

**UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ  
PRÓ-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM BIOÉTICA**

**BRUNA ARAÚJO DOS SANTOS**

**O CONHECIMENTO DE MÉDICOS EM ATENÇÃO PRIMARIA SOBRE  
DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM UMA VISÃO BIOÉTICA**

**Pouso Alegre - MG**

**2019**

Bruna Araújo dos Santos

O CONHECIMENTO DE MÉDICOS EM ATENÇÃO PRIMARIA SOBRE  
DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM UMA VISÃO BIOÉTICA

Dissertação apresentada para o Programa de  
Pós-Graduação em Bioética da  
Universidade do Vale do Sapucaí, para  
obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Bioética e os ciclos da vida e saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Dênia Amélia Novato Castelli von Atzingen.

Pouso Alegre, MG

2019

Santos, Bruna Araújo dos.

O conhecimento de médicos em Atenção Primária sobre diretivas antecipadas de vontade em uma visão bioética / Bruna Araújo dos Santos. – Pouso Alegre: Univás, 2019.

70f.

Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade do Vale do Sapucaí, Univás, 2019.

Orientadora. Profa. Dra. Dênia Amélia Novato Castelli von Atzingen.

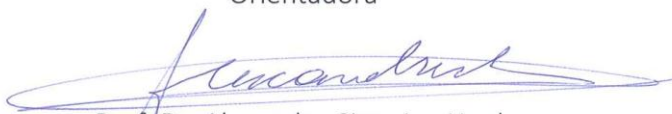
1. Bioética. 2. Relações médico-paciente. 3. Diretivas antecipadas. 4. Médicos de atendimento primário. I. Título.

**CERTIFICADO DE APROVAÇÃO**

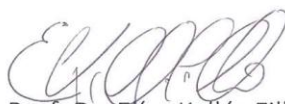
Certificamos que a dissertação intitulada "O CONHECIMENTO DE MÉDICOS EM ATENÇÃO PRIMARIA SOBRE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE EM UMA VISÃO BIOÉTICA" foi defendida, em 22 de outubro de 2019, por BRUNA ARAÚJO DOS SANTOS, aluna regularmente matriculada no Mestrado em Bioética, sob o Registro Acadêmico nº 98001568, e aprovada pela Banca Examinadora composta por:



Profa. Dra. Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen  
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS  
Orientadora



Prof. Dr. Alexandre Ciappina Hueb  
Doutor pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP  
Examinador



Prof. Dr. Elias Kallás Filho  
Faculdade de Direito do Sul de Minas – FDSM  
Examinador

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE SE NO ORIGINAL

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - PROPPES**

Av. Prof. Tuany Toledo, 470 – Fátima I – Pouso Alegre/MG – CEP: 37554-210 – Fones: (35) 3449-9231 e 3449-9248

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha família que, com muito apoio, não mediu esforços para que eu chegasse até a esta etapa.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus. Foi um longo caminho percorrido. Nada foi fácil, nem tampouco tranquilo.

Aos professores, de modo geral, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta dissertação.

A todos que sempre confiaram em mim, desde sempre.

À minha orientadora, por não ter permitido que eu interrompesse o processo e pela confiança. Espelho-me em você.

À minha família e aos meus verdadeiros amigos, sempre.

Aos meus pais, por me terem dado valores. A vocês que, muitas vezes, renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar o meu, partilho a alegria deste momento.

Ao meu esposo, pelo estímulo, pelo carinho de sempre e companheirismo.

A mente que se abre a uma nova ideia  
jamais voltará ao seu tamanho original  
(EINSTEIN).

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Até recentemente, portadores de doenças terminais não podiam decidir o tipo de tratamento médico que receberiam. Com a intenção de preservar a autonomia do paciente, número significativo de países incorporou, à sua legislação, as Diretivas Antecipadas de Vontade, anteriormente denominadas de “testamento vital” (*living will*). Os profissionais de atendimento primário são responsáveis por orientar e esclarecer os pacientes de forma preventiva, zelando por sua autonomia, dignidade e com responsabilidade social. No entanto, pergunta-se: o médico de atendimento primário entende o significado de diretivas antecipadas? Ele conhece a legislação do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre diretivas antecipadas? Esse profissional identifica a necessidade de abordar o assunto neste segmento de saúde? **OBJETIVO:** identificar o conhecimento dos médicos de atenção primária a saúde sobre diretivas antecipadas de vontade. **MÉTODO:** Estudo descritivo exploratório, transversal, de abordagem qualitativa, realizado nas unidades de pronto atendimento e unidades básicas de saúde dos municípios de Munhoz, Borda da Mata e Pouso Alegre (MG), sendo 20 médicos formados e atuantes em Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Pronto Atendimento. Utilizou-se, para a análise do trabalho, o método do discurso do sujeito coletivo (DSC). **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O total de médicos entrevistados foram de 20 profissionais, dos quais apenas 17 responderam ao questionário sendo os outros três descartados devido a incongruência de respostas, não gerando discurso, ou seja, responderam apenas sim e não à pergunta do trabalho, mesmo depois de serem orientados. De acordo com os dados sociodemográficos, os profissionais entrevistados têm uma média de idade de 45 anos, 55% participantes são do sexo feminino, 20% são especialistas em clínica médica e 70% dos entrevistados são católicos. Na análise qualitativa, encontramos quatro ideias centrais, sendo que, em um discurso, obtivemos duas ideias centrais: exercício da autonomia e cuidado centrado no paciente. A declaração antecipada de vontade com as anteriormente mencionadas aparecem na frequência de um discurso; a ideia central vontade expressa representa frequência de nove; documento, direito de decisão, respeito com a frequência de seis discursos. A diretiva antecipada de vontade foi entendida pelos entrevistados como uma prescrição legal ou jurídica. Nos princípios de bioética estão descritos responsabilidade, dignidade humana, mesmo sendo em condições de vulnerabilidade que mesmo com as mudanças de valores ainda faz necessário uma visão do que é dignidade para o indivíduo e para coletividade. **CONCLUSÃO:** Os médicos definem diretiva antecipada de vontade com lacunas de conhecimento a respeito de tempo, de forma e tipos, ainda descrevem as diretivas como sendo normas estabelecidas para garantir a sua decisão em momentos de transição entre a saúde e a doença.

**Palavras-chave:** Bioética; Relações médico-paciente; Diretivas Antecipadas; Médicos de Atendimento Primário.

## ABSTRACT



**INTRODUCTION:** Until recently, people with terminal illnesses could not decide the type of medical treatment they would receive. With the intention of preserving the patients autonomy, a significant number of countries have incorporated into their legislation the Advance Directives of Will, previously called "living will". Primary care professionals are responsible for guiding and clarifying patients in a preventive way, looking after their autonomy and with social responsibility. However, the question is: Does the primary care physician understand the meaning of advanced directives? Does he know the legislation of the Federal Council of Medicine (CFM) about advanced directives? Does this professional identify the need to address the issue in this health segment? **OBJECTIVE:** Identify the meaning, for physicians working in primary health care, of Advance Willing Directives, in order to guide their patients. **METHOD:** Descriptive exploratory cross – sectional study with a qualitative approach, conducted in the municipalities of Munhoz, Borda da Mata and Pouso Alegre (MG), with 20 physician strained and active in Family Health Strategy (ESF) and Pronto Atendimento. For the analysis, the discourse analysis method of the collective subject (DSC) was used. **RESULTS AND DISCUSSION:** The total number of physicians interviewed were 20 professionals, of whom only 17 answered the questionnaire and the other three were discarded due to incongruence of answers, not generating speech, that is, they answered only yes and no to the work question. According to sociodemographic data, the professionals interviewed have an average age of 45 years, 55% participants are female, 20% are medical clinic specialists and 70% of respondents are Catholic. In the qualitative analysis, we found four central ideas, and in one discourse we obtained two central ideas: exercise of autonomy and patient-centered care. The advance declaration of will with the above mentioned appears in the frequency of a speech; the central idea expressed will represents frequency of nine; document, right of decision, respect with the frequency of six speeches. The advance will directive was understood by the interviewees as a legal or legal prescription. In the principles of bioethics are described responsibility, human dignity, even being in conditions of vulnerability that even with changes in values still requires a vision of what is dignity for the individual and collectivity. **CONCLUSION:** Physicians define early will directive with gaps in knowledge about time, shape and type, yet describe the directives as established norms to ensure their decision at times of transition between health and disease.

**Keywords:** Bioethics; Physician-patient relations; Early Directives; Primary Care Physicians.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1 – Instrumento de Análise do Discurso 1 (IAD1) .....</b>	<b>37</b>
<b>Quadro 2 – Ideias centrais e sujeitos .....</b>	<b>41</b>
<b>Quadro 3 – Frequência de IC .....</b>	<b>41</b>
<b>Quadro 4 – Sujeitos, Ideias centrais (IC) e Expressões chaves (EC) IAD2 .....</b>	<b>42</b>
<b>Quadro 5 – Agrupamentos das ICs iguais e semelhantes e das ECs do IAD 2 complementares .....</b>	<b>43</b>
<b>Figura 1 – Ideias Centrais .....</b>	<b>45</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 – Dados sociodemográficos .....</b>	<b>36</b>
---	-----------

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	– Ancoragem
CFM	– Conselho Federal de Medicina
CEM	– Código de Ética Médica
CEP	– Conselho de Ética em Pesquisa
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
DAV	– Diretrizes Antecipadas de Vontade
DSC	– Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	– Expressões Chaves
ESF	– Estratégia Saúde da Família
IAD	– Instrumento de Análise do Discurso
IC	– Ideias Centrais
PA	– Pronto Atendimento
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1 O contexto de morte e o morrer</b> .....	<b>18</b>
<b>2.2 Terminalidade da vida</b> .....	<b>21</b>
<b>2.3 Atitudes dos profissionais de saúde diante da morte</b> .....	<b>23</b>
<b>2.4 Diretivas Antecipadas de Vontade</b> .....	<b>24</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>31</b>
<b>3.1 Objetivo geral</b> .....	<b>31</b>
<b>3.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>28</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>32</b>
<b>4.1 Delineamento do estudo</b> .....	<b>32</b>
<b>4.2 Local do estudo</b> .....	<b>32</b>
<b>4.3 População e amostra</b> .....	<b>33</b>
<b>4.4 Critérios de elegibilidade</b> .....	<b>33</b>
<b>4.4.1 Critérios de inclusão</b> .....	<b>33</b>
<b>4.4.2 Critérios de exclusão</b> .....	<b>33</b>
<b>4.5 Instrumentos de Pesquisa</b> .....	<b>34</b>
<b>4.6 Procedimentos para coleta de dados</b> .....	<b>34</b>
<b>4.7 Análise dos dados</b> .....	<b>34</b>
<b>4.8 Procedimentos éticos</b> .....	<b>35</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>36</b>
<b>5.1 Resultados qualitativos</b> .....	<b>37</b>
<b>5.1.1 Instrumento de Análise do Discurso 1 (IAD1)</b> .....	<b>37</b>
<b>5.1.1.1 Temas, ideias centrais e DSC</b> .....	<b>37</b>
<b>5.1.2 Ideias centrais e sujeitos</b> .....	<b>40</b>
<b>5.1.3 Frequência de IC</b> .....	<b>41</b>
<b>5.1.4 Agrupamentos das ICs iguais e semelhantes e das ECs do IAD2 complementares</b> .....	<b>43</b>
<b>5.1.5 Discurso do Sujeito Coletivo para as cinco ICs</b> .....	<b>43</b>
<b>5.1.7 Ideias Centrais</b> .....	<b>43</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>46</b>

<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>51</b>
<b>8 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>53</b>
<b>9 APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO .....</b>	<b>59</b>
<b>10 APÊNDICE 2 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....</b>	<b>60</b>
<b>11 APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>61</b>
<b>12 ANEXO A – PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA .....</b>	<b>63</b>
<b>13 ANEXO B – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 1 (IAD – 1) ....</b>	<b>67</b>
<b>13 ANEXO C – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 (IAD – 2) ....</b>	<b>70</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente seguiu, durante séculos e sem grandes modificações, os pressupostos da deontologia hipocrática clássica, a partir dos quais o médico tinha o dever de beneficiar os pacientes, mas, sem a sua participação (Quintana, 1996). O *corpushipocraticum*, como explica França (2013), era constituído de um elenco de normas morais em que a virtude e a prudência eram as vigas mestras. Estes postulados “colocavam o médico muito mais perto da cortesia e da caridade que de um profissional que enfrenta no seu dia a dia uma avalanche medonha de situações muito complexas e desafiadoras” (França, 2013). Assim, a ética médica foi inspirada na teoria das virtudes, o que é realçado, de forma bem especial, no Juramento de Hipócrates, sendo a prudência a virtude mais exaltada.

Campos e Oliveira (2017) explicam que, seguindo os fundamentos hipocráticos, “o médico deveria indicar e aplicar o tratamento ao paciente com base na sua exclusiva opinião e experiência, fundamentando sua conduta no princípio da beneficência”. Nesta visão, o paciente “assumiria uma atitude passiva diante das decisões tomadas pelo médico, cabendo-lhe apenas a obrigação de cumprir as determinações daquele profissional”. (Silva, Oliveira, 2017).

É surpreendente observar que a Revolução Liberal não conseguiu chegar à Medicina, cujas decisões continuavam a serem tomadas pelos médicos, de acordo com seus valores, à revelia dos valores dos pacientes. Essa forma paternalista se mantém até a metade do século XX, em um modelo vertical em que as relações entre médico e paciente são, caracteristicamente, relações de mando e obediência (Hossne, Pessini, Siqueira, 2010). No entanto, o crescimento da população, o desenvolvimento tecnológico no processo diagnóstico-terapêutico, a grande disponibilidade e circulação de informações científicas e a conquista de direitos civis pelos pacientes são fatores desencadeantes de mudanças na prática médica, tanto no âmbito privado quanto público. Como consequência disto, observa-se, nas últimas décadas, notadamente, a partir de 1970, uma significativa transformação cultural no padrão de atendimento à saúde. Passa-se de uma perspectiva paternalista da relação - em que o médico decide sozinho - para uma relação cujo objetivo é a chamada “parceria terapêutica”, em que o profissional compartilha decisões com aquele que é, diretamente, afetado por elas (Paredes, Rivero, 2003).

O Código de Nuremberg e, mais futuramente, a Declaração de Helsinki referem-se a esta transformação, uma das maiores do século XX: a evolução para uma ética centrada

na dignidade da pessoa e no seu direito à liberdade de autodeterminação. De modo geral, não houve assim que criar uma ética profissional, mas reformulá-la à luz de novos paradigmas sociais. Tal como os princípios de ética formulados por Beauchamp e Childress (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça), a doutrina dos direitos humanos, praticada em todas as sociedades de tradição judaico-cristã e expressa, com clareza, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, refletem a secularização característica das sociedades ocidentais, que conferem, ao que parece, uma prevalência da autodeterminação individual sobre outros valores humanos fundamentais, como a responsabilidade social ou a solidariedade humana (Nunes, 2004). A ética hipocrática, vem de encontro ao princípio da sacralidade, entre eles: o respeito a autonomia, a vontade da pessoa envolvida

Para Pessini (2006), “a veracidade é o fundamento da confiança nas relações interpessoais”. Tendo como fundamento os princípios da Bioética, pode-se dizer que a comunicação da verdade diagnóstica ao paciente e seus familiares constitui um benefício para esses sujeitos (princípio da beneficência), pois possibilita sua participação ativa no processo de tomada de decisões (autonomia). Entretanto, quando se trata de condições terminais, esses mesmos princípios éticos podem gerar conflitos envolvendo profissionais de saúde, pacientes e seus familiares (Nogueira, 2009), uma vez que a perspectiva de vida e a experiência da morte são encaradas de maneira singular pelas pessoas.

Até recentemente, portadores de doenças terminais que evoluíam para situação vulnerável, com perda da capacidade cognitiva, mental e de relação, não podiam decidir o tipo de tratamento médico que receberiam. Nesses casos, qualquer decisão quanto ao tratamento cabia ao representante legal do paciente. Com a intenção de preservar a autonomia do paciente, número significativo de países (México, Argentina, Colômbia, Bolívia e vários estados dos Estados Unidos da América) incorporou à sua legislação as Diretivas Antecipadas de Vontade, anteriormente denominadas de “testamento vital” (*living will*) (Silva et al, 2015).

Ele foi proposto, pela primeira vez, em 1967, pela então Sociedade Americana de Eutanásia (*United States General Accounting Office*, 1995), e trata-se de documento redigido por uma pessoa em pleno gozo de suas faculdades mentais, cuja finalidade é especificar os cuidados, tratamentos e procedimentos aos quais ela deseja ou não ser submetida, quando afetada por doença grave, estiver impossibilitada de manifestar livremente sua vontade (Gusmão, 2013). A primeira lei federal estadunidense a reconhecer o direito à autodeterminação do paciente (*Patient Self Determination Act – PSDA*) foi aprovada somente 24 anos depois, em 1991.



No Brasil, ninguém estava impedido de registrar em cartório sua vontade em relação à assistência médica desejada, no caso de doença sem cura. Todavia, em respeito ao princípio bioético da autonomia, que expressa o livre-arbítrio do indivíduo, não há legislação que imponha ao médico o cumprimento dos desejos do paciente em situação terminal. Sendo assim, esse direito é pouco conhecido e observado pela sociedade (Silva et al, 2015). Contudo, em 31 de agosto de 2012, o Conselho Federal de Medicina (CFM) tornou pública a Resolução n. 1.995 de 2012, que dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (testamento vital) (Conselho Federal de Medicina, 2012; Dadalto, 2013a). A partir de então, os médicos são obrigados a respeitar os desejos dos pacientes terminais, exceto se esses desejos (ou de seu representante legal) forem conflitantes com os preceitos do Código de Ética Médica (CEM) (Conselho Federal de Medicina, 2009).

Como afirma Gusmão (2013), as Resoluções do CFM, embora não tenham força de lei, as diretivas podem ser vistas como obrigatórias a alguns médicos. Sua desobediência pode ser interpretada como quebra do Código de Ética Médica, podendo acarretar sérios contratempos, até cassação da permissão para exercer a Medicina. Assim, é imperativo que os profissionais estejam cientes desse dever, bem como das sérias implicações da não observância das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) dos pacientes terminais (Brasil, 2001; Bomtempo, 2011).

O testamento vital é um documento em que os pacientes expõem suas vontades acerca de quais tratamentos serão realizados caso se encontrem em estado terminal. Por ser um tema recente, tem gerado dúvidas em relação à sua difusão e aceitação social (Chehuen Neto et al, 2015). Algumas pesquisas, realizadas nos últimos anos, demonstraram que esse é um tema pouco conhecido dos profissionais e estudantes da área da saúde. Entretanto, após tomarem conhecimento sobre o conteúdo das Diretivas Antecipadas de Vontade, a maioria dos entrevistados declarou ser a favor de tal documentação (Silva et al, 2015; Chehuen Neto, 2015).

O interesse pelo tema deu-se quando, em leituras complementares, foram observadas várias definições acerca do tema e com interpretações diversas. Sendo que o Conselho de Medicina, na Resolução n. 1995 de 2012, discorre sobre o assunto de maneira ainda muito superficial. Ainda na literatura, foi encontrada uma lacuna no atendimento primário quanto ao entendimento de diretivas, surgindo, ainda mais, interrogações, como: o médico de atendimento primário entende o significado de diretivas antecipadas? Ele conhece a legislação do CFM sobre diretivas antecipadas? Esse profissional identifica a necessidade de abordar o assunto nesse segmento de saúde? Todas estas indagações surgiram porque, em

algum momento, foi descrito que os profissionais de atendimento primário são responsáveis por orientar e esclarecer os pacientes de forma preventiva, zelando por sua autonomia e com responsabilidade social.

Sendo assim, esta pesquisa, no âmbito do atendimento primário, faz-se necessária devido a ser o local onde são utilizadas estratégias como orientações e informações, com o intuito de aumentar o conhecimento das pessoas sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade, conforme a Resolução n. 41, de 31 de outubro de 2018, do Ministério da Saúde. Em seu artigo 4º, inciso XII, o texto legal diz que está, entre os princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos, a “promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV)”. Os cuidados paliativos, nesta resolução, são vistos à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), do qual a Atenção Primária é integrante. Para isso, é necessário que o profissional adquira um papel ativo na relação médico-paciente, fomentando uma relação prolongada, baseada na confiança, que facilite a tomada de decisão por meio de uma boa comunicação. Em um estudo sobre DAV, identificou-se que os médicos sanitaristas de Madrid (Espanha), tanto de atenção primária quanto especializada, demonstraram ser favoráveis às vontades de seus pacientes e as respeitavam, mas, desconheciam os procedimentos legais sobre as diretivas.

Mediante tantas questões éticas, sociais, legais e filosóficas, questiona-se de quem é o direito de tomar a decisão: do médico que detém mais conhecimento científico ou do paciente, possuidor do corpo? O CFM, em suas atribuições, coloca que Autonomia significa autogoverno, autodeterminação da pessoa em tomar decisões relacionadas à sua vida, à sua saúde, à sua integridade físico-psíquica e às suas relações sociais. Pressupõe existência de opções, liberdade de escolha e requer que o indivíduo seja capaz de agir de acordo com as deliberações feitas. O respeito à autodeterminação fundamenta-se no princípio da dignidade da natureza humana, acatando-se o imperativo categórico kantiano que afirma que o ser humano é um fim em si mesmo. Algumas variáveis contribuem para que um indivíduo se torne autônomo, tais como condições biológicas, psíquicas e sociais. Podem existir situações transitórias ou permanentes em que uma pessoa pode ter sua autonomia diminuída, cabendo a terceiros o papel de decidir. A autonomia não deve ser confundida com individualismo, seus limites são estabelecidos com o respeito ao outro e ao coletivo (Conselho Federal de Medicina, 2009).

Nesse cenário inúmeros questionamentos vêm à tona: o médico que está se formando teve conteúdos, em quantidade e qualidade o suficiente, relacionados à bioética? O

médico atuante sabe da existência da legislação sobre DAV? Reflete-se o suficiente sobre questões que permeiam o processo saúde-doença e morte-morrer durante a graduação das profissões de saúde? É nesse prisma de perguntas e tensões que a pesquisa se insere.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

A Bioética é a “ciência da sobrevivência humana”, no sentido de promover e defender a dignidade humana e a qualidade de vida. Trata-se de uma nova sensibilidade humana que leva a cuidar, zelar, promover a dignidade humana e a qualidade de vida (Pessini; Barchifontaine, 2007). Surgiu para oferecer uma resposta às novas tecnologias em medicina, gestada numa cultura sensível a determinadas dimensões éticas, principalmente, quanto ao direito dos indivíduos e ao abuso de instituições poderosas. Surgiu, assim, para defender, vigorosamente, as necessidades e preferências dos pacientes (Callahan, 2007).

Como disciplina, a Bioética surgiu nos danos de 1970 nos Estados Unidos da América e alguns dos fatores que contribuíram para seu nascimento foram os avanços tecnológicos e os dilemas que trouxeram para a prática biomédica e a conquista dos direitos civis, com a organização de movimentos sociais e seus debates sobre a ética normativa e aplicada e o respeito pela diversidade e ao pluralismo moral. Também influenciou o surgimento da Bioética as transformações em instituições tradicionais, como a família, com as mudanças de crenças e padrões de bem-viver na sociedade. (Diniz, Guilhem, 2012).

Ainda, nesta época, cresceram as denúncias contra pesquisas com seres humanos, muito impulsionadas pelos acontecimentos da Segunda Guerra Mundial, nos campos de concentração nazistas. De outro lado, a medicina, até então muito autoritária, inicia um processo gradual de abertura, dialogando com filósofos, teólogos, advogados, sociólogos e psicólogos, que apresentaram suas perspectivas sobre o exercício da medicina (Diniz, Guilhem, 2017). A divulgação de pesquisas médicas e científicas que expuseram pacientes a situações trágicas, sem informação e consentimento para a sua realização, tornaram essencial a criação de normas e critérios para o uso da ciência e da medicina, não se aceitando mais a premissa de que o desenvolvimento da ciência estava acima de qualquer suspeita, já que visaria o bem-estar e a saúde da humanidade. A relação entre médico e paciente também mudou (Diniz, Guilhem, 2012).

Algumas questões que fundamentam o surgimento da bioética eram antigas, como a eutanásia e o aborto. Outras, surgiram com o desenvolvimento de novas tecnologias, como

pesquisas genéticas, transplantes de órgãos, fecundação in vitro, etc. Os avanços tecnocientíficos trouxeram uma contradição, de um lado, a curiosidade e as possibilidades, de outro, a ideia de que, nem sempre, são bons ou permitidos, o que exige negociação por sua complexidade (Durand, 2003).

Na década de 1970, também nos Estados Unidos, cresce a concepção da autodeterminação da pessoa em relação à sua saúde, com a crítica ao paternalismo médico tradicional. Reivindicou-se o direito dos pacientes de participar da tomada de decisão referente à sua saúde e aos tratamentos necessários. O princípio ético da autonomia da pessoa foi reconhecido em várias leis, tanto nos Estados Unidos, como no Canadá e em países da Europa, marcando o movimento bioético em seu início (Durand, 2003).

Ainda nessa década, os pesquisadores de bioética tiveram como foco o início e o fim da vida. As noções de morte, de vida e de pessoa humana foram estudadas ao mesmo tempo em que as noções de manutenção da vida e de obstinação terapêutica. (Durand, 2003).

A sociedade mudou muito seus valores desde a criação do Código de Ética Médica e suas concepções de autonomia e direito, a partir dos avanços científicos e tecnológicos (Urden, Stacy, Lough, 2013); também mudou a relação do médico-paciente: o paternalismo vai abrindo espaço para autonomia do sujeito (Paredes, Rivero, 2003).

Com visões de diferentes profissionais, surge uma nova identidade do médico como orientador do paciente como um todo, não só em seu biológico, mas preparado para atender integralmente, considerando-o em seus aspectos social, psicológico e espiritual, com direitos e decisões que lhe garantem dignidade na vida e no processo de morrer, respeitando, assim, sua autonomia, que é um dos princípios da Bioética, garantido também pelo testamento vital. (Pessini, Hossne, 2010).

Para melhor compreender o objeto deste estudo e o fundamento de sua análise, propõe-se a reflexão de conceitos como terminalidade da vida, o contexto de morte e morrer e a atitude médica diante da morte.

## **2.1 O contexto de morte e o morrer**

Semanticamente, morte significa destruição, ruína, fim, ato de morrer, o fim da vida animal ou vegetal. No sentido figurado, morte é entendida como uma grande dor, pesar profundo. Do ponto de vista filosófico, a morte pode vista como uma condição inerente ao ser

vivo, sendo esta a única certeza que se tem do desdobramento da existência humana. Pode ser apresentada também como um acontecimento que completa a existência humana, o que significa que cada pensamento, cada emoção, cada gesto e cada passo na vida aproxima o ser humano da morte (Araújo, Vieira, 2004).

Observa-se que, no cotidiano, há dificuldades para entender a morte e enfrentá-la, como um acontecimento integrante da existência humana que, tal como o nascer, será vivido por todos. Ainda, o ser humano não estaria preparado para aceitar a imposição de que seu destino é morrer e preferiria acreditar que a morte é o começo de uma nova vida infinita (Araújo, Vieira, 2004). Outra perspectiva que se coloca é a de que, “apesar da morte estar presente na vida de cada ser humano, atualmente, representa a ‘conspiração do silêncio’, o medo do sofrimento, da degeneração, da solidão, do abandono. [...] O silêncio, a negação, a dissimulação, envolvem-na como se fosse possível eliminá-la da vida” (Araújo, Vieira, 2004).

A percepção das vivências de morte e morrer tem sofrido transformações ao longo da história, passando de uma experiência tranquila e até mesmo desejada a uma possibilidade impregnada de angústias e que deve ser evitada a todo custo (Souza, Boemer, 2005).

Nas últimas três décadas, cresceu o interesse pela fase terminal, com ênfase sobre os ambientes em que ocorre a morte, sobre as tecnologias empregadas para sustentar a vida e os desafios de tentar melhorar os cuidados em fase terminal (Bosco et al, 2010). Estar enfermo é perder a integridade da saúde, e o objetivo fundamental da Medicina é tratar os enfermos, buscando restabelecer a integridade perdida, ou seja, a busca pela cura ocorre quando a saúde, entendida como o bem-estar biológico, psicossocial e espiritual, é plenamente restabelecida (Nogueira, 2009).

Cuidar do atendimento espiritual dos pacientes é expandir-se na dimensão existencial do ser humano. Os profissionais têm a responsabilidade de incluí-la no mesmo grau de importância das técnicas de intervenção, pois, como informa Mauksch (1975): “morrer é uma experiência total e na hora de morrer o órgão afetado deixa de ser o item básico”. Hoje se morre muito mais no hospital; é uma morte escondida das pessoas e isolada dos familiares, no entanto, a morte é a característica mais humana, pois o ser humano é o único animal que sabe que vai morrer (Marengo, Flávio, Silva, 2009).

No Brasil, se fala muito mais dos mortos do que da morte, o que implica em uma contradição, uma vez que falar dos mortos já é uma forma sutil e disfarçada de negar a morte, fazendo prolongar a memória do morto, onde a morte é concebida como uma passagem de um mundo a outro, uma metáfora de subida ou descida. No percurso final da vida, diante da inexorabilidade da morte, ainda surge a necessidade da presença solidária do profissional,

acolhedor e disponível, pois os sujeitos enfermos estão vivos na cena da morte que já não pode ser evitada e, na proposta de Trein (2002), “se não há solução para a morte do homem, talvez uma solução seja não deixar que as pessoas morram de solidão”. Dessa forma, ainda que a boa morte ou a morte digna inclua, como aponta Franco (2002), características como ausência de dor, uso imaginativo de recursos sensoriais, estar rodeado pelas pessoas amadas, ser preparado para a morte, há que se perguntar o que é uma boa morte e uma má morte. (Marengo; Flávio; Silva, 2009).

Ao longo da história, a morte foi um tema de preocupação e fonte de angústia, reconhecida como única certeza da vida, a morte e o processo de morrer são fenômenos sociais vividos. Aries observa o modelo tradicional, em que a morte era familiar, ocorria na casa e era compartilhada com a comunidade; o processo se transfere para hospital, onde a morte fica controlada. (Monteiro; Silva Junior, 2019).

Kluber-Ross busca descrever o processo do entendimento da morte em pacientes terminais em três estágios. O primeiro é marcado pela negação e isolamento que, geralmente, ocorre após o diagnóstico, quando o paciente procura provar, de todas as formas, que houve um engano. Ele necessita de tempo para absorção da ideia. O segundo estágio, após confirmado o diagnóstico, é o momento da raiva, pois a pessoa sente que tem interrompidos seus planos e a própria vida, isso se mescla ao ressentimento e à inveja daqueles que estão saudáveis. O terceiro estágio é chamado de barganha, pois há uma tentativa de adiar a morte como um prêmio por bom comportamento. Há promessas de novas atitudes e de mudanças de estilo de vida, na esperança de prolongar um pouco mais a sobrevivência. A depressão marca o quarto estágio e decorre não somente por causa do impacto da doença sobre o indivíduo, mas também sobre a família, e por causa das alterações sofridas por ela. Há o enfraquecimento financeiro, a necessidade de o outro cônjuge trabalhar e o afastamento dos filhos que, por vezes, precisam ficar aos cuidados de parentes. O último estágio é o da aceitação e coincide com o período de maior desgaste físico. Nele, parece ser mais difícil viver do que morrer e os sentimentos desvanecem. É um período em que o paciente pode querer falar sobre seus sentimentos, mas, precisa que haja pessoas disponíveis e preparadas internamente para esse contato.

A pessoa doente tem deixado de ser paciente, objeto de cuidado, para assumir papel ativo na relação com profissional, quanto a decisão sobre procedimentos, intervenções e tratamentos. Esta mudança reflete o desenvolvimento da autonomia do paciente, favorecendo a dignidade e autonomia de suas escolhas (Kovacs, 2014).

Nisto, as Diretivas Antecipadas de Vontade surgem em resposta ao avanço tecnológico, a manifestação da vontade do paciente e o direito de decidir como deseja conduzir os últimos momentos, resgatando a dignidade e a autonomia. Instrumento que garanta a morte digna, facilitando o diálogo, permitindo que angústias, incertezas e medos sejam revelados e esclarecidos, melhorando a relação dos envolvidos e sua qualidade de vida (Monteiro; Silva Junior, 2019).

## **2.2 Terminalidade da vida**

Os dilemas relacionados à terminalidade da vida ocupam relevante e persistente espaço de discussão no contexto da bioética. Para doentes em fase terminal, não só a qualidade de vida é importante, mas também a morte digna. Para morte digna, no entanto, não há uma definição, pois se trata de um processo dinâmico, particular, que deve ser compartilhado entre pacientes, familiares, cuidadores e profissionais, respeitando-se valores, religiões e preferências das pessoas. É preciso também ter clareza que os limites da medicina na preservação da vida e alívio do sofrimento são tênues e podem tornar-se antagônicos em algumas situações (Batista, Siedl, 2011).

No processo da terminalidade deve-se levar em conta não a quantidade de vida que resta à pessoa, mas sim a qualidade de vida. Uma das realidades mais difíceis com as quais os profissionais da saúde se deparam é que, apesar dos melhores esforços, alguns indivíduos morrerão. E, embora não seja possível alterar esse fato, é possível ter um efeito significativo e duradouro sobre a maneira pela qual o sujeito vive até o momento da morte, a maneira pela qual a morte acontece e as memórias que ficam da morte para a família. A educação, a prática clínica e a pesquisa sobre o cuidado em fase terminal estão evoluindo, e a necessidade de preparar profissionais da saúde para o cuidado ao sujeito em fase terminal surge como uma prioridade. De acordo com estudo realizado por Siqueira (2003), das 126 escolas de Medicina norte-americanas existentes, apenas cinco oferecem ensinamentos sobre a terminalidade da vida; maior ainda é a desatenção ao tema nos 7.048 programas de residência médica, já que apenas 26 apresentam o assunto em reuniões científicas. Saloum e Boemer (1999) relatam grandes transformações na forma do ser humano entender e lidar com a morte na sociedade ocidental, principalmente, ao compreender que de acontecimentos esperados, naturais, compartilhados, a morte passou a ser enfocada como um evento que

ocorre, predominantemente, no contexto hospitalar, remetendo a um morrer solitário, institucionalizado. Os avanços tecnológicos na Medicina têm permitido salvar a vida de doentes críticos, desde que haja alguma potencialidade de reversibilidade. Entretanto, naqueles sem possibilidade de recuperação, a utilização de medidas curativas, além de onerosas e sem benefícios, acabam causando apenas dor e sofrimento (Marengo, Flávio, Silva, 2009).

O ser humano é um ser-para-a-morte (conforme Heidegger) e, enquanto recebe o cuidado médico, se distancia da morte, embora ela seja inerente à condição humana.

O avanço tecnológico e o saber médico têm desafiado a morte, prolongando a vida mesmo nas situações em que a prática da beneficência pode intensificar o sofrimento. Assim, a morte deixa de ser uma experiência natural e cada moribundo pode se tornar um laboratório onde a medicina ensaia a imortalidade. (Pereira, 2007).

Neste caso, a Medicina tecnológica, ao prolongar a vida, torna o processo da morte lento e sofrido. O grande desafio que se impõe é definir quem se beneficiará com todo suporte tecnológico, ou seja, distinguir quem tem uma situação potencialmente curável daquele em que, pela irreversibilidade do processo, as medidas terapêuticas são inócuas (Lago et al, 2007). A obstinação terapêutica leva até as últimas consequências a tentativa de afastar a morte e, nessa tentativa, o sujeito não morre mais na sua hora, mas naquela da equipe de saúde (Bellato, Carvalho, 2005). As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) cumprem a função de fornecer o máximo da ciência médica possível na busca da cura das doenças e prolongamento da vida, mas, no âmbito emocional, afasta o médico do vínculo com pessoas em estados graves ou terminais (Cohen, Gobetti, 2001).

É da natureza humana temer o fim da vida, assim como a vida vegetativa, ainda que sejam oferecidos cuidados de extrema qualidade. Neste sentido, o direito à dignidade não pode restringir-se ao período em que a pessoa desfruta os prazeres da vida, mas deve estender-se a todas as etapas, inclusive quando os valores existenciais se modificam, em razão das diferentes necessidades especiais de cada fase da vida, respeitando-se os valores de cada indivíduo, sua vontade, sua liberdade, sua autodeterminação (Batista, Siedl, 2011).

Assim, o direito à morte digna consistiria em respeitar a autonomia do indivíduo, sua personalidade, seus valores, sua concepção de vida e morte, que nada mais é do que a etapa conclusiva do fenômeno chamado vida. Pode-se compreender o morrer dignamente como o poder de escolha sobre o modo e o momento adequado de partir, de acordo com os próprios valores, a própria personalidade. Permite-se, dessa forma, que a vida tenha



continuidade, ainda que caminhe para o seu término, recebendo na etapa final os mesmos cuidados das fases iniciais (Batista, Siedl, 2011).

### **2.3 Atitudes dos profissionais de saúde diante da morte**

Na sociedade brasileira, a morte é tratada como um tema interditado, o que traduz toda uma forma de pensar e sentir a morte, e se apresenta com um sentido que parece ser absoluto e definitivo. Assim sendo, a morte é representada pelo pavor e pela necessidade imperativa e quase ritualizada da negação (Hoffmann, 1993). Segundo Zoboli (2007), em alguns casos, essa relação profissional/paciente pode acabar se tornando quase de maternalismo/paternalismo. E os profissionais de saúde respondem a esse desafio muitas vezes com ansiedade e medo, sendo a solução uma formação apropriada sobre o assunto, mas a maioria dos programas de treinamento com frequência aborda esta realidade inadequadamente, existindo a necessidade de uma maior humanização do homem frente à sua vida e a dos outros. (Marengo, Flávio, Silva, 2009).

Pode-se perceber situações onde, pela angústia do cuidador diante da possibilidade de morte do outro, alguns tipos de inter-relações se estabelecem na tentativa de negar essa possibilidade existencial: tratar o paciente como objeto, sem poder de reflexão ou decisão sobre a melhor forma de intervenção terapêutica; quando os profissionais se apegam, excessivamente, a protocolos de atuação, relativos ao quadro clínico apresentado; onde há a crença de que o paciente não pode conhecer a gravidade de sua doença, de modo a ser protegido da ameaçadora notícia de que sua morte pode estar próxima (Souza, Boemer, 2005). Essas atitudes de negação, por parte da equipe ou profissional de saúde, “podem ser compreendidas como uma necessidade mais relacionada às suas angústias pessoais de convívio com o morrer do que uma real necessidade para o melhor cuidado para com o paciente” (Souza, Boemer, 2005).

Cabe aos profissionais da saúde olhar para além das instituições, ampliar a noção do cuidado restrito a quatro paredes, enfim, tentar compreender as condições multifatoriais do processo saúde-doença. Talvez o remédio mais eficaz em termos de cura seja a qualidade do relacionamento mantido entre o sujeito enfermo e seus cuidadores, assim como a sua família. A qualidade curadora da relação terapêutica pode facilmente ser enfraquecida ou ameaçada

quando reações emocionais (negação, raiva, culpa e medo) sentidas pelos enfermos, famílias ou cuidadores não são adequadamente trabalhadas (Marengo, Flávio, Silva, 2009).

Pode-se perceber que os profissionais procuram utilizar discursos e atitudes consideradas racionais para com a relação médico/paciente, deixando, assim, de humanizar essa relação, tornando-a, muitas vezes, uma relação desinteressada, com falta de comunicação, sensibilidade e afeto, o que por sua vez dificulta que o paciente consiga estabelecer uma verdadeira relação de confiança com a equipe de saúde (Marengo, Flávio, Silva, 2009).

Para Boff (1999), o cuidado humano não deve ser tratado como uma intervenção sobre o paciente: “a relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito. Experimentamos os seres como sujeitos, como valores, como símbolos”. E segue dizendo: “a relação do cuidado não é de domínio sobre, mas de convivência, não é pura intervenção, mas interação”. Os profissionais de saúde com frequência, já vivenciaram a morte de pacientes terminais; entretanto, a maioria nunca discutiu o assunto com tais sujeitos e tem grande dificuldade para tratar do tema com um indivíduo portador de doença terminal (Marengo, Flávio, Silva, 2009).

Essa dificuldade pode ser decorrente da falta de preparo desses profissionais, além do comportamento dos sujeitos durante a evolução de uma doença terminal, sendo que a educação formal sobre morte e o morrer pode diminuir a dificuldade de tratar do assunto com pacientes terminais. Sobre isso, Pessini e Barchifontaine indagam:

Que falar da formação dos profissionais da saúde, no sentido de lidar com a morte? Praticamente, não existe nada ainda de expressão em termos curriculares que os prepare para lidar com os pacientes terminais, observando-se nesta fase crítica da vida uma desumanização terrível (Pessini, Barchifontaine, 2005).

Em um estudo inicial dos cuidados do sujeito terminal em ambientes hospitalares, Glaser e Strauss (2006) descobriram que os profissionais de saúde nesses ambientes evitavam a comunicação direta sobre o morrer, na esperança de que o sujeito descobrisse isso por si mesmo (Marengo, Flávio, Silva, 2009).

A filosofia de cuidados paliativos pode se apresentar como um caminho para melhor assistir a pessoa em seu morrendo, pois nesta proposta o cuidar é sempre possível, ainda que a cura não faça parte de seu horizonte de possibilidades (Souza, Boemer, 2005).

Neste sentido, vê-se também a necessidade de compreender como são entendidas as Diretivas Antecipadas de Vontade, junto aos profissionais médicos.

## 2.4 Diretivas Antecipadas de Vontade

Diretivas Antecipadas são instruções escritas que o paciente prepara para ajudar a guiar seu cuidado médico. São aplicadas a situações específicas como uma doença terminal ou um dano irreversível. As Diretivas Antecipadas produzem efeito quando o médico determina que o paciente não é mais capaz de decidir acerca de seus cuidados médicos (Thompson, 2015). As diretivas antecipadas de vontade (DAV) constituem um gênero de manifestação de vontade para tratamento médico, do qual são espécies o testamento vital e o mandato duradouro (Dadalto, Tupinambás, Greco, 2013).

O mandato duradouro consistia na nomeação de pessoa para tomar decisões relativas a tratamentos médicos pelo indivíduo quando este não mais fosse capaz – incapacidade que poderia ser permanente ou temporária (Dadalto, Tupinambás, Greco, 2013). Já o termo *Testamento Vital* refere-se ao documento em que o paciente define os cuidados, tratamentos e procedimentos médicos que deseja ou não para si mesmo. Nele, a pessoa diz o que deseja e o que não deseja. Trata-se de um modelo autonomista e não se trata de um documento de recusa de tratamento. Ele pressupõe que a pessoa tenha discernimento/capacidade decisória e vale para pacientes em fim de vida que não possuem capacidade decisória (Thompson, 2015).

Para Alves (2014), trata-se da “possibilidade de se deixar documento que disponha como determinada pessoa gostaria (ou não) de ser tratada pela equipe médica em caso de não poder manifestar sua vontade de forma autônoma”. A pesquisadora também explica que a “Resolução n. 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2012) trouxe o debate a respeito de um diferenciado olhar sobre o fim da vida” (Alves, 2014).

Segundo a Resolução CFM 1995/2012, diretivas antecipadas de vontade são definidas 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. Ressalta-se o que estabelece a Resolução:

- a) 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;

- b) caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico;
- c) 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;
- d) as diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares;
- e) o médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente;
- f) não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética 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;
- g) as diretivas antecipadas de vontade se constituem em um gênero de documentos de manifestação de vontade acerca de cuidados, tratamentos e procedimentos de saúde aos quais a pessoa deseja ou não se submeter quando estiver com uma doença grave ou incurável, seja ela terminal, crônica em fase avançada ou degenerativa em fase avançada;
- h) o testamento vital é considerado o documento no qual uma pessoa manifesta sua vontade, explicitando os cuidados, tratamentos e procedimentos aos quais deseja ou não ser submetida nas situações previstas na referida Resolução;

A Resolução também aponta os deveres dos profissionais de saúde:

- a) obedecer a vontade do paciente manifestada em suas diretivas antecipadas de vontade, quando as conhecer;
- b) prestar informações técnicas aos declarantes, afim de muni-los de conhecimento acerca dos cuidados, procedimentos e tratamentos de saúde para que a decisão sobre as suas diretivas antecipadas de vontade seja livre e esclarecida;
- c) utilizar a abordagem dos cuidados paliativos em todos os pacientes em fim de vida;
- d) prestar assistência emocional à família, auxiliando os familiares no reconhecimento do respeito à vontade do paciente;

- e) reportar ao Ministério Público qualquer violação à vontade do paciente, seja ela resultante da família, do procurador, de seus colegas ou da instituição hospitalar;
- f) não realizar a obstinação terapêutica, entendida aqui como qualquer procedimento não curativo que viole a manifestação de vontade do paciente.

Esta legislação se insere no que se denomina de “Direitos do doente”. A tomada de consciência dos cidadãos dos seus direitos e deveres, também na área de saúde, faz com que o sistema de saúde se adeque à essa realidade, procurando observar os direitos de personalidade. Alguns desses direitos são mais relevantes para a implementação das diretivas antecipadas de vontade, como autonomia, informação, vontade previamente manifestada, liberdade de escolha, privacidade, acesso à informação de saúde, não discriminação e não estigmatização, acompanhamento espiritual, primado da pessoa sobre a ciência e a sociedade, queixa e reclamação, equidade no acesso e acessibilidade em tempo útil (Nunes, 2016).

A sociedade ocidental criou, historicamente, uma ética centrada na dignidade da pessoa e no seu direito à liberdade de autodeterminação. A doutrina dos direitos humanos confere uma autonomia quase ilimitada ao ser humano individual, noção expressa com clareza na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que deve ser o substrato fundamental de toda a reflexão ética em torno das ciências da vida (Nunes, 2016).

Ainda segundo Nunes (2016), a Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina refere expressamente (artigo 9º), que “a vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta”. Para o autor, desta forma há uma obrigação por parte dos médicos de respeitar a vontade dos doentes. E ainda afirma que

O testamento vital é a expressão mais vinculada da vontade previamente manifestada por parte do doente. Trata-se de uma reinvenção da doutrina do consentimento esclarecido segundo a qual o consentimento não produz efeitos no imediato, mas antes no futuro, mais ou menos próximo, isto é, de um modo prospectivo. (Nunes, 2016).

Nunes (2016) também esclarece que o testamento vital, “com o objetivo de permitir a uma pessoa, devidamente esclarecida, recusar determinado tipo de tratamento que no seu quadro de valores é claramente inaceitável –, é conceitualmente considerado como distinto da eutanásia”.

A Resolução 1995/2012, do CFM, entronizou, no Brasil, as DAV, fundamentando-se, de forma explícita, na *Convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina*, assinada pelos Estados-membros do Conselho da Europa, em abril de 1997, conhecida como Convenção de Oviedo. O artigo 2º da Resolução repete o artigo 2º da Convenção, como conta Valente (2014). Essa Resolução também está fundamentada no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal Brasileira (sobre a dignidade da pessoa humana) e também no artigo 5º, sendo, no inciso II, a autonomia, e o inciso III, a proibição da tortura e do tratamento desumano ou degradante, que podem ser comparados a alguns procedimentos médicos distanásicos. O Código Civil Brasileiro também respalda a autonomia do paciente, como informa Valente (2014).

Dadalto (2013b), contudo, salienta as limitações das DAV em relação ao ordenamento jurídico vigente. A autora cita as disposições sobre eutanásia, as que sejam contraindicadas à patologia do paciente ou tratamento que já estejam superados pela Medicina, além da limitação pelo direito do médico à objeção de consciência, previsto no Código de Ética Médica.

Em relação à validade das DAV no Brasil, Dadalto (2013b) explica que há grande discussão acerca do tema, pois não há uma norma jurídica específica. Ressalta, no entanto, que há uma interpretação integrativa das normas constitucionais e infraconstitucionais que concede aparato para a defesa deste documento no ordenamento jurídico brasileiro.

Os princípios constitucionais da Dignidade da Pessoa Humana (art. 1º, III) e da Autonomia (princípio implícito no art. 5º), bem como a proibição de tratamento desumano (art. 5º, III) alicerçam as DAV. Isto porque, as DAV são uma forma de expressão de autonomia do indivíduo<sup>10</sup>, além de serem instrumento garantidor da dignidade. (Dadalto, 2013b).

A autora também explica que, junto de normas estaduais, como de Goiás e São Paulo, juntam-se o Código de Ética Médica e a Resolução CFM 1995/2012, o que permite a defesa da validade das DAV no atual ordenamento jurídico brasileiro. “[...] é com base nesse conjunto normativo que as DAV têm sido realizadas e, por vezes, registradas nos cartórios de notas de diferentes serventias no Brasil”. (Dadalto, 2013b). Neste sentido, defende que as DAV sejam reconhecidas e registradas em cartório, sendo lavradas por escritura pública, “perante um notário, a fim de garantir a segurança jurídica, tendo em vista que inexistente legislação específica no país sobre o tema.” (Dadalto, 2013b).

Sabe-se que uma legislação específica é imprescindível para a efetivação e disseminação do instituto no Brasil, a fim de regulamentar os critérios de capacidade e/ou discernimento do outorgante, o conteúdo das DAV juridicamente válidas no Direito brasileiro, a existência (ou não) de prazo de eficácia, quem pode ser nomeado procurador para cuidados de saúde, bem como os aspectos formais de registro. (Dadalto, 2013b)

Entende-se que as DAV “representam uma importante conquista dos direitos individuais e visam a proteção do direito personalíssimo – e constitucional – a uma vida digna” (Dadalto, 2013b). Assim, mesmo não havendo norma específica no Brasil, as DAV podem ser consideradas válidas, segundo Dadalto (2013b), “pois se alicerçam em princípios constitucionais e é esta validade, já aceita de forma ampla no direito brasileiro, que tem possibilitado aos indivíduos registrá-las nos cartórios de notas”. No entanto, a autora ressalta que se trata de um novo instituto no direito brasileiro não sendo possível utilizar requisitos de outros institutos para legitimar as DAV. Isso reforça a necessidade de se criar um padrão de registro para as DAV, “alicerçados nas especificidades destas e, para tanto, é imprescindível que o tema seja estudado e entendido em profundidade”. (Dadalto, 2013b).

Deve-se considerar também os limites da autonomia da pessoa, como explica Coninck (2017), sempre limitada pela autonomia alheia e pela dignidade humana. Segundo a autora

[...] a autonomia formalizada em diretivas antecipadas de vontade possui natureza ético-médico-jurídica, tendo como fundamento a dignidade humana e o respeito pelos princípios da alteridade e de responsabilidade pelo outro dentro da Bioética, sem desconsiderar a importância de elementos sociais, econômicos e culturais. É uma autonomia moderada e responsável. (Coninck, 2017).

Desta forma, para Coninck (2017), não é possível considerar o conceito de “autonomia pura quando da realização de testamento vital por pacientes ainda autônomos, embora concorde-se com os autores de que precisa haver estreita intimidade entre o paciente e seus procuradores de forma que sejam atendidas as escolhas daquele”. A autora pondera que, se não se pode afirmar para um triunfo da autonomia plena em razão da existência de muitas limitações e variáveis, que interferem no seu exercício. Uma dessas variáveis é o conflito entre os princípios éticos da necessidade de proteger a vida e o bem-estar (princípio da beneficência) e o respeito pela autonomia do paciente (Pereira, 2007), em uma situação, por exemplo, em que o paciente manifeste o desejo de eutanásia ou suicídio assistido. Por outro lado, não se pode inferir pelo fracasso da autonomia – prova disso, são as diretivas antecipadas de vontade que funcionam como um meio termo, um justo meio (citando a ética aristotélica) entre a atuação do médico e autonomia do paciente, “potencializando maior

segurança e conforto às partes, pois a dignidade humana vem a ser o fundamento da autonomia funcionando como um limite à autonomia priorizando-se pela alteridade e responsabilidade existencial do outro [...]” (Coninck, 2017).

Para a autora, sob a perspectiva das diretivas antecipadas de vontade,

[...] a autonomia possui natureza decisória, ética, médica e jurídica, embasada na dignidade da pessoa humana e no respeito pelos princípios da alteridade e da responsabilidade pelo outro no campo da Bioética aplicada à clínica médica. Consiste em uma autonomia moderada e responsável que contempla a possibilidade da realização das declarações prévias (testamento vital) e do mandato vindouro, sendo necessária estreita intimidade entre o paciente e seus procuradores, de forma que sejam atendidos os desejos daquele. (Coninck, 2017).

Vê-se, então, que as “diretivas podem contemplar a renúncia e a suspensão de intervenções médicas que prolonguem a vida e o sofrimento quando em fase terminal ou acometido de doença incapacitante incurável e irreversível causadora de extremo sofrimento” (Coninck, 2017). A autora recorda que há a defesa de uma autonomia participativa, porém, não decisória, até o alcance da maioridade civil e que as diretivas precisam ser regulamentadas em legislação específica, de forma a garantir segurança jurídica às partes. Para ela, enquanto essa regulamentação ainda não exista, os médicos podem exercer seu direito de objeção de consciência, desabilitando-se para a execução das disposições de vontade do paciente. Nesse caso, explica que os estabelecimentos de saúde devem, “a partir da colaboração com outros profissionais da saúde ou estabelecimentos de saúde, promover a transferência desses pacientes para serem atendidos por pessoas habilitadas” (Coninck, 2017). E ainda ressalta que todas as pessoas envolvidas, “tanto na elaboração como na execução das diretivas, devem manter sigilo confidencial sob pena de responsabilização disciplinar, civil ou penal”.

Para Coninck (2017), as diretivas antecipadas de vontade não precisam, em tese, representar uma condição para concretizar a morte digna, por estarem previstas implicitamente sob o nome de morte (vida) digna no ordenamento jurídico brasileiro, mas que são necessárias na prática, “tendo em vista a complexidade do tema pelo envolvimento de matérias sensíveis não pacificadas e abstratas como a vida, a autonomia, a dignidade e a morte”. Assim, para a autora, a “formalização em cartório de registro pode garantir segurança tanto para o paciente quanto para o médico, evitando-se, assim, conflitos entre estes e os familiares do enfermo se este encontrar-se incapacitado para manifestar suas escolhas” (Coninck, 2017).



### **3 OBJETIVOS**

- a) Levantar dados sociodemográficos dos profissionais pesquisados;
- b) Conhecer o significado de DAV para os médicos da Atenção Primária à Saúde.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Este estudo é descritivo, exploratório, transversal. De abordagem qualitativa, utilizando a análise do Discurso do Sujeito Coletivo que, segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos.

### **4.2 Local do estudo**

Esta pesquisa foi realizada em três cidades do sul de Minas Gerais: Munhoz, Borda da Mata e Pouso Alegre. Munhoz é uma cidade de 6.257 habitantes, sua área é de 191,1 km<sup>2</sup>, com a população urbana composta por 3.319 pessoas e a rural por 2.938. Na área da saúde, o município possui três Estratégias Saúde da Família (ESF) e um Posto de Saúde, sendo que duas unidades estão localizadas no bairro Ribeirão Fundo e outra no bairro São Roque. O município de Borda da Mata é uma cidade com 19.055 habitantes. Na área da saúde, o município possui seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), além dos atendimentos de urgência e emergência no Pronto Atendimento Municipal, localizado no Hospital Monsenhor Pedro Cintra, e consultas no ambulatório do Centro de Saúde Benedito Cobra Neto. A cidade de Pouso Alegre possui uma população estimada em 148.862 habitantes, há inúmeras clínicas de saúde, centro de medicina nuclear e três hospitais, sendo o maior deles o Hospital das Clínicas Samuel Libânio, que conta com um centro oncológico e um hemocentro estadual, este pertencente a Fundação Hemominas. O município possui ainda 32 UBS.

### **4.3 População e amostra**

A população deste estudo foi de 20 médicos formados e atuantes em Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Pronto Atendimento (PA), dos quais apenas 17 responderam ao questionário sendo os outros três descartados devido a incongruência de respostas, não gerando discurso, ou seja, responderam apenas sim e não à pergunta do trabalho, mesmo depois de serem orientados. Foi utilizada uma amostragem não probabilística por conveniência. Segundo Malhotra *et al* (2005), esse tipo de amostragem não depende do acaso, mas do julgamento do pesquisador. Ele escolhe os elementos da amostra arbitrariamente, de acordo com a conveniência, segundo seleção dos elementos aos quais se tem acesso.

### **4.4 Critérios de elegibilidade**

#### **4.4.1 Critérios de inclusão**

Os critérios de inclusão dos participantes desta pesquisa foram:

- Médicos formados e atuantes na ESF e PA dos municípios de Munhoz, Borda da Mata e Pouso Alegre;
- assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3);
- ser contratado do serviço de ESF e Pronto Atendimento.

#### **4.4.2 Critérios de exclusão**

Os critérios de exclusão dos participantes desta pesquisa foram:

- Não concordarem em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- participantes que desejarem sair da pesquisa por sua própria vontade;
- estar em afastamento do serviço.

#### **4.5 Instrumentos de pesquisa**

Como instrumento de pesquisa deste estudo, foi utilizado um questionário sociodemográfico (APÊNDICE 1), com as seguintes variáveis: especialidade médica, sexo, idade, religião e tempo de formação e área de atuação. Foi realizada também uma entrevista semiestruturada, com uma pergunta acerca do tema Testamento Vital (APÊNDICE 2).

Os dados foram coletados através da escrita pelo pesquisador, com posterior destruição das fichas após a finalização do trabalho, garantindo ao entrevistado sigilo absoluto e protegendo-o de quaisquer danos à sua integridade física, moral e psicológica.

#### **4.6 Procedimentos para coleta de dados**

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados de acordo com sua disponibilidade na ESF e pronto atendimento e convidados a participar da pesquisa, após tomarem conhecimento de seu propósito, seus objetivos e conteúdo.

Após concordarem em participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3); em seguida, pesquisador e entrevistados dirigiram-se a um lugar livre de interferências externas, dando-se início a aplicação da entrevista semiestruturada, composta por dados sociodemográficos e a pergunta norteadora.

#### **4.7 Análise dos dados**

Os dados sociodemográficos foram submetidos a análise descritiva.

Para a análise dos dados obtidos através da entrevista semiestruturada, utilizou-se o DSC, redigido na primeira pessoa do singular, composto por expressões chaves (ECH); ideias centrais (IC) e ancoragem (AC).

A técnica consistiu, conforme Figueiredo et al (2013), basicamente, em:

1 - analisar o material verbal coletado na pesquisa, ou seja, os depoimentos, extraíndo-se de cada um destes as Ideias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave;

2 - compor um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), sendo que as expressões chave (ECH) são pedaços, trechos do discurso, que foram destacados pela pesquisadora, e que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria subjacente, por meio das Ideias Centrais/Ancoragens e Expressões Chave semelhantes;

3 - estabelecer a Ideia Central (IC), ou seja, um nome ou expressão linguística que revela, descreve e nomeia, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido (s) presentes em cada uma das respostas analisadas e de cada conjunto homogêneo de ECH, formando, depois, o DSC. Sendo que algumas ECH remetem não apenas a uma IC correspondente, mas também e explicitamente a uma afirmação denominada Ancoragem (AC), que é a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer;

4 - reunir, num só discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular de ECH que têm ICs ou Acs semelhantes ou complementares, originando o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

#### **4.8 Procedimentos éticos**

Esta pesquisa segue as determinações da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define os procedimentos éticos para a pesquisa em seres humanos. Foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP), com o protocolo CAAE 71348517.5.0000.5102/ 2.210.763.

## 5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em dois momentos. No primeiro, foram analisados os dados sociodemográficos de todos os 20 participantes (tabela 1). Em um segundo momento, foram apresentados os resultados da análise qualitativa, tendo como base o Discurso do Sujeito Coletivo.

**Tabela 1** – Dados sociodemográficos

<b>Características pessoais</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	8	40%
Feminino	11	55%
Não informou	1	5%
<b>Especialidade</b>		
Cardiologia	1	5%
Cirurgia Geral	1	5%
Clínica Geral	2	10%
Clínica Médica	4	20%
Gastro	1	5%
Geriatria	2	10%
Ginecologia	1	5%
Médico de família	1	5%
Otorrino	1	5%
Oftalmo	1	5%
Pediatria	3	15%
Psiquiatria	2	10%
<b>Religião</b>		

Católica	14	70%
Espírita	4	20%
Evangélica	0	0
Protestante	0	0
Outras	2	10%

Fonte: Instrumento de Pesquisa

A casuística descreve a média de idade dos médicos sendo de 45 anos, sendo que as variáveis quantitativas foram descritas por meio de medidas de tendência central, média e mediana, e por medidas de dispersão, ou seja, desvio padrão (13,31). Ainda, encontrou-se, na maioria, 11 (55%) participantes do sexo feminino. A maioria dos entrevistados eram especialistas em clínica médica, sendo 20% dos participantes. Quanto à religião, 70% eram católicos.

## 5.1 Resultados qualitativos

Os resultados da análise qualitativa foram descritos em forma de tabelas, quadros e figuras. Toda a análise partiu de uma pergunta disparadora: “Se alguém lhe perguntasse sobre testamento vital ou Diretivas Antecipadas de Vontade, o que falaria?” Após as entrevistas os dados foram lidos e transcritos em sua íntegra, foram apresentadas como instrumento de análise do discurso 1 (IAD1). Quadro 1:

### 5.1.1 Instrumento de Análise do Discurso 1 (IAD1)

**Quadro 1** – Instrumento de Análise do Discurso 1 (IAD1)

SUJEITO	EXPRESSÃO CHAVE (EC)	IDEIAS CENTRAIS (IC)
1	“É a vontade expressa pela pessoa a respeito de um tratamento que ela deseja ter, principalmente com relação a doenças que a Medicina ainda carece de cura”.	Vontade expressa.

2	“Trata-se da expressão dos desejos, pelo paciente, sobre os cuidados realizados ao fim da vida (terminalidade). Momento este que muitas vezes o paciente encontra-se incapaz de tomar decisões”.	Expressão dos desejos.
3	“Que se trata de uma declaração antecipada da vontade, onde a pessoa esclarece quais tratamentos aceitaria em caso de enfermidade”.	Declaração antecipada da vontade.
4	“Que é cuja resolução do CFM, que apoio e respeito. Clara vez que o paciente esteja lúcido, orientado, sua vontade e direitos deve ser respeitada”	Vontade e direitos.
5	“Que no meu ver ainda não tem amparo judicial, mas na verdade pode ser elaborado. – Retrata um desejo de um ser humano em seus (para) os momentos finais da vida. – Onde expressa a posição sobre o estágio final, como morte cerebral, na prática de condutas ou não. – Documento formalizado com o(a) paciente em plena capacidade mental, não sendo portador(a) de qualquer mal-estar físico ou psíquico”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desejo do ser humano.</li> <li>• Documento.</li> </ul>
6	“Que as pessoas têm o direito de decisão, de serem respeitadas. Nossa cultura brasileira, muitas vezes, burla regras e direitos de pessoas que estão frágeis. Alguns acreditam que podem e ‘sabem’ mais que outros. Prepotência.”	Direito de decisão.
7	“Sou favorável a que a manifestação sobre a própria vida seja expressa e respeitada”.	Vontade expressa.
8	“Vontade do paciente referente ao seu tratamento e decisão em realizá-lo ou não”.	Vontade expressa
9	“Justo respeito”.	Respeito.
10	“Vontade do paciente em relação às condutas médicas em sua fase terminal.”	Vontade do paciente.
11	“Um documento feito por uma pessoa, em perfeita	Vontade expressa.



	consciência, de como gostaria que fosse tratada em caso de doença terminal.”	
12	“Tentar convencer o paciente e familiares o que é melhor para ele.”	(Não respondeu à questão)
13	“É a vontade do paciente perante a doença em questão”.	Vontade expressa.
14	“Que é o que ela deseja, em vida e consciente, o seu desejo com relação à sua vida/ morte. Por exemplo: você deseja doar seus órgãos? Você deseja ficar vivendo com auxílio de aparelhos?”	Desejo expresso.
15	“Que é um instrumento de respeito à vontade do paciente. Com as mudanças na sociedade, ganhou força o entendimento de o paternalismo médico não mais corresponder aos bens e interesses do paciente. Os excessos terapêuticos no final da vida, desnaturalizando o processo de morrer, passaram a ser sentidos como agressivos, ensejando, como reações, movimentos na sociedade no sentido de assegurar, àqueles que não desejam ser submetidos à excessos de tratamento, um modo de ser assegurado o respeito à sua autonomia. Tenho, como médico, algumas dúvidas quanto ao conhecimento pelo médico, se o paciente que está sendo atendido elaborou ou não, no passado, um testamento vital. Também tenho receios quanto à segurança que os médicos podem ter de não serem questionados judicialmente, pelos familiares do paciente, por não ter feito tudo que era possível para salvar o paciente, caso a opinião dos familiares não seja a mesma do paciente e o médico siga o testamento vital do paciente.”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vontade do paciente.</li> <li>• Dúvidas no conhecimento.</li> </ul>
16	“É um instrumento útil para que a família e paciente possam estar mais seguros sobre os desejos/	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desejo do paciente.</li> <li>• Exercício da</li> </ul>

	vontades dos pacientes. Em geral, as instruções destes testamentos aplicam-se sobre uma condição terminal, estado de inconsciência/ coma ou dano cerebral importante; Auxilia também como respaldo ao profissional médico mesmo que ainda não esteja sendo realizada de forma plena o Brasil. Além disso, entra no bojo do cuidado paliativo, pois se torna uma, digo, se põe como uma oportunidade para trabalhar a finitude e exercício da autonomia. Para mim, o TV é uma forma de cuidado centrado na pessoa onde o tratamento/cuidado é feito de forma dialógica ponderamos sobre as melhores formas de cuidado que possam abarcar o cuidado danoso em relação ao cuidado que for preciso ser feito.”	autonomia. • Cuidado centrado no paciente.
17	Direito do ser humano com cognição preservada de opinar sobre a realidade terminal da vida, direcionando o tratamento/ acompanhamento terminais.	Direito do ser humano.
18	Sim	(Não respondeu à questão)
19	Não	(Não respondeu à questão)
20	Sim	(Não respondeu à questão)

Fonte: Instrumento de pesquisa

Após a transcrição na íntegra, as expressões-chave foram lidas novamente.

### 5.1.2 Ideias centrais e sujeitos

As ideias centrais e seus respectivos sujeitos foram organizadas no Quadro 3.

**Quadro 2 – Ideias centrais e sujeitos**

<b>IC</b>	<b>Sujeito</b>
Vontade expressa	1
Expressão dos desejos	2
Declaração antecipada	3
Vontades e direitos	4
Desejo do ser humano	5
Documento	
Direito de decisão	6
Vontade expressa	7
Vontade expressa	8
Respeito	9
Vontade do paciente	10
Vontade expressa	11
Vontade expressa	13
Desejo expresso	14
Vontade do paciente	15
Exercício da autonomia	16
Cuidado centrado no paciente	
Direito do ser humano	17

Fonte: Instrumento de pesquisa

### 5.1.3 Frequência de IC

A frequência de IC e sujeito para a pergunta: “Se alguém lhe perguntasse sobre testamento vital ou Diretivas Antecipadas de Vontade, o que falaria?”

**Quadro 3 – Frequência de IC**

SUJEITO	IC	FREQUÊNCIA
1, 2, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15	Vontade expressa	9
3	Declaração antecipada	1
4, 6, 5, 9, 15, 17	Documento, direito de decisão, respeito	6
16	Exercício da autonomia	1
16	Cuidado centrado no paciente	1

Fonte: Instrumento de pesquisa

**Quadro 4 – Sujeitos, Ideias centrais (IC) e Expressões chaves (EC) IAD2**

SUJEITO	IC	EC
1, 2, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15	Vontade expressa	É a <b>vontade expressa pela pessoa...</b> , “...expressão dos desejos, pelo paciente”, “...a manifestação sobre a própria vida seja expressa e respeitada”, “Vontade do paciente...”, <b>Documento feito por uma pessoa</b> , em perfeita consciência, de como gostaria que fosse tratada...”, “É a vontade do paciente...”, “... o que ela deseja...”, “... um instrumento de respeito à vontade do paciente.”
3	Declaração antecipada	“... uma declaração antecipada da vontade...”
4, 5, 6, 9, 15, 17	Documento, direito de decisão, respeito	“Pode ser elaborado documento formalizado...”, “...sua vontade e direitos deve ser respeitada”, “um desejo de um ser humano”, “...as pessoas têm o direito de decisão, de serem respeitadas”, “...respeito”, “...um instrumento de respeito à vontade do paciente”, “Direito do ser humano...”
16	Exercício da autonomia	“...uma oportunidade para trabalhar a finitude e exercício da autonomia”,
16	Cuidado centrado no paciente	“o TV é uma forma de cuidado centrado na pessoa onde o tratamento/cuidado é feito de forma dialógica...”

Fonte: Instrumento de pesquisa

### 5.1.4 Agrupamentos das ICs iguais e semelhantes e das ECs do IAD2 complementares

**Quadro 5** – Agrupamentos das ICs iguais e semelhantes e das ECs do IAD 2 complementares

IC	AGRUPAMENTO
Vontade expressa	“É a vontade expressa pela pessoa, a expressão dos desejos, a manifestação sobre a própria vida expressa e respeitada, a vontade do paciente, por meio de um documento feito, em perfeita consciência, de como gostaria que fosse tratada, um instrumento de respeito à vontade do paciente.”
Declaração antecipada	Uma declaração antecipada da vontade.
Documento, direito de decisão, respeito	“Pode ser elaborado documento formalizado, com a vontade e direitos que devem ser respeitados como desejo e direito do ser humano, pois as pessoas têm o direito de decisão, de serem respeitadas, ou seja, um instrumento de respeito à vontade do paciente”
Exercício da autonomia	“Uma oportunidade para trabalhar a finitude e exercício da autonomia”.
Cuidado centrado no paciente	“Uma forma de cuidado centrado na pessoa”.

Fonte: Instrumento de pesquisa

### 5.1.5 Discurso do Sujeito Coletivo

As falas a seguir foram das IC e seus respectivos DSC.

#### IC - Vontade expressa

### **DSC**

“É a vontade expressa pela pessoa, a expressão dos desejos, a manifestação sobre a própria vida expressa e respeitada, a vontade do paciente, por meio de um documento feito, em perfeita consciência, de como gostaria que fosse tratada, um instrumento de respeito à vontade do paciente.”

#### **IC - Declaração antecipada**

“Uma declaração antecipada da vontade.”

#### **IC - Documento, direito de decisão, respeito**

“Pode ser elaborado documento formalizado, com a vontade e direitos que devem ser respeitados como desejo e direito do ser humano, pois as pessoas têm o direito de decisão, de serem respeitadas, ou seja, um instrumento de respeito à vontade do paciente”

#### **IC - Exercício da autonomia**

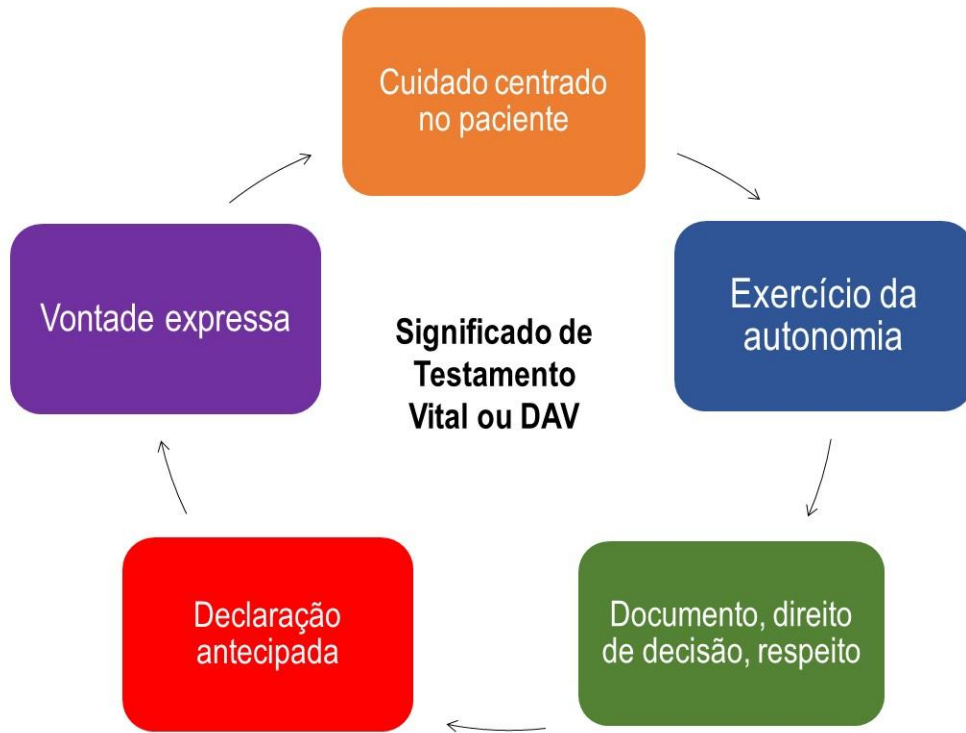
“Uma oportunidade para trabalhar a finitude e exercício da autonomia”.

#### **IC - Cuidado centrado no paciente**

“Uma forma de cuidado centrado na pessoa”.

Em relação à pergunta norteadora aos profissionais médicos, após as análises das respostas, foram identificadas cinco ideias centrais as quais podem ser encontradas na Figura 1, por meio do proposto por Lefèvre e Lefèvre (2005).

**Figura 1 – Ideias Centrais**



Fonte: Autora

## 6 DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos apontaram que, entre os 20 pesquisados, a maioria é formada por mulheres (55%), os homens representam 40%. A idade média dos pesquisados é de 45 anos. Várias especialidades estão contempladas na pesquisa, sendo o maior número de clínica médica (20%), seguido de pediatria com 15% e clínica geral, geriatria e psiquiatria, com 10% cada. As demais especialidades, cardiologia, gastro, ginecologia e otorrino, tiveram uma representatividade de 5% cada. Em relação à religião, a maioria se apresenta como católica (70%); quatro pessoas disseram ser espíritas (20%) e a opção Outras obteve a resposta de dois pesquisados (10%).

Em relação às ICs, estas foram agrupadas em “Vontade expressa”, “Declaração antecipada”, “Documento, direito de decisão, respeito”, “Exercício da autonomia” e “Cuidado centrado no paciente”. Uma considerável parte dos pesquisados parece compreender que as DAV se inserem no campo do direito e da declaração, o que leva ao entendimento desse instrumento como prescrição legal e ou jurídica. Pode ser um indício de que, para os médicos, as resoluções do CFM são consideradas mandatárias, interpretadas como leis, embora não tenham essa conotação, como visto neste trabalho. Pode ser indício também de que ainda não se efetivou, para esta parcela dos profissionais, uma visão da autonomia do paciente como parte de sua dignidade como pessoa. Ainda, pode refletir que a “norma” é cumprida por força da “lei”, mas não de uma consciência de sua necessidade, diante do ser humano que está à sua frente. Pode ser que este ainda seja visto sob a forma paternalista que muitos profissionais da saúde tratam seus pacientes.

Observando-se esta compreensão das DAV, é possível também afirmar que muitos profissionais se colocam diante da terminalidade da vida de forma racional, evitando uma relação humanizada, em que a comunicação médico-paciente se permeie pela sensibilidade e pelo afeto. Aponta-se, também, para o fato de que muitos profissionais da área médica têm dificuldade com o tema da terminalidade da vida, principalmente, diante do portador de doença terminal. Portanto, compreender as DAV como “direito” ou “declaração” seria uma forma “fria” de tratar a terminalidade da vida. Ou, pelo menos, a tentativa de racionalizar essa etapa da relação médico-paciente, sem se envolver afetivamente nesta relação.

Vê-se que, de modo geral, parece haver, independentemente de legislação, dificuldade na adesão às diretivas antecipadas de vontade, o que indica a necessidade de



maior divulgação para o público e profissionais de saúde. E, também, pode haver a dificuldade de abordar o tema das diretivas antecipadas de vontade estando isso diretamente ligado à dificuldade de discutir e lidar com pacientes que se aproximam da terminalidade. Assim, debater a possibilidade de elaborar este documento poderia ser forma de facilitar o diálogo, permitindo que angústias, incertezas e medos sejam revelados e esclarecidos, melhorando a relação dos envolvidos e potencializando sua qualidade de vida (Monteiro, Silva Junior, 2019).

Outra parte dos respondentes apresenta sua compreensão das DAV como expressão da vontade do paciente, um exercício da autonomia e a visão do cuidado centrado no paciente. Nesse âmbito, essa compressão pode significar que a educação profissional dos médicos, ao abordar o cuidado com o sujeito em fase terminal, vem mudando a percepção dos mesmos sobre a autonomia do paciente e sua dignidade como ser humano. Assim, se percebe as DAV como instrumento para garantir a dignidade do paciente, humanizando a relação entre este e o profissional médico. A terminalidade da vida pode ser, aqui, compreendida como uma fase a ser vivenciada com dignidade, em que o tratamento de saúde colabore para a qualidade de vida na perspectiva do que seja possível em cada momento. Assim, percebe-se que os cuidados no final da vida devem envolver solidariedade, compromisso e compaixão e não posições autoritárias e paternalistas. O grande desafio seria permitir que se viva com qualidade a própria morte (Kovács, 2014).

Há a necessidade de recolocar a pessoa no centro do processo, favorecendo a dignidade e autonomia de suas escolhas, o sentido de pertencimento – providências que se tornam ainda mais urgentes quando se trata de pessoas vulneráveis. A humanização envolve solidariedade, compaixão, aproximação e respeito (Kovács, 2014).

É fácil compreender que doenças podem ser ameaças à autonomia do paciente, o que facilita o exercício do paternalismo e a superproteção por familiares e profissionais de saúde. No entanto, parte importante dos cuidados no final da vida é facilitar o exercício da autonomia e decisões de pessoas enfermas, que trazem consigo sua biografia (Kovács, 2014).

O termo “vontade” pode melhor traduzir esta compreensão das DAV: mais do que uma norma ou legislação, ouvir o paciente e deixá-lo assumir a decisão sobre o tratamento, em fase terminal da vida, pode ser considerado como um gesto de afeto e respeito. O sujeito que está recebendo o tratamento é um outro e não um objeto. Tem consciência e vontade, e pode expressá-la e ser atendido.

A sociedade mudou muito seus valores desde a criação do Código de Ética Médica, suas concepções de autonomia e direito, a partir dos avanços científicos e

tecnológicos, também mudou a relação do médico-paciente, o paternalismo vai abrindo espaço para autonomia do mesmo.

Com visões de diferentes profissionais, surge uma nova identidade do médico como orientador do paciente como um todo, não só em seu biológico, mas preparado para atender integralmente, considerando o social, o psicológico e o espiritual, com direitos e decisões que lhe garantem dignidade na vida e no processo de morrer, respeitando, assim, sua autonomia, que é um dos princípios da Bioética, garantido também pelo testamento vital.

O médico assiste o paciente nos cuidados paliativos, pois é vedado ao mesmo abandonar o paciente na doença, mas, nas situações clínicas irreversíveis e terminais, ele deve evitar procedimento desnecessário, propiciando todos os cuidados paliativos que julgar necessário. Uma questão ética é que é vedado ao médico abreviar a vida do paciente a pedido dele ou de responsável, mas, deve levar em conta a vontade dele ou de seu representante legal. Ou seja, é proibida a prática da eutanásia e a distanásia; é algo novo, com possibilidade de ofertar cuidados paliativos, em uma situação onde não há cura, com doença crônica degenerativa, fase final de vida ou sem prognóstico positivo.

O doente nunca morre nos 19 princípios fundamentais da Constituição de 1988. Em um momento cultural de negação, não aceitamos a morte, natural do ser humano. Agora, com 25 princípios avançados, assume-se a finitude humana e se propõe cuidados paliativos na terminalidade da vida. Evitando, assim, a distanásia, inútil e fútil, em que prolonga o processo de morrer, impondo sofrimento desnecessário ao médico, à família e, principalmente, ao paciente, que está ganhando mais anos à vida ou mais qualidade de vida aos anos.

A busca pela cura ocorre quando a saúde, entendida como bem-estar biológico, psicossocial e espiritual, é plenamente restabelecida (Pessini, Bertachini, 2004). O profissional médico está para zelar da integralidade, identidade e dignidade, também, no processo de morrer. Segundo Gutierrez (2001), a terminalidade da vida é quando se esgotam as possibilidades de resgatar as condições de saúde, e a possibilidade da morte é previsível e inevitável. Há uma ampla conduta que pode ser oferecida ao paciente quando isto acontece, visando alívio da dor, cuidado com familiares, acompanhados por alguém que dê suporte necessário para este momento (Marengo, Flávio, Silva, 2009).

Humanização multidisciplinar, com amor, respeito e solidariedade, corresponde a uma abordagem humanista, para tratamento sem possibilidade de cura dos seres humanos, aumentando a qualidade de vida e reduzindo os sintomas das doenças, favorecendo a despedida, preparando para a separação e cuidando daqueles que ficarão.

É necessário ouvir, do outro, palavras de reconhecimento. De acordo com Waldow (2006), há uma dificuldade de comunicação entre as pessoas enfermas e os seus familiares, com sentimentos que não são expressos ou, aparentemente, compreendidos. Em um ambiente acolhedor, cabe ao profissional deixar família e paciente se expressarem como forma de não calar o luto (Marengo, Flávio, Silva, 2009).

A humanização nos cuidados paliativos tem como base a dignidade humana, que entende a morte como parte natural da vida, frente aos familiares e profissionais envolvidos. A necessidade de preparar profissionais com qualidade para a terminalidade da vida surge como prioridade. Como afirma Mauksch (1975), morrer é uma experiência total e na hora de morrer o órgão afetado deixa de ser item básico, ou seja, não é o mais importante, e sim o contexto o todo em que se está inserido (Pessini, Bertachini, 2004).

A Bioética é um ramo da Ética que propõe reflexos acerca de situações limites como a terminalidade da vida, propondo o processo de morrer com dignidade, respeitando a autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. De acordo com Torres (2003), a Bioética propõe, como princípios básicos, a Justiça, a Autonomia, a Beneficência e a Não-Maleficência. Esses princípios se tornaram a base da ética profissional na área da saúde. Nesse sentido, é preciso respeitar uma decisão tomada com liberdade pelo paciente, para garantir a dignidade da pessoa humana, pois, a falta de limites nos cuidados terapêuticos contrapõe-se aos princípios éticos da beneficência e não maleficência.

O morrer se tornou mais problemático, com escolhas difíceis e dilemas éticos. A Bioética deve ajudar o profissional da área a repensar o seu papel dentro da saúde. Em alguns casos, a relação profissional/paciente pode acabar se tornando quase paternalismo, e os profissionais de saúde respondem com medo e ansiedade, sendo a solução uma formação apropriada sobre o assunto, existindo uma maior humanização do homem com os outros.

O remédio mais eficaz seria a qualidade do relacionamento mantido entre sujeito cuidador e o enfermo. Quando se deixa de humanizar a relação médico-paciente, tentando racionalizar quase todas as atitudes, isso dificulta a relação de confiança com toda a equipe de saúde, não havendo a empatia em ambas as partes. De acordo com Boff (1999), o cuidado humano não deve ser tratado como intervenção (sujeito com objeto), mas como uma relação de sujeito com sujeito, como interação.

Os profissionais já vivenciaram mortes de pacientes em fase terminal, mas têm dificuldade em tratar com indivíduo em fase terminal, e não se toca no assunto com o mesmo, pois há o despreparo humanístico em sua formação. Há três elementos fundamentais nos

cuidados paliativos: compaixão, humildade e honestidade. Isso requer maturidade que só vem com a experiência, com humanismo e competência técnico-científica.

A respeito de questões éticas, o desafio é considerar a dignidade perante a proximidade da morte, para além da dimensão biológica da perspectiva médico-hospitalar. Trata-se de uma nova visão diante da realidade social, em que a singularidade e autonomia sejam valorizadas, principalmente, quando a vida se encontra mais próxima da morte.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar esta pesquisa, o objetivo proposto foi o de identificar qual o significado, para médicos que atuam no atendimento primário à saúde, das Diretivas Antecipadas de Vontade, em vista de orientação a seus pacientes. Junto ao grupo pesquisado, foi possível levantar que a compreensão das DAV se enquadra mais no campo legal e ou jurídico, como norma ou lei, do que como a consciência de sua necessidade diante do ser humano em situação de terminalidade da vida. Foi possível observar, no grupo pesquisado, que a compreensão sobre as DAV se divide em dois grupos: um que as compreende como direito, norma e, por isso, devem ser respeitadas, e outro grupo que as compreende como instrumento para que o paciente possa exercer sua autonomia, seu poder de decisão, garantindo-lhe a escolha diante da terminalidade da vida.

O DSC produzido remete à ideia de que as DAV são respeitadas dado a preocupação com questões legais do CFM e não porque os profissionais foram incitados e estimulados, desde a graduação, a discutir em disciplinas que trabalham a Bioética. Por detrás do direito e da autonomia reside uma pessoa, com sua história e suas concepções próprias sobre a vida, a doença, a terminalidade e a morte. Portanto, será preciso um envolvimento e compromisso maior, no sentido de entender que as DAV se inserem na lógica do respeito de tomadas de decisão, o que garante a dignidade da pessoa humana. Não se trata, portanto, apenas de cumprimento legal, mas de um instrumento, entre outras condutas, para a garantia dos direitos humanos do paciente em fase terminal da vida, quando este foi capaz, orientado devidamente, de formular seu testamento vital, seja por escrito ou não.

Foi possível, por meio da revisão de literatura, perceber que, junto a esta forma de compreender as DAV, ainda restrita ao aspecto legal, pode estar a dificuldade dos profissionais da área de saúde de se confrontarem com a terminalidade da vida, visto que são preparados para fazer viver e não para assistir à morte de seus pacientes. Chega-se, então, à necessidade de se preparar, adequadamente, os profissionais médicos e demais, para esta realidade, de forma a humanizar a relação médico-paciente, na estreita relação entre vida e morte. As DAV, assim, podem ser colocadas como uma prática de aproximação dos sujeitos dessa relação por meio da compreensão da finitude da vida e, por isso, de sua valorização e da valorização da capacidade do paciente em entender e discernir, quando for necessário, sobre a forma como deve ser cuidado quando já não mais puder fazê-lo conscientemente.

A Bioética apresenta, como princípios básicos, a Justiça, a Autonomia, a Beneficência e a Não-Maleficência. Esses também são os princípios da ética profissional na área de saúde. A valorização da vida, nesse sentido, não se fecha no aspecto da cura, da recuperação da saúde, unicamente, já que estas são limitadas e se condicionam a diversos fatores que a medicina, nem sempre, conseguirá responder, mas também no direito que cada pessoa tem de definir os limites aceitáveis de seu tratamento. Não porque lhe custe viver, mas porque sabe que o morrer também precisa ser digno.

Um dos questionamentos que permeiam a pesquisa, diz respeito ao porquê não se aborda ou se aborda superficialmente, a bioética nos cursos de graduação, em especial aos cursos da área da saúde. Os discentes estarão em um futuro lidando em seu cotidiano com a dualidade vida-morte, com a terminalidade da vida e com outras questões complexas, as quais a bioética e seus princípios podem auxiliar no seu desenrolar; com respeito à autonomia e a decisão.

Ainda permanecem alguns questionamentos, sobre como é tratada a questão das DAV a nível local, nos espaços de saúde e como se desenrola a discussão bioética na Academia. Nesse sentido, aponta-se como limitação da pesquisa o cenário de investigação e o foco em uma profissão de saúde apenas, que impedem, em certa medida, a compreensão desse panorama sutil, mas de modo algum retira os méritos na descrição do que, nesse contexto local, os médicos compreendem as DAV e como ela permeia a sua prática clínica. Seria interessante também um aprofundamento na compreensão das variáveis sociodemográficas dos participantes, no intuito de caracterizar o sujeito em todas as suas esferas biopsicossociais, relacionais e de saúde.

Ressalta-se que este trabalho não visou exaurir as discussões, pelo contrário, propõe-se refletir atitudes dos profissionais de saúde na atenção nos momentos de finitude e morte, assim, espera-se que a pesquisa contribua ao desenvolvimento de áreas da ciência (psicologia, medicina, tanatologia, saúde pública e bioética), com aperfeiçoamento da prática profissional em saúde, em outros contextos assistenciais (como a UTI) e com outros profissionais. Que sobretudo compreenda que enfrentar a morte não necessariamente precisa ser doloroso ou inaceitável. A compreensão do limite da vida humana não limita a sua dignidade, mas pode expandi-la. O ser humano deve ser tratado com dignidade no viver e no morrer.

## 8 REFERÊNCIAS

ALVES, C. A. Diretivas antecipadas de vontade e testamento vital: uma interface nacional e internacional. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Bioética, cuidado e humanização**: das origens à contemporaneidade. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2014. p. 137-157.

ARAÚJO, P. V. R.; VIEIRA, M. J. A questão da morte e do morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 3, p. 361-363, 2004. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019636022.pdf>. Acesso em 22 ago. 2019.

BATISTA K. T.; SEIDL, E. M. F. Estudo acerca de decisões éticas na terminalidade da vida em unidade de terapia intensiva. **Comunicação em Ciências Saúde**, v. 22, n. 1, p. 51-60, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista\\_ESCS\\_v22\\_n1\\_a08\\_estudo\\_acerca\\_decisoes\\_eticas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v22_n1_a08_estudo_acerca_decisoes_eticas.pdf). Acesso em 22 ago. 2019.

BELLATO R.; CARVALHO, E. C. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 99-104, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692005000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000100016&lng=en&nrm=iso). Acesso em 15 fev. 2015.

BOMTEMPO, T. V. A ortotanásia e o direito de viver com dignidade: uma análise constitucional. **Âmbito Jurídico**, v. 14, n. 89, p. 1-22, 2011. Disponível em: [http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=9645&revista\\_caderno=9](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9645&revista_caderno=9). Acesso em: 02 fev. 2019.

BOSCO, P. S.; SANTIAGO, L. C.; FERREIRA, E.C.; CARNEIRO, B. M. Ser enfermeiro e/ou ser humano: a dualidade no cuidado de enfermagem a clientes terminais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 2, n. 4, p. 1463-1469, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750833015.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: Inca, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 276, 23 23 nov. 2018 nov. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/Resoluc%CC%A7ao-CP.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

CALLAHAN, D. Bioética: alguns aspectos de sua gênese e de seu desenvolvimento. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. 8.ed. São Paulo: Loyola. 2007. p. 25-54.

CHEHUEN NETO, J. A.; FERREIRA, R. E.; SILVA, N. C. S.; DELGADO, A. H. A.; TABEL, C. G.; ALMEIDA, G. G.; VIERIA, I F. Testamento vital: o que pensam profissionais de saúde? **Revista Bioética**, v. 23, n. 3, p. 572-578, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/1983-8034-bioet-23-3-0572.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.



COHEN, C.; GOBBETTI, G. J. Há autonomia para o paciente na UTI? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 3, p. 181-182, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000300017&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 fev. 2019.

CONINCK, B. D. B. **Diretivas antecipadas de vontade e o direito de morrer com dignidade**. Joaçaba (SC): Ed. Unoesc; 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.931. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, Seção I, p. 90, 17 set. 2009. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931\\_2009.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.pdf). Acesso em: 13 fev. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**, Seção I, p. 269-270, 9 ago. 2012. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf). Acesso em: 02 fev. 2019.

DADALTO, L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 106-112, 2013a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a12v21n1>. Acesso em: 02 fev. 2019.

DADALTO, L. Aspectos registrais das diretivas antecipadas de vontade. **Civilistica.com**, v. 2, n. 4, p. 1-9, 2013b. Disponível em: <http://testamentovital.com.br/wp-content/uploads/2018/05/Aspectos-registrais-das-diretivas-antecipadas-de-vontade.pdf>. Acesso em 23 jul. 2019.

DADALTO, L.; TUPINAMBÁS, U.; GRECO, D. B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 463-476, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a11v21n3.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética**. 7reimp. São Paulo: Brasiliense, 2012.

FIGUEIREDO, M. Z.A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, v. 25, n. 1, p. 129-136, 2013. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/14931/11139>. Acesso em: 23 jul. 2019.

FRANÇA, G. V. A velha e a nova ética médica. **Gaceta Internacional de Ciencias Forenses**, v. 9, p. 4-8, 2013. Disponível em: [https://www.uv.es/gicf/2TA1\\_Fransa\\_GICF\\_09.pdf](https://www.uv.es/gicf/2TA1_Fransa_GICF_09.pdf). Acesso em: 23 jul. 2019.

GUSMÃO, A. Testamento vital. **Arquivos do CRM-PR**, v. 30, n. 118, p. 1-2, 2013. Disponível em: <http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/view/437/427>. Acesso em: 02 mar. 2019.

DURAND, G.. **Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2003.

HOFFMANN, L. A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 364-374, 1993. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1993000300023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300023&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 fev. 2019.

HOSSNE, W. S.; PESSINI, L.; SIQUEIRA, J. E. **Bioética em tempo de incertezas.** São Paulo: Loyola, 2010.

KOVACS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, v. 22, n. 1, p. 94-104, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198380422014000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422014000100011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 fev. 2019.

LAGO, P. M.; DEVICTOR, D.; PIVA, J. P.; BERGOUNIOUX, J. PM. Cuidados de final de vida em crianças: perspectivas no Brasil e no mundo. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 2. (Supl.), p. S109-S116, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002175572007000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572007000300013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 fev. 2019.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos).** Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1985.

MALHOTRA, N. K. **Introdução à pesquisa de marketing.** São Paulo: Prentice Hall do Brasil, 2005.

MARENGO, M. O.; FLÁVIO, D. A.; SILVA, R. H. A. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 42, n. 3, p. 286-293, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/231>. Acesso em: 02 fev. 2019.

MEDEIROS, L. A.; LUSTOSA, M. A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Revista SBPH**, v. 14, n. 2, p. 203-227, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151608582011000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582011000200013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 02 fev. 2019.

MONTEIRO, R. S. F.; SILVA JUNIOR, A. G. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. **Revista Bioética**, v. 27, n. 1, p. 89-97, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198380422019000100086&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422019000100086&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 05 maio 2019.

NOGUEIRA, R. M. R. **Ética no fim da vida:** decisões médicas relacionadas com a abstenção e suspensão terapêuticas em doentes terminais. 2009. 18f. Artigo de revisão bibliográfica (Mestrado Integrado em Medicina). Porto: Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21156/2/tica%20no%20fim%20de%20vida%20%20Decises%20Mdicas%20relacionadas%20com%20abs.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2019.

NUNES, R. **Consentimentos informados.** Porto: Faculdade de Medicina da Universidade de Porto, 2004.

NUNES, R. **Diretivas antecipadas de vontade:** Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Brasília: CFM, 2016.

PAREDES, R.; RIVERO, O. Medicina defensiva. In: RIVERO, O.; TANIMOTO, M. **El ejercicio actual dela medicina.** México: Siglo XXI, 2003. p. 62-66.

PEREIRA R. Deficiência e autodeterminação humana: compaixão e insensibilidade no caso Vincent Humbert. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 14, n. 1, p. 119-134, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 06 ago. 2019

PESSINI, L. Bioética e cuidados paliativos: alguns desafios do cotidiano aos grandes dilemas. In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos:** enfermagem, medicina e psicologia. Barueri: Manole, 2006. p. 45-66.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de Bioética.** 8.ed. São Paulo: Loyola, 2007.

PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. Terminalidade da vida e o novo Código de Ética Médica. **Bioethikos**, V. 4, N. 2, P. 127-129, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/76/127.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

QUINTANA TRÍAS, O. Bioética y consentimiento informado. In: CASADO, M. **Materiales de bioética y derecho.** Barcelona: CEDECS Editorial, 1996.

SILVA, A. C.; OLIVEIRA, D. R. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, n.115, p. 13-45, 2017. Disponível em: [Internet].2017 jul. dez. [acesso em 2019 jul.

27];115, p. 13-45. Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/514>. Acesso em: 27 jul. 2019.

SILVA, J. A. C.; SOUZA, L. E. A.; COSTA, J. L. F.; MIRANDA, H. C. Conhecimento de estudantes de medicina sobre o testamento vital. **Revista Bioética**, v. 23, n. 3, p. 563-571, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/1983-8034-bioet-23-3-0563.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

SOUZA, L. G. A.; BOEMER, M. R. O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 38, n. 1, p. 49-54, 2005. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rmrp/article/view/424/425>. Acesso em: 22 ago. 2019.

THOMPSON, A. E. Advanced directives. **JAMA**, v. 313, n. 8, p. 868, 2015. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2130319>. Acesso em: 20 fev. 2019.

TORRES, W. C. A Bioética e a Psicologia da Saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p. 475-482, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a06.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2019.

UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE. **Patient self-determination act: providers offer information on advance directives but effectiveness uncertain**. Washington, DC: HEHS, 1995.

URDEN, L. D.; STACY, K.; LOUGH, M. E. **Cuidados intensivos de enfermagem**. 6.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

VALENTE, S. E. **Diretivas antecipadas de vontade para o fim da vida: um estudo à luz do direito penal**. 2014. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-30082017-160818/pt-br.php>. Acesso em: 02 fev. 2019.

## APÊNDICE 1

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Especialidade Médica: \_\_\_\_\_ Tempo de formação: \_\_\_\_\_
2. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos
3. Gênero:
4. Religião:

- Católica
- Protestante
- Espírita
- Outro

## **APÊNDICE 2**

### **ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

1. Se alguém lhe perguntasse sobre testamento vital ou Diretivas antecipas de vontade, o que falaria?

### **APÊNDICE 3**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo sobre “TESTAMENTO VITAL” que tem como objetivo identificar o conhecimento dos médicos sobre testamento vital na assistência primária. Tendo em vista que o conhecimento desse tema é de suma importância para a prática médica, principalmente, para que se tenha uma atuação direcionada por direitos e deveres conquistados pelos profissionais e pelos pacientes, durante os momentos de

terminalidade, parece ser necessário averiguar quão familiarizados os médicos estão acerca deste assunto.

Sua participação será para responder a 2 questionários: o primeiro, relacionada a dados sociodemográficos; o segundo, por sua vez, buscará informações a respeito do seu conhecimento sobre o testamento vital. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, sendo mantido o anonimato, bem como o sigilo das informações obtidas, respeitando sua privacidade e livre decisão de querer ou não participar do estudo, podendo-se retirar dele em qualquer momento, bastando, para isso, expressar a sua vontade, sem penalização ou prejuízo de qualquer natureza.

O conteúdo de sua entrevista e os dados obtidos terão utilidade exclusivamente científica, sendo destruídos, posteriormente, após a transcrição das informações.

Esta pesquisa não implica em remuneração para o pesquisador ou para o pesquisado e também não trará despesas, gastos ou danos para os entrevistados.

Desde já, agradeço sua participação, que será imprescindível, não somente para a realização do presente estudo, mas também para auxiliar na determinação da situação da prática médica em nosso serviço, no que diz respeito ao conhecimento e aceitação do Testamento Vital.

Em caso de dúvidas, garanto seu esclarecimento e acesso aos resultados desta pesquisa em qualquer momento, estando à disposição para qualquer informação adicional no telefone (35)99817-2004, ou no do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVÁS, (35) 3449 9271.

Atenciosamente,

---

Aluna: BRUNA ARAÚJO DOS SANTOS

---

Docente: Prof. Dra. Dênia Amélia Novato Castelli von Atzingen

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG nº \_\_\_\_\_,  
acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “TESTAMENTO VITAL”, tendo em vista que o conhecimento desse tema é de suma importância para a prática médica, principalmente, para que se tenha uma atuação direcionada por direitos e deveres conquistados pelos profissionais

e pelos pacientes, durante os momentos de terminalidade, parece ser necessário averiguar quão familiarizados os médicos estão acerca deste assunto.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer natureza.

Pouso Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

---

Assinatura do participante

**ANEXO A**  
**PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA**



FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO -



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** TESTAMENTO VITAL: Uma leitura Bioética

**Pesquisador:** Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 91027818.8.0000.5102

**Instituição Proponente:** FUNDACAO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.821.757

**Apresentação do Projeto:**

A relação médico-paciente seguiu, durante séculos, sem grandes modificações, os pressupostos da deontologia hipocrática clássica, a partir dos quais o médico tinha o dever de beneficiar os pacientes, mas sem a sua participação. Até recentemente, portadores de doenças terminais que evoluíam para situação vulnerável, com perda da capacidade cognitiva, mental e de relação, não podiam decidir o tipo de tratamento médico que receberiam. Com o fim de preservar a autonomia do paciente, número significativo de países (México, Argentina, Colômbia, Bolívia e vários estados dos Estados Unidos da América) incorporou à sua legislação as "diretivas antecipadas de vontade", anteriormente denominadas "testamento vital" (living will). 7. Objetivo : Conhecer o significado de testamento vital para os médicos. Métodos: Realizar-se-á um estudo descritivo exploratório, transversal. De abordagem qualitativa, os dados serão analisados através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Será realizado na cidade de Munhoz e Borda da Mata. A população do estudo envolverá 20 médicos formados e atuantes em PSF e Pronto Atendimento. Através de uma amostragem intencional. Serão incluídos nesta pesquisa médicos formados e atuantes no município de Munhoz e Borda da Mata, que aceitem por livre arbítrio participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3). Com idade mínima de 25 e máxima de 60 anos. Ser contratado do serviço. Compreendem os médicos que não estiverem registrados na lista de profissionais contratados e plantonistas e que não concordarem em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Endereço:** Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

**Bairro:** Campus Fátima I

**CEP:** 37.554-210

**UF:** MG

**Município:** POUSO ALEGRE

**Telefone:** (35)3449-9232

**E-mail:** pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 2.821.757

Serão excluídos participantes que desejarem sair da pesquisa por sua própria vontade. Com idade acima de 60 anos e estar em afastamento do serviço. Será realizado uma entrevista semi- estruturada com uma pergunta. As entrevistas serão transcritas e analisadas individualmente seguindo as etapas de análise do discurso do sujeito coletivo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Identificar o conhecimentos dos médicos sobre testamento vital

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os benefícios superamos riscos do presente trabalho.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de alta relevância científica e social, que trará grandes benefícios à comunidade científica e também aos aspectos bioéticos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória estão presentes de forma correta e completa.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto atende aos dispositivos da resolução 486/2012 e pode ser aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

os autores deverão apresentar ao CEP um relatório parcial e um final da pesquisa de acordo com o cronograma apresentado no projeto.

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 2.821.757

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1139730.pdf	28/07/2018 11:09:17		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	28/07/2018 11:08:59	Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen	Aceito
Brochura Pesquisa	meuprojeto.docx	28/07/2018 11:05:43	Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen	Aceito
Outros	Resposta.docx	28/07/2018 11:05:22	Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen	Aceito
Outros	Anexos.docx	28/07/2018 11:04:54	Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	detalhado.docx	29/06/2018 17:33:38	Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	digitalizar0028.jpg	29/06/2018 17:30:36	Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	digitalizar0027.jpg	29/06/2018 17:30:18	Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/06/2018 17:29:01	Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen	Aceito
Orçamento	MATERIAL.docx	18/05/2018 14:38:12	Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	18/05/2018 14:37:44	Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 2.821.757

POUSO ALEGRE, 14 de Agosto de 2018

---

**Assinado por:**  
**Rosa Maria do Nascimento**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

**Bairro:** Campus Fátima I

**CEP:** 37.554-210

**UF:** MG

**Município:** POUSO ALEGRE

**Telefone:** (35)3449-9232

**E-mail:** [pesquisa@univas.edu.br](mailto:pesquisa@univas.edu.br)

**ANEXO B**  
**INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 1 (IAD - 1)**

**Questão:** Se alguém lhe perguntasse sobre testamento vital ou Diretivas Antecipadas de Vontade, o que falaria?

SUJEITO	EXPRESSÃO CHAVE (EC)	IDEIAS CENTRAIS (IC)
1	“É a vontade expressa pela pessoa a respeito de um tratamento que ela deseja ter, principalmente com relação a doenças que a Medicina ainda carece de cura”.	Vontade expressa.
2	“Trata-se da expressão dos desejos, pelo paciente, sobre os cuidados realizados ao fim da vida (terminalidade). Momento este que muitas vezes o paciente encontra-se incapaz de tomar decisões”.	Expressão dos desejos.
3	“Que se trata de uma declaração antecipada da vontade, onde a pessoa esclarece quais tratamentos aceitaria em caso de enfermidade”.	Declaração antecipada da vontade.
4	“Que é cuja resolução do CFM, que apoio e respeito. Clara vez que o paciente esteja lúcido, orientado, sua vontade e direitos deve ser respeitada”	Vontade e direitos.
5	“Que no meu ver ainda não tem amparo judicial, mas na verdade pode ser elaborado. – Retrata um desejo de um ser humano em seus (para) os momentos finais da vida. – Onde expressa a posição sobre o estágio final, como morte cerebral, na prática de condutas ou não. – Documento formalizado com o(a) paciente em plena capacidade mental, não sendo portador(a) de qualquer mal-estar físico ou psíquico”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desejo do ser humano.</li> <li>• Documento.</li> </ul>
6	“Que as pessoas têm o direito de decisão, de serem respeitadas. Nossa cultura brasileira, muitas vezes, burla regras e direitos de pessoas que estão frágeis. Alguns acreditam que podem e ‘sabem’ mais que outros. Prepotência.”	Direito de decisão.
7	“Sou favorável a que a manifestação sobre a própria vida seja expressa e respeitada”.	Vontade expressa.
8	“Vontade do paciente referente ao seu tratamento e decisão em realizá-lo ou não”.	Vontade expressa
9	“Justo respeito”.	Respeito.
10	“Vontade do paciente em relação às condutas médicas em sua fase terminal.”	Vontade do paciente.
11	“Um documento feito por uma pessoa, em perfeita consciência, de como gostaria que fosse tratada em caso de doença terminal.”	Vontade expressa.
12	“Tentar convencer o paciente e familiares o que é melhor para ele.”	(Não respondeu à questão)

13	“É a vontade do paciente perante a doença em questão”.	Vontade expressa.
14	“Que é o que ela deseja, em vida e consciente, o seu desejo com relação à sua vida/ morte. Por exemplo: você deseja doar seus órgãos? Você deseja ficar vivendo com auxílio de aparelhos?”	Desejo expresso.
15	“Que é um instrumento de respeito à vontade do paciente. Com as mudanças na sociedade, ganhou força o entendimento de o paternalismo médico não mais corresponder aos bens e interesses do paciente. Os excessos terapêuticos no final da vida, desnaturalizando o processo de morrer, passaram a ser sentidos como agressivos, ensejando, como reações, movimentos na sociedade no sentido de assegurar, àqueles que não desejam ser submetidos à excessos de tratamento, um modo de ser assegurado o respeito à sua autonomia. Tenho, como médico, algumas dúvidas quanto ao conhecimento pelo médico, se o paciente que está sendo atendido elaborou ou não, no passado, um testamento vital. Também tenho receios quanto à segurança que os médicos podem ter de não serem questionados judicialmente, pelos familiares do paciente, por não ter feito tudo que era possível para salvar o paciente, caso a opinião dos familiares não seja a mesma do paciente e o médico siga o testamento vital do paciente.”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vontade do paciente.</li> <li>• Dúvidas no conhecimento.</li> </ul>
16	“É um instrumento útil para que a família e paciente possam estar mais seguros sobre os desejos/ vontades dos pacientes. Em geral, as instruções destes testamentos aplicam-se sobre uma condição terminal, estado de inconsciência/ coma ou dano cerebral importante; Auxilia também como respaldo ao profissional médico mesmo que ainda não esteja sendo realizada de forma plena o Brasil. Além disso, entra no bojo do cuidado paliativo, pois se torna uma, digo, se põe como uma oportunidade para trabalhar a finitude e exercício da autonomia. Para mim, o TV é uma forma de cuidado centrado na pessoa onde o tratamento/cuidado é feito de forma dialógica ponderamos sobre as melhores formas de cuidado que possam abarcar o cuidado danoso em relação ao cuidado que for preciso ser feito.”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desejo do paciente.</li> <li>• Exercício da autonomia.</li> <li>• Cuidado centrado no paciente.</li> </ul>
17	Direito do ser humano com cognição preservada de opinar sobre a realidade terminal da vida, direcionando o tratamento/ acompanhamento terminais.	Direito do ser humano.
18	Sim	(Não respondeu à questão)

19	Não	(Não respondeu à questão)
20	Sim	(Não respondeu à questão)

**ANEXO C**  
**INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2 – IAD 2**

**Questão 1:** Se alguém lhe perguntasse sobre testamento vital ou Diretivas antecipadas de vontade, o que falaria?

**IC 1: Vontade Expressa**

Sujeito	EC
1	“É avontade expressa pela pessoa...”
2	“Trata-se da expressão dos desejos...”
7	“...a manifestação sobre a própria vida seja expressa e respeitada”
8	“Vontade do paciente...”
10	“Vontade do paciente...”
11	“Documento feito por uma pessoa, em perfeita consciência, de como gostaria que fosse tratada...”,
13	“...a vontade do paciente...”,
14	“... o que ela deseja..., o seu desejo...”,
15	“... um instrumento de respeito à vontade do paciente.”

**IC 2: Declaração antecipada**

Sujeito	EC
3	“...uma declaração antecipada da vontade...”

**IC 3: Documento, direito de decisão, respeito**

Sujeito	EC
4	“...sua vontade e direitos deve ser respeitada”
5	“...um desejo de um ser humano...” “Pode ser elaborado documento formalizado...”
6	“...as pessoas têm o direito de decisão, de serem respeitadas.”
9	“...respeito”.
15	“...é um instrumento de respeito à vontade...”
17	“Direito do ser humano...”

**IC 4: Exercício da autonomia**

Sujeito	EC
16	“...uma oportunidade para trabalhar a finitude e exercício da autonomia”

**IC 5: Cuidado centrado no paciente**

Sujeito	EC
16	“...uma forma de cuidado centrado na pessoa...”