpJJj8S7UC&pgis=1>
28. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics* [Internet]. Oxford University Press; 2001 [cited 2014 Jul 7]. Available from: http://books.google.com/books?id=_14H7MOw1o4C&pgis=1
29. Brasil. Lei nº 10.211, de 23.3.2001. Brasília; 2001.
30. Derse AR. Limitation of treatment at the end-of-life: withholding and withdrawal. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2005 Feb [cited 2014 Jul 7];21(1):223–38, xi. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15639048>
31. Camhi S, Mercado A, Morrison R, Al E. Deciding in the dark: Advance directives and continuation of treatment in chronic critical illness. *Crit Care Med*. 2009;37(3):919–25.
32. Athanazio R., Barbeta M., Bitencourt AGV, Neves FBCS, Torreão L., Agareno S, et al. Decisão de não introduzir ou de retirar tratamentos de suporte para pacientes terminais internados em unidades de terapia intensiva. *RBTI*. 2005;17(3):181–4.
33. Sprung CL, Reinhart K, Cohen SL, Fries DR. The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med*. 2007;33(January 1999):1732–9.
34. McMurray RJ, Clarke OW, Barrasso JA et al. Decisions near the end of life. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. *JAMA* [Internet]. 1992 [cited 2014 Jul 7]; 267(16): 2229-33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1372944>
35. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. *Rev da AMRIGS*. 2009;53(1):58–63.
36. Morin E. Complexidade e Liberdade. In: Morin E, Prigogine I, editors. *A sociedade em busca de valores*. Lisboa: Instituto Piaget; 1996. p. 239–54.
37. Lévinas E. *Entre nós: ensaios sobre a alteridade*. 2nd ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

7 CONCLUSÕES

Com base nos dados obtidos com médicos participantes deste estudo, que atuam em Unidades de Terapia Intensiva em Belém do Pará ou em Porto Alegre, é possível verificar que:

1. Quanto ao Conhecimento, a maioria dos participantes conhecia as Diretivas Antecipadas de Vontade;
2. Quanto ao Posicionamento, a maioria dos médicos:
 - a) Acataria a vontade do paciente manifestada por meio de Diretivas Antecipadas de Vontade, caso houvesse amparo legal;
 - b) Utilizaria as Diretivas Antecipadas de Vontade, sendo que a justificativa mais frequente foi o respeito à autonomia do paciente, enquanto a maior objeção foi à limitação que estes instrumentos acarretariam para o processo de tomada de decisão;
 - c) Levaria em consideração a vontade do paciente, especialmente nos cenários em que não havia mais possibilidades terapêuticas de cura;
 - d) Consideraria eticamente justificado tanto não implantar quanto retirar medidas terapêuticas fúteis;
3. Quanto aos Valores, a maioria dos médicos:
 - a) Equiparou a vontade expressa do paciente por meio de diretivas antecipadas à comunicação pessoal direta;
 - b) Considerou necessária a manifestação da família para referendar a vontade do paciente, quando esta foi expressa apenas de forma verbal por um familiar, na impossibilidade de comunicação direta com o médico;
 - c) Não considerou suficiente, de forma isolada, apenas a vontade manifestada pela família;
4. Quanto aos Fatores associados à tomada de decisão:
 - a) A maioria dos médicos reconheceu a necessidade de ter um amparo legal para as suas decisões, por meio de uma legislação específica sobre este tema, além da Resolução CFM 1995/2012;
 - b) Os mais importantes foram os aspectos éticos, legais, morais e técnicos, além dos aspectos religiosos do paciente;
5. Quanto ao desenvolvimento psicológico-moral:

a) Todos os médicos participantes do estudo tiveram desenvolvimento psicológico-moral compatível com tomar decisões no seu melhor interesse;

b) Todos os médicos com estágio Integrado, maior nível de desenvolvimento, acatariam a vontade do paciente. Os demais médicos, situados nos outros três estágios, dividiram-se entre acatar, talvez acatar e não acatar a vontade do paciente;

6. Quanto às características dos médicos que atuam em Belém do Pará ou em Porto Alegre:

a) A prática religiosa do médico e a necessidade de legislação das Diretivas Antecipadas de Vontade foram associadas a Belém, enquanto a formação especializada e a utilização destas diretivas, com Porto Alegre;

b) Os médicos de Porto Alegre, que tem menor prática religiosa, tiveram uma associação significativa com os aspectos religiosos do paciente e com os aspectos técnicos, enquanto os médicos de Belém tiveram uma associação com os aspectos religiosos dos próprios profissionais;

c) Não implantar ou retirar medidas terapêuticas fúteis foi associado aos médicos de Porto Alegre, enquanto os médicos de Belém tiveram associação apenas com a não implantação

d) Quando a vontade do paciente foi expressa de forma verbal apenas por um familiar, na impossibilidade de comunicação direta com o médico, os médicos de Porto Alegre associaram-se com a manifestação do paciente ser determinante e os médicos de Belém, com a falta de amparo legal e os riscos judiciais associados.

É possível concluir que os médicos participantes deste estudo conhecem e utilizariam as Diretivas Antecipadas de Vontade, mas reconhecem a necessidade de ter um amparo legal específico para esta questão. Os dados gerados neste estudo evidenciam que os médicos valorizam a vontade dos pacientes e buscam realizar decisões compartilhadas. Além disso, fica evidente a influência regional nos fatores associados ao processo de tomada de decisão.

É importante que haja uma autorreflexão dos profissionais envolvidos com estas questões, para que não se tornem seres meramente técnicos e tenham um olhar voltado para o doente como pessoa, que tem sua própria biografia, seus valores, suas crenças e seus desejos, e não apenas para a doença. Somente dessa forma seria possível se falar em uma relação médico-paciente humanizada, na qual a autonomia do paciente seria respeitada. Uma vez que, nos dias de hoje, o que se vivencia é o deslumbramento do homem pela tecnologia, fazendo

com que esta se sobreponha ao seu bom senso, a ponto de não mais discernir quanto ao limite de sua intervenção, traçando, com isso, uma luta desmedida contra a morte, na tentativa de impedi-la, quando esta apenas traduz a etapa final de todo um processo evolutivo do homem desde que nasce, inserindo-o numa posição de igualdade, sendo, portanto, inevitável.

8 APÊNDICES

Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa sobre tomada de decisão em Unidades de Terapia Intensiva.

Caso você aceite participar, serão coletados dados, por meio de instrumentos autopreenchidos. Um deles com questões que envolvem a atividade profissional em terapia intensiva 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 Unidade de Terapia Intensiva.

O pesquisador responsável por este projeto de pesquisa é o Prof. Dr. José Roberto Goldim (51-33597615) e a pesquisadora executante é a Dra. Edna Porfírio de Lima (91-81429939). 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.

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 Responsável

Assinatura do Pesquisador Responsável

Apêndice 2 - QUESTIONÁRIO

Código no estudo: _____

Data da entrevista: _____

Hospital: () HCPA () HUJBB () HOL () FSCMPA () HCGV () HMUE

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

Idade (anos): _____

Sexo: () masculino () feminino

Estado civil: () solteiro () casado () divorciado () viúvo

Pratica alguma religião? () sim () não Qual: _____

Naturalidade: _____

Faculdade de medicina onde se graduou: _____

CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS:

Atividade profissional: () médico rotineiro () plantonista () coordenador
() médico residente () professor/preceptor

Tempo de formado (anos): _____

Tempo de atividade em UTI (anos): _____

Titulação (como residente ou prova de especialista): _____

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 Unidade de Terapia Intensiva.

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 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.

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.

Apêndice 3 - ARTIGO 1 EM INGLÊS

Knowledge and Use of Advance Directives according to physicians who work at Intensive Care Units.

Authors:

Edna Porfírio de Lima¹

José Roberto Goldim²

Abstract

Advance Directives (AD) are statements written in advance by patients sharing their wishes and preferences in regard to medical treatment if they are no longer able to make decisions due to disease or incapability. In Brazil it has been established as adequate to the Brazilian medical practice since 2012 by the Conselho Federal de Medicina (CFM) (National Medical Council). There is support for such a norm in the Civil Code. The objective of this article is to evaluate the knowledge and possible use of the AD by physicians who work at Intensive Care Units (ICU) located in the cities of Belém do Pará and Porto Alegre. A total of 115 physicians working in ten ICUs participated in this research. Most of the physicians know and would use the AD. The most common justification for its use was to show respect for the autonomy of the patient and the most common objection was the restriction that could be inflicted upon the physician's decision. Most of the physicians declared themselves favorable to the necessity of having legal support to the advanced directives. Likewise, most of them would fulfill the will of the patient as long as there was some specific legislation.

Keywords: Intensive Care Units, Living Wills, Advance Directives; Decision Making

¹ Médica do Hospital Universitário João de Barros Barreto/UFPA, aluna do PPG em Medicina: Ciências Médicas/UFRGS, DINTER com Universidade Federal do Pará.

² Biólogo, Professor do PPG em Medicina: Ciências Médicas/UFRGS, Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência/Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Introduction

Advance Directives (AD) are statements written in advance by patients sharing their wishes and preferences in regard to medical treatment if they are no longer able to make decisions due to disease or incapability (1-5). It has been proposed in order to protect the patient's autonomy if one becomes incapable of making their own decisions in the future (6-9).

This document originated in the United States of America (USA) in 1967 and was named Living will by the American Society for Euthanasia (10-12). The first document so named was proposed by a lawyer from Chicago, Luis Kutner in 1969 in which one could record their will to refuse medical treatment if found in persistent vegetative state or terminally ill (13). Later on in 1976 in California a "Natural Death Act" is created, the first American law to acknowledge the right of the patient to refuse in advance to be kept alive by use of medical technology (8,14). However, only in 1991 with The Patient self-determination Act – PSDA (15), this document was then legalized in several North American states (8,11,12,14,16).

On the Australian continent, more precisely on the south of Australia, the AD started as part of the "Act Consenting to Medical and Palliative Care" a general law regarding the patient's rights approved in 1995 (11).

In Europe this tool found place in 1997 through the Convention for the Human Rights and Biomedicine known as "Oviedo Convention" when it states on the 9th article that the advance expressed will of the patient related to medical intervention will be regarded when the one is incapable of expressing their will at the time of the intervention (17,18). From that time on several members of the European Council signed the cited Convention being Spain, Portugal and Switzerland the first countries to confirm. Prior to this Convention, countries like Finland, Netherlands and Hungary had already acknowledged the AD in their legislation then coming Belgium and then Spain in 2002, England and Wales in 2005, France in 2005, Austria in 2006, Germany in 2009 and Portugal in 2012 (11).

Some countries such as Italy for instance are pursuing the issue for a possible approved legislation.

Among Latin American countries Puerto Rico legislates the advance directives since 2001 (11). In 2009, Uruguay and Argentina settled the issue (11,19,20).

In what refers to the perspectives in Brazil there is no specific legislation for the advance directives. Nevertheless the Brazilian Constitution of 1988 lays the foundation for the

validation of this tool on article 1, subparagraph III when it refers to the dignity of the human being; article 5 on the paragraphs approaching the issues referring to individual rights and duties and article 5, subparagraph III which refers to the prohibition of inhuman treatment (21). This resolution is also backed by article 15 of the Civil Code in 2002 which establishes that "Nobody should be impelled to undergo medical treatment or surgery risking their life" (22).

On the other hand, the National Medical Council, backed by the constitutional principles and on an attempt to safeguard the physician from the existing difficulties in the assistance of terminally ill patients in November 28th, 2006 published the Resolution n° 1805/2006, which ensures the physician to limit or withdraw treatment and procedures that prolong life in terminal phase of severe and incurable illness, as well as refers to the maintenance of indispensable care to sooth suffering. Being the cited resolution questioned by the National Public Ministry and suspended by an injunction from Federal Court - Justiça Federal considering such a procedure homicide alleging that limiting or withdrawal of treatment would mean to hasten the death of the patient. Although in 2010 Federal Court - Justiça Federal considered the quoted injunction to be groundless withdrawing the suspension of the resolution arguing that the National Medical Council is competent to edit a norm which deals with issues related to medical ethical and disciplinary consequences, therefore not dealing with penal code (23-25).

Subsequently, the new Medical Ethical Code approved by the Resolution from National Medical Council n° 1.931/2009 discusses about futile therapy in terminally ill patients providing on article 41, sole paragraph that in case of incurable and terminal illness the physician must offer all the available palliative care providing no useless or obstinate diagnostic or therapeutic action, always taking into account the patient's will or in case of incapability of a legal representative (26). Therefore, this resolution met not only the yearning of the medical class but also from all society about such a relevant theme i.e. the ending of life that has stirred much debate.

Next, the new Resolution 1995/2012 from National Medical Council made way for the discussion about end of life when the advance directives were specifically established. It defines on article 1 that advance directives as a set of wishes expressively manifested in advance by the patient about cares and treatment that they wish or do not wish to receive in the moment they are unable to freely and automatically express their will. On its article 2 this resolution establishes that in decisions regarding care and treatment of patients who are

incapable of communicating or freely and independently express their wishes, the physician will consider their advance directives (27).

According to Alves, Goldim et al. (16,28,29) this document has received multiple denominations, such as: biological will, bio testament, advance directives, previous instructions, advance declaration of will, terminal patient's previous declaration, advance declaration of treatment, explicit statement of own will, living will and others. However, for Alves (16) the translation of the term *living will* into *testamento vital* is a mistake, which could imply ambiguous interpretation of the document recoiling upon its actual importance. Since *will* refers to a declaration previously stated by a person but that should be put into effect after the death of that person, contrary to the advance directives which are previous manifestations of the wish of a person that should be put into effect while that person still lives.

This resolution details aspects that have been considered by CEM that establishes as one of its foundations the patient's autonomy, according to Alves, Goldim (16,28) when the patient's autonomy is acknowledged, the physicians is not deprived of his autonomy, on the contrary, it is possible to acknowledge the difference present in this relationship where the decisions must be shared.

Nowadays, the paternalist model of relationship between physician and patient still present in some physicians is many times seen as a result of pressure from the family driving such professionals to make decisions without asking the patient's preferences, supposing this is the best option for the these. Nevertheless, these decisions are questioned as to how much of them would really be according to the actual wishes of the patient while they are incapable (30).

Every day the intensive care physician faces difficult cases which demand a quick intervention. Such situations are tiresome to the professional and require discernment and common sense, for according to his positioning such decisions will imply in great losses besides much pain and suffering for the patients and their family members. For that reason, the professional should be prepared not just from a technical aspect but psychological and moral as well, in order to be able to make coherent decisions based upon moral values.

Several authors such as, Piaget, Kohlberg, Loevinger e Turiel sought to establish proposals to assess the capacity of an individual in making decisions. These authors besides establishing the psychological-moral development they have also made up proposals of theories about the moral judgment development, i.e. of the capacity of the individual to decide based upon moral arguments (31).

The psychological-moral development according to Loevinger is characterized in seven stages: Pre-social, Impulsive, Opportunist, Conformist, Conscientious, Autonomous and Integrated (32). The first three stages - Pre-social, Impulsive and Opportunist – identify those individuals who do not present that capacity yet and the other stages - Conformist, Conscientious, Autonomous and Integrated – identify those who can make decisions to their best interest.

The assessment of the psychological-moral development through an evaluation tool already validated (33), allows characterize the individuals who do or do not present the capacity to make decision to their best interest.

This capacity to make decision is the expression of the Principle of the Respect to People (34) which was later named the Principle of Autonomy (35). Autonomy is the base to ethical justification to the advance directives.

The objective of this article is to assess the knowledge and possible use of Advance Directives by physicians who work at Intensive Care Units located in the cities of Belém do Pará and Porto Alegre.

Method

This is a transversal study based on population involving six public hospitals five in Belém do Pará - Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), linked to Universidade Federal do Pará (UFPA); Hospital Ophir Loyola (HOL); Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA); Hospital de Clínicas Gaspar Viana (HCGV); Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE), both linked to the state public service – and one in Porto Alegre – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), linked to Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). All the Ethical Committees for Research in the institutions evaluated and approved the study.

A total of 115 professionals out of 129 who worked at the ICU of adult in these six institutions (55 from Belém and 60 from Porto Alegre) agreed to participate in the study, which was conducted from March to December 2013. Those physicians who worked in more than one ICU under observation were included just once. All of them signed the Term of Free and Informed Consent (TCLE).

In order to achieve the objective of this study two tools were used. The first being a self-completed questionnaire composed of social demographic data and features of the professional such as: hospital; age; sex; marital status; religious practice; type of religion;

birthplace; graduation college; professional activity; graduation time; ICU activity time and entitling plus questions related to the knowledge and use of Advance Directives.

The second previously validated tool pursued to assess the psychological-moral development of these professionals (33). This tool is composed of 30 sentences distributed in four sets, the participant must choose nine sentences according to his/hers personal characteristics. Each sentence is related to one of the seven stages of the psychological-moral development proposed by Loewinger (32,36). According to the participant's choice of sentences the different stages were individually classified (37).

The data was assessed in terms of quantity and quality. The collected data were evaluated through descriptive and inferential statistics. The associations were obtained through the Chi-square Test and the differences through Student t Test. The established significance level was 5% ($P < 0,05$). The SPSS system was used, version 18 for the performance of these evaluations. Qualitative assessments were performed using Bardin framework (38).

Results

The 115 participants in the research were between 26 and 63 years old, with mean age $40,59 \pm 9,06$. The age of physicians participating in Belém varied between 26 and 57 years old, with a mean age $40,05 \pm 8,82$. In Porto Alegre the participants were between 28 and 63 years old, with a mean age $41,08 \pm 9,24$. There was no significant statistical difference between the two groups ($P = 0,545$).

Most of the participants in the research was male (55,7%). Likewise the same predominance was seen in Belém (54,5%) and in Porto Alegre (56,7%), showing no significant statistical association ($P = 0,967$) related to the physicians origin or sex.

Regarding marital status, most of the physicians were married (55,7%), followed by single (32,2%) and divorced (12,2%). The same distribution happened in Belém and in Porto Alegre. No significant statistical association was seen between both places ($P = 0,578$).

Most of the participants declared to have some religious practice (54,8%). Comparison between the two groups though, showed significant statistical association ($P < 0,001$) for in Belém 76,4% said to practice some religion while in Porto Alegre only 35,0% gave this same answer. However, in relation to the practiced religion no significant statistical association between the groups was noticed ($P = 0,371$). In Belém (73,8%) and in Porto Alegre (66,6%) the predominant religion was Catholicism.

Among the participants only 10 (8,7%) were resident physicians, all the other 105 physicians had direct or indirect professional ties to the hospitals.

As to the time of graduation, the minimum was 2,5 years and the maximum 39 years, with a mean of $15,8 \pm 8,9$. Most of the physicians (66,9%) graduated more than 10 years earlier. This same distribution happened in Belém (65,5%) and in Porto Alegre (68,3%). There was no significant statistic association ($P=0,319$).

In relation to ICU time of activity the minimum was 0,4 years and the maximum 35 years, with a mean of $12,4 \pm 8,5$. Most of the professionals (50,4%) have worked at ICU for over 10 years, the same been observed in Belém (52,7%) and in Porto Alegre (48,3%). There was no significant statistic association ($P=0,763$).

Regarding to entitling most of the physicians were intensive care physicians (63,5%). The two other specialties were Intern Medicine (15,6%) and General Surgery (9,6%). In the group from Belém eight different specialties were verified, five clinical and three surgical. A group of seven doctors (12,7%) who work at ICU in Belém were classified as general doctors because they did not pursue any training posterior to their graduation in Medicine. In Belém the most representative specialties were Intensive Medicine (34,5%) and General Surgery (20,0%). In Porto Alegre the most representative of the four cited specialties in clinic were Intensive Medicine (90,0%) and Intern Medicine (13,3%). It is worth to remember that some professionals were skilled in more than one specialty. Three significant associations were noticed: the entitling in Intensive Medicine was associated to the group in Porto Alegre ($P<0,001$), while General Surgery ($P<0,001$) and the absence of specialized entitling ($P<0,005$) were associated to the group in Belém.

In relation to the psychological-moral development all the physicians participating showed compatible levels with the possibility to make decisions to the best of their interest. There was a distribution of the study participants in the four stages: Conformist (2,6%), Conscientious (45,2%), Autonomous (45,2%) and Integrated (6,9%). No significant statistic association was noticed ($P=0,708$) between the groups in Belém and Porto Alegre.

Regarding the question about knowledge and degree of knowledge of Advance Directives the distributions in both cities were similar. Most of the participants in the research (83,5%) asserted to know what advance directives are. No significant statistic association was noticed ($P=0,225$) between the participants in Belém (78,2%) and Porto Alegre (88,3%).

Among those who asserted to know about AD there was a predominance of those who had a low level of knowledge (46,9%), followed by those who had medium knowledge

(42,7%) and sufficient (10,4%). There was no significant statistic association ($P=0,748$) related to the degree of knowledge between the participants in Belém and Porto Alegre.

As to the use of the Advance Directives, most of the participants were favorable to their use (80,9%), followed by those who would maybe use them (14,8%) and only a small number, five doctors who chose the option to not use such procedures (4,3%). In this question there was a significant statistic association ($P=0,013$) between the answers “Yes” and “Porto Alegre” and “No” and “Belém”.

The open answers given by the participants allowed identifying eight different categories of justification for their positioning. The most cited justification by the participants who agreed to use the advance directives was the autonomy (67,7%). Only these physicians also highlighted the legal aspects (3,2%) and the ethical aspects (2,1%) as justification. Among the participants who asserted they would maybe use such measures, the most cited justification was that the directives could limit the decision (29,3%). The five physicians who would not use the directives presented different justifications, such as: lack of enlightenment and comprehension by the patient, religious aspects, family aspects and that such would limit the decision of the physician himself.

Regarding the necessity of a specific legislation besides the National Medicine Council Resolution (Res. CFM 1995/2012) to establish the criteria as to the use of the advance directives, most of the interviewed physicians (88,7%) answered affirmatively. Although the majority thinks it is necessary that there is a legislation, both in Belém (96,4%) and in Porto Alegre (83,1%) there is a significant statistic association ($P=0,045$) indicating that the group in Belém relates to this more legalistic position.

Through analysis of the participants' justifications it was possible to establish seven different categories. The most common was the one referring to having legal support for their decisions (53,9%), followed by the CFM Resolution itself (13,0%), then comes the relationship physician-patient-family (9,5%) and the judicial risks (7,8%). The other categories – patient's autonomy, society and technical aspects – had few answers.

If there were a specific legislation, most of the physicians (81,7%) would comply with the patient's previous manifestation making use the Advance Directives. It is worthwhile to highlight that a portion (16,5%) of the participants would maybe comply with the patient's previous manifestation even with legal support. It is remarkable that two doctors, one in Belém and another in Porto Alegre answered that they would not comply with the patient's wish, even having with legal support. There was no significant statistic association ($P=0,339$) among the answers and collecting place.

Discussion

Comparing physicians who work at ICU in Belém and Porto Alegre no difference between age, sex, marital state, religious practice, type of religion, time of graduation, time of ICU activity and psychological-moral development was noticed. The distinguishing characteristics between the two groups were religious practice and specialized entitling.

A larger number of physicians in Belém asserted kind of religious practice compared to the ones in Porto Alegre, but such association did not affect the answers regarding the use or not of the advance directives.

As regards the entitling, physicians who work in Belém have a broader diversity in specialized areas compared to the ones in Porto Alegre. Almost all the physicians who work at ICU in Porto Alegre (90,0%) are intensive care doctors whereas only one third of the active ICU physicians in Belém (34,5%) have such specialty. The noticed associations between the graduation in intensive medicine and the doctors from Porto Alegre and in general surgery or the absence of specialized qualification with the doctors from Belém show the regional specialties related to the qualification of professionals who work at ICU.

In the present study 83,5% of the physicians answered that they know the Advance Directives. Three other Brazilian studies assessed the doctors' knowledge of the document. In one study including 54 Brazilian physicians in 2011, 63,0% said they knew the AD, named living will in that study (39). In another sample including 100 doctors 46,0% said they knew about the theme (40). Finally, in another study involving 81 health professionals being 67 doctors and 14 nurses, only 26% said to have such knowledge (41). One of the reasons for the great difference noticed in Belém and Porto Alegre data regarding their knowledge of the advance directives could be the physicians' activity at ICU.

Among the physicians participating in this present study who know Advance Directives, most of them (80,3%) asserted the use of the directives. Statistically it's seen that the use of Advance Directives relates to physicians from Porto Alegre whereas physicians from Belém would not use advance directives, since the five physicians who answered they would not use the advance directives were from Belém. It is worthwhile recalling that only one of them was graduated in intensive care medicine. On the other hand, all the eight doctors who reached the Integrated stage of psychological-moral development, being five from Belém and three from Porto Alegre, answered that they would use such tools.

In a study performed in Spain including 194 physicians, most of them also expressed themselves favorable to the use of Advance Directives (42).

The justifications for using or not Advance Directives are similar to those seen at a systematic review which identified several factors that are determining for a positive or negative attitude of physicians toward this document. The consideration for the patient's wishes, that is, for their autonomy, the legal issues, the cultural and religious aspects, family's influence and a paternalist attitude from the professional expressed by the justifications that the physician's decision would be limited were present aspects in both studies (43).

The answers given by the participants to the questions about the need of legislation and to comply with the patient's wish, if there were a legislation, show how important the legal support is considered by the physicians which is seen in their open answers. It is evident in the answers given by the five doctors who had stated an unfavorable response to the use of directives but three of them chose the option to maybe comply with the patient's wish and the two other would comply with the patient's wish. In the same way, nine out of 17 doctors who had answered that maybe they would use the directives, would comply with the patient's wish if there were legislation. It is worthwhile recalling that the Civil Code on article 15 already ensures the free manifestation of the patient about medical treatment (22). The Resolution CFM 1995/2012 would create the chance to ensure that the will of the patient would be documented to be used when they were incapable of manifesting directly to the assisting team (29).

Contrary to this position the two physicians who had asserted not complying with the patient's wish even under legal support had answered that they were favorable to the use of Advance Directives.

It is worthwhile highlighting that all the eight doctors in the Integrated stage of psychological-moral development answered that they would comply with the patient's wish under legal support. The Integrated stage assumes the possibility of the effectively shared decision, from the concept of co-responsibility (29). The other physicians being situated in different stages of psychological-moral development were scattered among the three offered options related to complying with the patient's wish.

Conclusion

Based on data obtained from physicians participating in this study while working at intensive care units in Belém do Pará and in Porto Alegre, the followed is concluded:

- a) Most of the physicians knew the Advance Directives;

b) Most of the physicians answered that they would use the Advance Directives and their most frequent justification was to show respect for the patient's autonomy, while the greatest objection was the limitation such tools would create to the decision making process;

c) Most of the physicians acknowledged the need for legislation regarding the theme beyond the Resolution CFM 1995/2012. The need for legal support for their decisions was the most frequent justification;

d) Most of the doctors would comply with the patient's wish manifested through Advance Directives, if there were legal support;

e) There were associations noticed between both places of data collection of which physician's religious practice and the need for legislation of the Advance Directives were with Belém and the specialized qualification and the use of the directives were with Porto Alegre;

Acknowledgments

This Project was achieved in cooperation with CAPES e do FIPE/HCPA.

References

1. Hartog C, Peschel I, Schwarzkopf D, Al E. Are written advance directives helpful to guide end-of-life therapy in the intensive care unit? A retrospective matched-cohort study. *J Crit Care* [Internet]. Elsevier Inc.; 2014 Feb [cited 2014 Feb 16];29(1):128–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24331948>
2. Molina J, Pérez M, Herreros B, Martín M, Velasco M. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones previas entre los pacientes de un hospital público de la Comunidad de Madrid. *Rev clínica española* [Internet]. SEGO; 2011 Oct [cited 2012 Aug 21];211(9):450–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21813119>
3. Servin J. “ LA ORTOTANACIA Y EL TESTAMENTO VITAL EN LA LEGISLACIÓN DE MICHOACÁN .”[Michoacán]: Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo; 2010. p. 1–86.
4. Marco CA, Schears RM. Death, dying, and last wishes. *Emerg Med Clin North Am* [Internet]. 2006 Nov [cited 2013 Nov 19];24(4):969–87. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16982348>
5. Sittisombut S, Maxwell C, Love E, Sitthi-Amorn C. Physicians’ attitudes and practices regarding advanced end-of-life care planning for terminally ill patients at Chiang Mai University Hospital, Thailand. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2009 Mar [cited 2014 Apr 24];11(1):23–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19298305>
6. Tillyard ARJ. Ethics review: “Living wills” and intensive care--an overview of the American experience. *Crit Care* [Internet]. 2007 Jan [cited 2012 Aug 22];11(4):219. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2206532&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
7. Zabala Blanco J, Díaz Ruiz J. Reflexión sobre el desarrollo y utilidad de las instrucciones previas. *Semer - Med Fam* [Internet]. 2010 May [cited 2012 Aug 21];36(5):266–72. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359310000754>
8. Clotet J. Reconhecimento e Institucionalização da Autonomia do Paciente: Um Estudo da the patient Self-Determination Act. *Rev Bioética*. 1993;1(2).
9. Del Pozo Puente K, Hidalgo JL-T, Herráez MJS, Bravo BN, Rodríguez JO, Guillén VG. Study of the factors influencing the preparation of advance directives. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2014 [cited 2014 Jun 10];58(1):20–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23993265>
10. Gerais M, Bomtempo TV, Minas PUC, Mineira F, Cat U. Diretivas antecipadas : instrumento que assegura a vontade Advance directives : a tool that will ensure a die with. 2012;22–30.
11. Dadalto L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/2012. *Rev Bioética*. 2013;21(1):106–12.

12. Rocha A da, Buonicore G, Silva A, Vaske T et al. Declaração prévia de vontade do paciente terminal : reflexão bioética. *Rev Bioética*. 2013;21(1):84–95.
13. Kutner L. Due Process of Euthanasia : The Living Will , A Proposal. *Indiana Law J*. 1969;44(4):538–54.
14. Campos M et al. Testamento vital: percepção de pacientes oncológicos e acompanhantes. *Rev BIOETHIKOS - Cent Univ São Camilo -*. 2012;6(3):253–9.
15. US Government. PSDA: The patient self-determination act. Washington; 1990 p. 216–8.
16. Alves C. Diretivas antecipadas de vontade e testamento vital: considerações sobre linguagem e fim de vida. *Revista Jurídica*. 2013;89–110.
17. Saralegui Reta, J.L. Monzón Marín MCM. Instrucciones previas en medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2004;28(5):256–61.
18. Simó PA. Revisando el llamado “testamento vital.” *Cuad Bioét*. 2010;169–83.
19. Leão S. TESTAMENTO VITAL : uma alternativa do Direito para uma morte digna. Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2012. p. 152.
20. Godinho A. Diretivas antecipadas de vontade: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro. *RIDB*. 2012;2:945–78.
21. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
22. Brasil. Código Civil. Lei 10.406/2002. 2002.
23. Sanches K, Seidl E. uma decisão frente à terminalidade. *Comun Saúde e Educ*. 2013;17(44):23–34.
24. Batista K, Seidl E. Estudo acerca de decisões éticas na terminalidade da vida em unidade de terapia intensiva. *Com Ciências Saúde*. 2011;22(1):51–60.
25. Lima PM de S. Aspectos éticos e legais da aplicabilidade da ortotanásia. *Jus Soc*. 2010;3(jan-jun):58–77.
26. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N° 1931/2009. Brasília, Conselho Federal de Medicina; 2009.
27. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1995/2012 do CFM dispõe que pacientes terminais possam escolher, livre e autonomamente, a que tratamentos serão submetidos. Brasília; 2012.
28. Goldim JR. Diretivas Antecipadas de Vontade Comentários sobre a Resolução 1955/2012 do Conselho Federal de Medicina/Brasil. 2012;1(c):1–4.

29. Alves C, Fernandes M, Goldim J. Diretivas antecipadas de vontade : um novo desafio para a relação médico- paciente. *rev HCPA*. 2012;32(3):358–62.
30. Goldim JR. Portal de Bioética [Internet]. <http://www.xn--biotica-dya.ufrgs.br/paternal.htm>. Available from: <http://www.bioética.ufrgs.br/paternal.htm>
31. Goldim JR. O Consentimento Informado e a adequação de seu uso na pesquisa em seres humanos. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1999.
32. Loevinger J, Wessler R. Measuring ego development: 1. Construction and use of a sentence completion test. San Francisco: Jossey-Bass; 1970.
33. Souza E. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. *Bol da Soc Psicol do Rio Gd do Sul*. 1968;5–16.
34. Research NC for the P of HS of B and B. The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. . Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012; 1978.
35. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics [Internet]. Oxford University Press; 2001 [cited 2014 Jul 7]. Available from: http://books.google.com/books?id=_14H7MOw1o4C&pgis=1
36. Loevinger J. The meaning and measurement of ego development. *Am Psychol* [Internet]. 1966 [cited 2014 Jul 7];21(3):195–206. Available from: <http://content.apa.org/journals/amp/21/3/195>
37. Goldim JR, Clotet J, Ribeiro JP. Adequacy of informed consent in research carried out in Brazil. *Eubios J Asian Int Bioeth*. 2007;17:177–80.
38. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: 70; 2011.
39. Piccini CF, Steffani JA, Bonamigo ÉL, Bortoluzzi MC, Schlemper Jr. BR. Testamento Vital na perspectiva de médicos , advogados e estudantes a. *Rev BIOETHIKOS - Cent Univ São Camilo* -. 2011;5(4):384–91.
40. Stolz C, Gehlen G, Bonamigo E, Bortoluzzi M. Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia. *Rev Bioética*. 2011;19(3):833–45.
41. Rossini R de C, Oliveira V de, Fumis R. Testamento vital: sua importância é desconhecida entre os profissionais da saúde. *Rev Bras Med*. 2013;70:4–8.
42. Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez M, Vázquez-Vicente A, Al E. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Atención Primaria* [Internet]. 2008 Feb [cited 2012 Aug 21];40(2):61–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656708702750>
43. Coleman AME. Physician attitudes toward advanced directives: a literature review of variables impacting on physicians attitude toward advance directives. *Am J Hosp*

Palliat Care [Internet]. 2013 Nov 2 [cited 2013 Dec 9];30(7):696–706. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23125398>

Apêndice 4 - ARTIGO 2 EM INGLÊS

Advance directives and making decision process seen by the perspective of physicians who work at Intensive Care Units

Authors:

Edna Porfírio de Lima¹

José Roberto Goldim²

Abstract

Advance Directives (AD) that are the documentation of the patient's will regarding diagnostic or therapeutic measures if they are not able to make decisions anymore due to disease or incapability. Since 2012 the Conselho Federal de Medicina (CFM) (National Medical Council) has established the use of AD as adequate to the Brazilian medical practice. The Civil Code grants support to this Resolution. The objective of this article is to identify factors which could possibly interfere with physicians making decision at work at intensive care units when required to use Advanced Directives. A total of 115 physicians working in ten ICUs located in the cities of Belém do Pará and Porto Alegre took part in this study. Most of the physicians said they would regard the will of the patients in four different assisting settings. Likewise, the physicians considered it ethically justifiable both the implantation and the withdrawal of therapeutic measures. Beyond the patients' religious aspects the factors that most interfere in making decision are the ethical, legal, moral and technical aspects.

Keywords: Intensive Care Units. Living Wills. Advance Directives. Decision Making

¹ Médica do Hospital Universitário João de Barros Barreto/UFPa, aluna do PPG em Medicina: Ciências Médicas/UFRGS, DINTER com Universidade Federal do Pará.

² Biólogo, Professor do PPG em Medicina: Ciências Médicas/UFRGS, Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência/Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Introduction

The advance directives (AD) are previously recorded statements by patients about their wishes and treatment preferences if they become incapable, be it because of illness or any other condition that may hinder their decision making (1-4). Its objective is to protect the patient's autonomy in future circumstances when they are obstructed to exercise their own will (5-8).

This tool first originated in the United States of America (USA) in 1967, with the expression Living will (9,10). Nevertheless, only in 1969, attorney Luís Kutner proposed the first document so named (11). Afterwards, in California in 1976 springs the "Natural Death Act", the first American law to acknowledge the patient's right to refuse to be kept alive by use of medical technology. In 1991, issuing the patient's self-determination federal law (12), this document started to become legal in several North American states (8,13).

According to Goldim, Alves (14,16) the North American term living will, translated as *testamento vital* has received multiple names, such as: biological testament, bio-testament, previous instructions, advance directives, advance will declaration, terminal patient's previous statement, advance treatment declaration, explicit manifestation of will and others.

Several countries around the world have legalized the AD, such as: South Australia, Spain, Portugal, Switzerland, Finland, Netherlands, Hungary, Belgium, England, Wales, France, Austria and Germany (10). In Latin America: Puerto Rico, Uruguay and Argentina(10,17,18).

In Brasil there is no specific legislation to AD, however, it find support in the Constituição Federal Brasileira of 1988, on its articles 1, paragraph III, which refers to the dignity of the human being; article 5 on paragraphs that approach issues related to individual right and article 5, paragraph III which refers to the prohibition of inhuman treatment (19). Furthermore, this resolution is backed by article 15 of the Civil Code - Código Civil in 2002 which establishes that "Nobody should be impelled to undergo medical treatment or surgery risking their life" (20).

It is worthwhile highlighting that two other resolutions by the Medicine National Council - Conselho Federal de Medicina (CFM) preceded the latter and somehow had an important role in the establishment of this resolution, they are: the Resolution nº. 1805/06 which refers to orthothanasia and Resolution nº 1.931/09 of the new Medical Ethical Code - Código de Ética Médica (CEM) which discusses futile therapy in terminal patients (21,22).

Following, the new Resolution 1995/12 by CFM made way to the discussion about end of life by specifically establishing the AD. It defines on article 1 that Advance Directives as a set of wishes expressively manifested in advance by the patient about cares and treatment that they wish or do not wish to receive in the moment they are unable to freely and automatically express their will. On its article 2 this resolution establishes that in decisions regarding care and treatment of patients who are incapable of communicating or freely and independently express their wishes, the physician will consider their Advance Directives (23).

This resolution details aspects that have been approached by CEM which establishes the patient's autonomy as one of its foundations, for according to Goldim, Alves (14,16) when acknowledging the patient's autonomy the physician is not destitute of his own, yet it is possible to acknowledge the difference present in this relationship where decisions can be shared.

Nowadays, the paternalist model of doctor-patient relationship still present in some professionals many times is a result of pressure from the family, under which, such physicians decide not to seek to know the patient's preference assuming that it is best for the these. Nevertheless, the question remains as to how much of such decisions would agree to the actual wishes of the patient when incapable of expressing them (24).

In a daily bases it is not rare for the intensive care physician to face difficult cases demanding a quick intervention. Such situations are tiresome to the professional and require discernment and common sense, for according to his positioning such decisions will imply in great losses besides much pain and suffering for the patients and their family members. For that reason, the professional should be prepared not just from a technical aspect but psychological and moral as well, in order to be able to make coherent decisions based upon moral values.

Research has shown that several factors have influenced physicians attitudes regarding AD, highlighting: respect for the patient's wishes; legal issues; cultural and religious aspects; family influence; paternalist attitude from the professional; fear of committing euthanasia; previous experience with AD; lack of knowledge regarding AD and physician's values (25).

The objective of this article is to identify possible factors which may interfere with the process of decision of doctors who work at intensive care units relating to the use of Advance Directives.

Method

This is a transversal study based on population involving six public hospitals, five in Belém do Pará - Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), linked to Universidade Federal do Pará (UFPA); Hospital Ophir Loyola (HOL); Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA); Hospital de Clínicas Gaspar Viana (HCGV); Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE), both linked to the state public service – and one in Porto Alegre –Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), linked to Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). All the Ethical Committees for Research in the institutions evaluated and approved the study.

A total of 115 professionals out of 129 who worked at the ICU of adult patients in these six institutions (55 from Belém and 60 from Porto Alegre) agreed to participate in the study, from March to December 2013. Those physicians who worked in more than one ICU under observation were included just once. All of them signed the Term of Free and Informed Consent (TCLE).

In order to achieve the objective of this study a self-completed questionnaire was used specifically for this study, composed of social demographic data and features of the professional such as: hospital; age; sex; marital status; religious practice; type of religion; birthplace; graduation college; professional activity; graduation time; ICU activity time and entitling, plus questions involving four different clinical settings to assess these professionals' positioning, questions about introducing or withdrawing therapeutic measures to and from a patient. The tool presented a final question about factors that can influence on a decision. Also there was some space for commentaries that the participant thought pertinent to the theme.

Collected data were evaluated in quantitative manner by descriptive and inferential statistics and in qualitative manner by using referential by Bardin (26). The associations were obtained through the Qui-square Test and the differences through Student t Test. The established significance level was 5% ($P < 0,05$). The SPSS system was used, version 18 for the performance of these evaluations.

Results

The 115 participants in the research were between de 26 a 63 years old, with mean age $40,59 \pm 9,06$. Most of the participants in the research was male (55,7%). There was no significance statistic difference between physicians from Belém and from Porto Alegre in these variables ($P > 0,05$).

Most of the participants declared to have some religious practice (54,8%) mainly catholic. Comparison between the two samples though, showed significant statistic association ($P < 0,001$), since in Belém (76,4%) the physicians asserted to having for religious practice than the ones in Porto Alegre (35,0%).

Regarding to entitling most of the physicians were intensive care physicians (63,5%). The two other specialties were Intern Medicine (15,6%) and General Surgery (9,6%). Three significant associations were noticed: Intensive Medicine entitling was associated to the group in Porto Alegre ($P < 0,001$), whereas General Surgery ($P < 0,001$) and the lack of specialized entitling ($P < 0,005$) to the group in Belém.

Four settings of decision making were introduced to the participant physicians in intensive care units listing different ways of using Advance Directives with and without healing therapeutic possibilities to the patient. The participants should choose one of the various alternatives previously established.

In the first setting presented it was requested the doctor's positioning regarding a patient who refused to authorize a certain procedure when still fully capable and having healing therapeutic possibilities. Among the six possible alternatives, most of the physicians answered that the patient's wish would be determinant to the decision (54,8%). Another considerable portion of participants said that the patient's wish could influence, but not define, the decision (29,6%). Other physicians accepted that the patient's wish could be taken into account if attested by the family's positioning (9,6%). The other seven doctors chose the alternatives in which the patient's wish would not be considered due to lack of legal support (1,7%) or because of the legal risk involved (4,3%). None of the physicians chose the alternative in which only the family members' opinion would be considered in the decision making process.

Therefore, it is worthwhile to highlight that most of the physicians (94,0%) would consider the patient's wish in different degrees of participation. There was a significant statistic association ($P = 0,004$) among the physicians from Porto Alegre in considering the patient's wish as determinant, likewise the physicians from Belém with the family attesting to the patient's wish.

Setting two had the same features except that in this case the patient was out of healing therapeutic possibilities. The same pattern of distribution of the former setting was kept. Most of the physicians chose the alternative where the patient's will would be considered as determinant in making decision (80,0%). Two other alternatives, the patient's will influencing the process (8,7%) and the need for the family attesting to the patient's will (8,7%) had equal

amount of answers. Only two doctors from Belém repeated the apprehension of the associated legal risks (1,7%). No significant statistic association was noticed in the variables ($P = 0,086$). The same perspective of the former setting was kept since most (97,4%) of the physicians would consider the patient's will in different degrees of participation.

The third setting described that the patient was out of healing therapeutic possibilities and restricted procedures and the patient's will had been previously stated via written document. Most of the physicians (96,5%) would consider the patient's will in different degrees of participation, having more highlight patient's will being determinant (71,3%), followed by the family attesting to the patient's will (17,4%) and by the influence of the will in the decision making (7,8%). Just three doctors from Belém chose not to consider this manifestation of the will due to lack of legal support (2,6%). A new alternative was added to this setting which proposed that the patient's will could not be considered because the decision had been made out of the set of circumstances, being chosen by only one physician (0,9%). Again, there was a significant statistic association ($P=0,003$) among the physicians from Porto Alegre in considering the patient's wish as determinant, likewise the physicians from Belém with the family attesting to the patient's wish.

The fourth and last setting proposed kept the diagnosis that the patient was out of healing therapeutic possibilities and the restriction to the procedure. However, the patient's will was only orally expressed to a family member who then communicated to the medical team. These circumstances altered the pattern of answers given before. Most of the physicians (86,1%) would comply with the patient's will in different degrees of participation. The most common alternative was to consider the patient's will if attested by the family (37,4%), followed by the patient's will influence but does not define the decision making (26,1%) and then the patient's will being determinant (22,6%). There was greater proximity of frequencies between these three alternatives than the ones seen in the other settings. Other physicians chose not to consider this will due to lack of legal support (5,2%) and to legal risk associated (5,2%). The alternative that disregards this manifestation of will because it was made out of a set of real circumstances was also used (3,5%). There was a significant statistic association ($P = 0,001$) of the physicians in Porto Alegre to the will being determinant to the decision and the ones in Belém to the lack of legal support and the legal risk associated.

When the physicians being interviewed were questioned about the ethical justification to not introduce or withdraw futile therapeutic measures, the majority positioned that both are justifiable (83,5%). Considering only introducing therapy as justifiable was the second option (13,0%), mainly among physicians from Belém. Only one doctor from Porto Alegre chose

that only withdrawal is justifiable. The option for both actions being not justifiable was chosen by only three physicians all from Belém. A significant statistic association was verified ($P = 0,001$) among physicians in Porto Alegre and that both actions are justifiable and the ones from Belém with only not introducing therapy being justifiable.

In order to better understand decision making process, 11 different aspects were introduced that could be associated to the proposed situations. Each participant could select one or more aspects according to their own personal perception. The five aspects that had more than 50% positive answers were: ethical aspects (94,8%), legal aspects (88,7%), moral aspects (73,9%), technical aspects (67,0%) and religious aspects of the patient (52,2%). The other six aspects had frequency under 50%: deontological-professional aspects (28,7%), religious aspects of the professional (18,3%), financial aspects of the patient (14,8%), educational aspects (14,8%), financial aspects of the institution (10,4%), financial aspects of the professional (1,7%).

Only three significant statistic associations were verified in the selection of aspects comparing the two groups of physicians. The physicians from Porto Alegre had associations statistically significant with technical aspects ($P=0,017$) and religious aspects of the patients ($P=0,003$). The physicians from Belém had an association statistically significant with religious aspects of the professional ($P=0,047$).

Discussion

In all settings introduced to the physicians who work at intensive care units the patient's will was taken into account in different degrees of participation varying from 86,1% (setting 4) to 97,4% (setting 2). This is a reflection of the growing appreciation of the principle of Respect for the Person, especially of their autonomy which is under discussion from an ethical point of view since 1970 (27,28) and has been carried out through the changes introduced to the new Civil Code - Código Civil of 2002, specially on article 15 (20) and the Medical Ethics Code of 2009 (21). This ethical, moral and legal base of adjustment was expressed in the obtained results.

In the four settings introduced, decision making process had three different perspectives which were influenced by the way the patient's will was communicated and by the existence or non-existence of healing therapeutic possibilities, that is, of the procedure being seen as futile or not.

In the second and third settings the alternative of the patient's will being determinant was chosen by an expressive number of doctors (80,0% e 71,3% respectively). This can be

explained in these settings because the patient is out of healing therapeutic possibilities and expresses directly to the physician, either orally or by written document, the wish to not have any procedures performed. These answers make clear the importance of the Advance Directives, because if there is no direct communication from the patient to the physician, their will expressed on some kind of document or record is equally determinant. The Resolution CFM 1995/2012 establishes this equalization exactly (23).

In the first setting, most of the physicians would take the patient's will as determinant, in a lower frequency though (54,8%). In this setting the patient's will concerning not performing any procedure is also directly expressed to the physician but healing therapeutic possibilities still remain. The technical and ethical aspects related to this setting where the procedure is not seen as futile can explain the reduction in selection of the alternative where the patient's will is determinants. The legal aspects endorse this positioning because the Civil Code - Código Civil ensures the patient decision power regarding medical procedures (20).

In the fourth setting there are no healing therapeutic possibilities and the patient's will is orally expressed by a family member. In this situation the alternative that establishes that the patient's will is determinant is no longer the most selected (22,6%). The most selected option in this setting was that the patient's will would be considered if attested by family members (37,4%). The lack of direct communication between patient and doctor and the absence of a document registering the patient's will can explain this difference in the choice of physicians even in a setting where there is no healing therapeutic possibilities. The need for validation of the patient's will by their family assures the physician when deciding because they would represent the patient when authorizing or not the performance of a procedure.

None of the doctors, in any of the presented settings chose the alternative where only the family members' opinion would be considered. This alternative designs the destitution of the patient's will and autonomy. Even in setting 4, in which the patient's will is only orally reported by a family member, none of the physicians chose to take into account only the family. In this setting the favorite option (37,4%) was to consider the patient's will attested by the family. Paradoxically, this is the position of the current Law of Transplants – Lei de Transplantes, on article 4, currently valid in Brazil (29), in which only the will of the family is taken into account.

Not considering the patient's will due to lack of legal support or risk were the least chosen option in the present study. In setting one and four few doctors, two to six physicians in each option, chose these alternatives. The lack of legal support alternative was not chosen

only in the second setting in which the patient communicates straight to the physician a refusal in a situation where one is out of healing therapeutic possibilities.

In this setting the phatic situation represents the guarantee for the physician because of the technical adjustment of his actions, associated to the prognosis of the patient itself. Nevertheless, the alternative of legal risk associated to this same situation was checked by two physicians because there may remain a perception of insecurity in this situation. The alternative related to legal risk was not chosen only in setting 3. It is worthwhile recalling that in this setting the patient manifests his will using a written document. The patient's will being documented may have made the professional in charge of the decision feel safe. On the other hand, three physicians revealed that they would not take into account the patient's will, even when by written documentation, due to the lack of legal support.

Five other physicians chose the alternative of not taking the patient's will into account because it was expressed prior out of the actual circumstances of the patient. This alternative was presented only in setting 3 (one physician) and 4 (four physicians). This question is debated in terms of "decisions previously made may not always be the best or most appropriate choice for a situation not yet experienced"(8).

In evaluating the set of four settings, can see that the opinion divulged by the physicians from Porto Alegre relates to the will of the patient being determinant in the process of decision making. Physicians from Belém vary in opinion according to the presented setting but relate to the need of the family attesting to the will of the patient or this will not being taken into account due to lack of legal support or legal risk associated.

In the other question referring to the introduction or withdrawal of a futile therapeutic measure, most of the physicians found both justifiable (83,5%). A significant statistic association was seen ($P=0,01$) among physicians from Porto Alegre that both actions are justifiable and the physicians from Belém pointing that just the non-introduction being justifiable. From a legal and ethical point of view this issue has been long debated. Countless authors present arguments that are for the accommodation of both procedures while others differentiate not implanting from withdrawal of a futile therapeutic measure (30). Other authors (31,32) had already published data in which physicians claim that not implanting is a more comfortable action than the withdrawal of a treatment that had already been introduced. The position divulged by the physicians participating in this study also reflects this diversity in opinions.

In regard to the factors that can influence the decision making process in situations like the ones presented in this study, the physicians had a variety of answers. All of the 11 presented factors were chosen.

Another significant statistic association ($P=0,006$) was noticed among physicians who do not have any religious practice valuing the religious aspects of the patient in the decision process. That may reflect another noticed association because the religious practice of the professional had a significant statistic association ($P<0,001$) to the local of data collection. Physicians from Belém (76,4%) had a higher presence of religious practice than the ones from Porto Alegre (35,0%). Similarly, physicians from Porto Alegre significantly associated to the religious aspects of the patient, whereas physicians from Belém to the religious aspects of the professional himself. The influence of culture and religion of physicians on end of life decisions were also observed by Sprung et al (33), having being noticed by these authors that 80% of protestant physicians, 70% catholic, 66% no religious affiliation, and 63% of Jews discussed more often with family members about the decisions to be made.

Financial aspects neither from patient, institution or professional were often chosen as influential factors to this kind of decision. This was a much debated issue when Advanced Directives started being used in the 90s when people thought the financial aspects could be determinant (34).

The five factors the participating physicians most chose were: ethical, legal, moral, technical and religious of the patient. This choice of factors shows the interaction between different aspects whether they be associated to the physician (ethical and technical), to the patient (religious) and to society (legal and moral). This integration demonstrates the need for an understanding of the decision making process as one involving multi factors and complex (35,36).

The advance directive is an important tool to ensure the participation of the patient in the process of decision making, even in situations when they are unable to communicate directly to the aiding team, specially the doctor (8). The answers of the participating physicians mostly demonstrate the perspective of respect to the autonomy, shared decision, and participation. It breaks with the idea that the physician must ground his decision on the Principle of beneficence - Princípio da beneficência which may come into conflict with the Principle of Respect for People - Princípio do Respeito às Pessoas, specially of the Autonomy of the patient (28). This interaction allows a new meaning to the relationship doctor-patient in which the base is the acknowledgement of an ethical co-presence which brings a co-responsibility (37).

Conclusion

Based on data obtained from physicians participating in this study while working at intensive care units in Belém do Pará and in Porto Alegre, the following is concluded:

a) Most of the physicians in the presented settings approach chose the alternatives that take into account the patient's will, especially in those settings in which there was no healing therapeutic possibilities anymore;

b) There was an equalization in results obtained in the settings in which the patient's will was expressed via Advance Directives and in the one in which the patient communicated directly to his assisting physician;

c) Most of the physicians thought the manifestation of the family attesting to the patient's will was needed when it was orally expressed by a family member being the patient incapable of directly communicating with the physician. Even in such situation the physicians from Porto Alegre associated to the manifestation of the patient as being determinant while physicians from Belém associated to the lack of legal support and related legal risks;

d) The family's manifested will was not selected as an alternative in any of the presented settings;

e) Most of the physicians consider it ethically justifiable both the non-introduction and the withdrawal of futile therapeutic measures. Physicians from Porto Alegre were notably associated to both alternative and physicians from Belém with only the non-introduction alternative;

f) The ethical, legal, moral and technical aspects besides the religious aspects of the patient were the considered as most important factors to the decision making process. Physicians from Porto Alegre who have smaller religious practice had a significant statistic association with the religious aspects of the patient whereas physicians from Belém associated to the religious aspects of the professional themselves.

Acknowledgments

This Project was achieved in cooperation with CAPES e do FIPE/HCPA.

References

1. Hartog C, Peschel I, Schwarzkopf D, Al E. Are written advance directives helpful to guide end-of-life therapy in the intensive care unit? A retrospective matched-cohort study. *J Crit Care* [Internet]. Elsevier Inc.; 2014 Feb [cited 2014 Feb 16];29(1):128–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24331948>
2. Molina J, Pérez M, Herreros B, Martín M, Velasco M. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones previas entre los pacientes de un hospital público de la Comunidad de Madrid. *Rev clínica española* [Internet]. SEGO; 2011 Oct [cited 2012 Aug 21];211(9):450–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21813119>
3. Servin J. “ LA ORTOTANACIA Y EL TESTAMENTO VITAL EN LA LEGISLACIÓN DE MICHOACÁN .”[Michoacán]: Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo; 2010. p. 1–86.
4. Sittisombut S, Maxwell C, Love E, Sitthi-Amorn C. Physicians’ attitudes and practices regarding advanced end-of-life care planning for terminally ill patients at Chiang Mai University Hospital, Thailand. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2009 Mar [cited 2014 Apr 24];11(1):23–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19298305>
5. Tillyard ARJ. Ethics review: “Living wills” and intensive care--an overview of the American experience. *Crit Care* [Internet]. 2007 Jan [cited 2012 Aug 22];11(4):219. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2206532&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
6. Zabala Blanco J, Díaz Ruiz J. Reflexión sobre el desarrollo y utilidad de las instrucciones previas. *Semer - Med Fam* [Internet]. 2010 May [cited 2012 Aug 21];36(5):266–72. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359310000754>
7. Del Pozo Puente K, Hidalgo JL-T, Herráez MJS, Bravo BN, Rodríguez JO, Guillén VG. Study of the factors influencing the preparation of advance directives. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2014 [cited 2014 Jun 10];58(1):20–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23993265>
8. Clotet J. Reconhecimento e Institucionalização da Autonomia do Paciente: Um Estudo da the patient Self-Determination Act. *Rev Bioética*. 1993;1(2).
9. Gerais M, Bomtempo TV, Minas PUC, Mineira F, Cat U. Diretivas antecipadas : instrumento que assegura a vontade Advance directives : a tool that will ensure a die with. 2012;22–30.
10. Dadalto L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. *Rev Bioética*. 2013;21(1):106–12.
11. Kutner L. Due Process of Euthanasia : The Living Will , A Proposal. *Indiana Law J*. 1969;44(4):538–54.

12. US Government. PSDA: The patient self-determination act. Washington; 1990 p. 216–8.
13. Campos M et al. Testamento vital: percepção de pacientes oncológicos e acompanhantes. *Rev BIOETHIKOS - Cent Univ São Camilo* -. 2012;6(3):253–9.
14. Goldim J. Diretivas Antecipadas de Vontade Comentários sobre a Resolução 1955/2012 do Conselho Federal de Medicina/Brasil. 2012;1(c):1–4.
15. Franzen E, Genro BP, Goldim JR. CONSULTORIAS PROATIVAS DE BIOÉTICA CLÍNICA REALIZADAS EM CTIS EM 2011. *REV HCPA*. 2012;32:61.
16. Alves C. Diretivas antecipadas de vontade e testamento vital: considerações sobre linguagem e fim de vida. *Revista Jurídica*. 2013;89–110.
17. Leão S. TESTAMENTO VITAL : uma alternativa do Direito para uma morte digna. Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2012. p. 152.
18. Godinho A. Diretivas antecipadas de vontade: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro. *RIDB*. 2012;2:945–78.
19. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
20. Brasil. Código Civil. Lei 10.406/2002. 2002.
21. Medicina CF de. Resolução CFM N° 1931/2009. Brasília; 2009.
22. Medicina CF de. Resolução CFM N° 1805/2006. Brasília; 2006.
23. Medicina CF de. Resolução CFM N° 1.995/2012. Diário Oficial da União 2012.
24. Goldim JR. Portal de Bioética [Internet]. <http://www.xn--biotica-dya.ufrgs.br/paternal.htm>. Available from: <http://www.biotica.ufrgs.br/paternal.htm>
25. Coleman AME. Physician attitudes toward advanced directives: a literature review of variables impacting on physicians attitude toward advance directives. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2013 Nov 2 [cited 2013 Dec 9];30(7):696–706. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23125398>
26. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: 70; 2011.
27. Ramsey P. *The Patient as Person: Explorations in Medical Ethics* [Internet]. Yale University Press; 2002 [cited 2014 Jul 7]. Available from: <http://books.google.com/books?id=gzPpJJj8S7UC&pgis=1>
28. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics* [Internet]. Oxford University Press; 2001 [cited 2014 Jul 7]. Available from: http://books.google.com/books?id=_14H7MOw1o4C&pgis=1
29. Brasil. Lei n° 10.211, de 23.3.2001. Brasília; 2001.

30. Derse AR. Limitation of treatment at the end-of-life: withholding and withdrawal. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2005 Feb [cited 2014 Jul 7];21(1):223–38, xi. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15639048>
31. Camhi S, Mercado A, Morrison R, Al E. Deciding in the dark: Advance directives and continuation of treatment in chronic critical illness. *Crit Care Med*. 2009;37(3):919–25.
32. Athanazio R., Barbeta M., Bitencourt AGV, Neves FBCS, Torreão L., Agareno S, et al. Decisão de não introduzir ou de retirar tratamentos de suporte para pacientes terminais internados em unidades de terapia intensiva. *RBTI*. 2005;17(3):181–4.
33. Sprung CL, Maia P, Bulow H-H, Al E. The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med*. 2007;33(January 1999):1732–9.
34. McMurray RJ, Clarke OW, Barrasso JA et al. Decisions near the end of life. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. *JAMA* [Internet]. 1992 [cited 2014 Jul 7];267(16):2229–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1372944>
35. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. *Rev da AMRIGS*. 2009;53(1):58–63.
36. Morin E. Complexidade e Liberdade. In: Morin E, Prigogine I, editors. *A sociedade em busca de valores*. Lisboa: Instituto Piaget; 1996. p. 239–54.
37. Lévinas E. *Entre nós: ensaios sobre a alteridade*. 2nd ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

APÊNDICE 5 - Tabela 1 (Artigo 2)

Tabela 1-Posicionamento dos Participantes de acordo com Cenários Clínicos

Variáveis	Belém (PA)		Porto Alegre (RS)		p
		%		%	
Nº médicos	55	47,8	60	52,2	
1. 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?					0,004
• A vontade do paciente seria considerada como determinante para a tomada de decisão.	21	38,2	42	70,0*	
• A vontade do paciente poderia influenciar, mas não definir a decisão a ser tomada	19	34,5	15	25,0	
• A vontade do paciente poderia ser levada em consideração se referendada pela posição de seus familiares	9	16,4*	2	3,3	
• Apenas a opinião dos familiares seria levada em consideração no processo de tomada de decisão	0	0,0	0	0,0	
• A vontade do paciente não seria levada em consideração por não ter amparo legal.	2	3,6	0	0,0	
• A vontade do paciente não seria levada em consideração pelo risco judicial associado a uma restrição de tratamento.	4	7,3	1	1,7	
2. 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?					0,086
• A vontade do paciente seria considerada como determinante para a tomada de decisão	39	70,9	53	88,3	
• A vontade do paciente poderia influenciar, mas não definir a decisão a ser tomada.	6	10,9	4	6,7	
• A vontade do paciente poderia ser levada em consideração se referendada pela posição de seus familiares	8	14,5	2	3,6	
• Apenas a opinião dos familiares seria levada em consideração no processo de tomada de decisão	0	0,0	0	0,0	
• A vontade do paciente não seria levada em consideração por não ter amparo legal.	0	0,0	0	0,0	
• A vontade do paciente não seria levada em consideração pelo risco judicial associado a uma restrição de tratamento.	2	3,6	0	0,0	
3. 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?					0,003
• A vontade do paciente seria considerada como determinante para a tomada de decisão	30	54,5	52	86,7*	
• A vontade do paciente poderia influenciar, mas não definir a decisão a ser tomada	6	10,9	3	5,0	
• A vontade do paciente poderia ser levada em consideração se referendada pela posição de seus familiares	15	27,3*	5	8,3	
• Apenas a posição dos familiares seria levada em consideração no processo de tomada de decisão	0	0,0	0	0,0	

• A vontade do paciente não seria levada em consideração pois foi tomada fora do conjunto de circunstâncias reais que estão ocorrendo	1	1,8	0	0,0
• A vontade do paciente não seria levada em consideração por não ter amparo legal	3	5,5	0	0,0
• A vontade do paciente não seria levada em consideração pelo risco judicial associado a uma restrição de tratamento	0	0,0	0	0,0
4. 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?				<0,001
• A vontade prévia do paciente seria considerada como determinante para a tomada de decisão.	3	5,5	23	38,3*
• A vontade do paciente poderia influenciar, mas não definir a decisão a ser tomada	13	23,6	17	28,3
• A vontade do paciente poderia ser levada em consideração se referendada pela posição de seus familiares.	24	43,6	19	31,7
• Apenas a opinião dos familiares seria levada em consideração no processo de tomada de decisão	0	0,0	0	0,0
• A vontade do paciente não seria levada em consideração pois foi tomada fora do conjunto de circunstâncias reais que estão ocorrendo	3	5,5	1	1,7
• A vontade do paciente não seria levada em consideração por não ter amparo legal	6	10,9*	0	0,0
• A vontade do paciente não seria levada em consideração pelo risco judicial associado a uma restrição de tratamento	6	10,9*	0	0,0

Fonte: HCPA, HUIBB, HOL, FSCMPA, HCGV, HMUE (CTI)

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: Aprovação do CEP-HCPA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: José Roberto Goldim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08233912.2.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 163.454

Data da Relatoria: 05/12/2012

Apresentação do Projeto:

Estudo observacional sobre o posicionamento de médicos intensivistas de seis hospitais de Porto Alegre e Belém do Pará sobre as diretivas antecipadas de vontade. Serão avaliados os diferentes aspectos envolvidos com a utilização de diretivas antecipadas e do desenvolvimento psicológico-moral dos participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Avaliar o posicionamento dos médicos intensivistas diante de diretivas antecipadas de vontade de pacientes terminais.

- Avaliar os conhecimentos, sentimentos e valores dos médicos intensivistas sobre as diretivas antecipadas de vontade por parte dos pacientes.
- Identificar possíveis fatores que possam interferir na tomada de decisão.
- Avaliar o desenvolvimento psicológico-moral dos médicos intensivistas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Responder aos instrumentos propostos, que não tem identificação pessoal.

Benefícios:

Conhecer a opinião de médicos intensivistas sobre a utilização de diretivas antecipadas de vontade.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)359--7640

Fax: (513)359--7640

E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O "desenvolvimento psicológico-moral" não está fundamentado teoricamente e a sua avaliação não está justificada no projeto. O instrumento escolhido é superficial. É necessária e adequada esta avaliação dos médicos participantes do estudo?

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE foi revisado e encontra-se adequado.

Recomendações:

O projeto deverá ser cadastrado no sistema WebGPPG para avaliação das questões logísticas e financeiras.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de um tema relevante. No entanto, faz-se necessária, no projeto, a fundamentação teórica sobre o desenvolvimento psicológico-moral e a justificativa para a sua avaliação no estudo.

Sugere-se revisão da redação e digitação do texto, bem como do TCLE.

Resposta dos pesquisadores: Foi acrescentado ao texto do item Introdução um parágrafo ampliando a fundamentação teórica deste aspecto. A justificativa para a sua inclusão no estudo se deve ao fato de que as pessoas podem apresentar diferentes níveis de desenvolvimento psicológico-moral, independentemente de seu grau de escolaridade. Os diferentes níveis de desenvolvimento tem associação com o processo de tomada de decisão e com a forma pela qual as pessoas lidam com situações deste tipo. Quanto ao comentário de que o instrumento escolhido para esta avaliação ser "superficial", podemos esclarecer que esse mesmo instrumento de coleta de dados sobre desenvolvimento psicológico-moral já foi utilizado em diversas dissertações e teses de doutorado de nossa linha de pesquisa. A sua utilização já foi objeto de publicação em periódicos internacionais. A sua simplicidade facilita o processo de obtenção desta variável, sem comprometer a qualidade do dado obtido. Os pesquisadores apresentam novo TCLE.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP delega a aprovação, em caso de observância ou justificativa das pendências encaminhadas, para o relator, com a finalidade de agilizar a sua tramitação.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359-7640 **Fax:** (51)359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Projeto aprovado: versão 1.1 de 20/11/2012

TCLE aprovado: versão 1.1 de 20/11/2012

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

A presente aprovação corresponde aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para realização do projeto é necessária a aprovação da Comissão Científica.

PORTO ALEGRE, 05 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Taiane Alves Vieira
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359--7640 **Fax:** (51)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br