

Diretivas antecipadas de vontade: conhecimento e utilização por médicos residentes

Luisa Saemi Murasse¹, Uiara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro²

1. Santa Casa de Curitiba, Curitiba/PR, Brasil. 2. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR, Brasil.

Resumo

O planejamento de cuidados baseado em diretivas antecipadas de vontade é vital para preservar a autonomia e dignidade dos pacientes. Em vista disso, buscou-se verificar o nível de conhecimento dos médicos residentes de Curitiba/PR a respeito delas e de seu uso na prática clínica. Além disso, avaliou-se o sentimento desses profissionais em relação ao conhecimento e segurança que têm acerca do instrumento. Foi realizada uma pesquisa de caráter quantitativo e transversal por meio de aplicação de questionário estruturado em plataforma digital com amostra final de 45 participantes. Os resultados indicam que o conhecimento desses profissionais acerca do conceito e dos aspectos jurídicos das diretivas antecipadas é insuficiente.

Palavras-chave: Diretivas antecipadas. Corpo clínico hospitalar. Bioética. Médicos.

Resumen

Directivas anticipadas de voluntad: conocimiento y uso por los médicos residentes

La planificación de cuidados con base en las directivas anticipadas de voluntad es vital para la preservación de la autonomía y dignidad de los pacientes. Ante esto, se pretende evaluar el nivel de conocimiento de los médicos residentes de Curitiba (Paraná, Brasil) sobre el tema y su uso en la práctica clínica. También se estimó el sentimiento que tienen estos profesionales sobre el conocimiento y confianza en este instrumento. Se realizó una investigación cuantitativa y transversal a partir de un cuestionario estructurado aplicado a una muestra final de 45 participantes en una plataforma digital. Los resultados indican que son insuficientes los conocimientos de estos profesionales sobre el concepto y los aspectos legales de las directivas anticipadas.

Palabras clave: Directivas anticipadas. Cuerpo médico de hospitales. Bioética. Médicos.

Abstract

Advance directive of will: knowledge and use by resident physicians

Care planning based on advance directives is vital to preserve the autonomy and dignity of patients. In view of this, this study sought to verify the level of knowledge of medical residents of Curitiba/PR about them and their use in clinical practice. The feeling of these professionals regarding their knowledge and safety about the instrument was also evaluated. A quantitative and cross-sectional research was carried out by applying a structured questionnaire on a digital platform with a final sample of 45 participants. The results indicate that the knowledge of these professionals about the concept and legal aspects of advance directives is insufficient.

Keywords: Advance directives. Medical staff, hospital. Bioethics. Physicians.

Diretivas antecipadas de vontade (DAV) são um grupo de documentos por meio dos quais o indivíduo pode manifestar sua vontade em relação aos cuidados de saúde que receberá em caso de perda da capacidade de se expressar em um momento futuro. São formadas por dois tipos de documento: o testamento vital e a procuração para cuidados de saúde ou mandato duradouro¹.

O primeiro possibilita deliberar previamente sobre cuidados, tratamentos e procedimentos desejáveis ou não na ocorrência de doença grave e sem possibilidades curativas. O segundo é o documento próprio para se nomear um procurador, que possui o papel de substituir o indivíduo na tomada de decisões sobre seus tratamentos¹.

O Brasil não tem até o momento legislação federal específica sobre DAV, e as leis estaduais (de São Paulo, Paraná e Minas Gerais) que asseguram o direito à recusa de tratamentos de saúde dolorosos ou extraordinários não abrangem diretamente o contexto de impossibilidade de manifestação do paciente no momento da intervenção².

A primeira regulamentação sobre o tema no país foi a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1.995/2012³, que dispõe sobre as condições que devem nortear a conduta médica diante de situações em que pacientes estão incapazes de manifestar sua autonomia.

A resolução do CFM define as DAV, em seu artigo 1º, como: *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, tomando por DAV o conceito de testamento vital. Ainda assim, coloca a possibilidade de designação de um procurador em saúde na sequência do mesmo artigo: caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico*³.

Embora a resolução tenha função apenas normativa, autores defendem que, mesmo diante da ausência de legislação específica, a resolução tem respaldo na Constituição Federal brasileira ao promover o direito de decidir sobre a própria morte e a dignidade humana⁴.

O aumento da expectativa de vida, assim como da prevalência de doenças crônicas, oncológicas ou não, culmina com o crescimento do número

de pessoas em fim de vida. As DAV são entendidas como uma forma de preservar direitos, autonomia e dignidade dos indivíduos que estão nessa situação⁵.

Frequentemente responsáveis por discutir o planejamento de cuidados dos pacientes, os médicos residentes não são adequadamente preparados para tal⁶. Em relação às DAV, evidências sugerem que o contato com o conteúdo apenas durante a graduação em medicina não é suficiente para suprir a necessidade dos residentes⁷.

Tendo em vista a relevância do tema das DAV para a tomada de decisão clínica do profissional médico, assim como o papel do médico residente na assistência direta a pacientes em situação de fim de vida, o presente estudo tem como objetivo principal verificar o nível de conhecimento de médicos participantes de programas de residência médica na cidade de Curitiba/PR a respeito das DAV e de seu uso na prática clínica. Como objetivo secundário, buscou-se avaliar a presença ou ausência de sentimento de desconforto do médico residente em relação ao seu conhecimento sobre as DAV e à segurança na adoção do instrumento na prática clínica.

Método

Para alcançar os objetivos delineados, realizou-se pesquisa de caráter quantitativo, exploratório e transversal, por meio de aplicação de questionário estruturado em plataforma digital. Foram convidados a participar, por meio de redes sociais virtuais, profissionais médicos que estavam, no período da pesquisa, inscritos em programa de residência médica, independentemente da área de atuação pretendida. O recrutamento se deu inicialmente por amostragem por conveniência de colegas, com recrutamento sequencial pela técnica “bola de neve”, em que se utiliza o contato de participantes do estudo para recrutamento de participantes adicionais⁸.

Foram considerados critérios de inclusão que os profissionais médicos fossem inscritos e atuantes em programa de residência médica de hospitais da cidade de Curitiba/PR, maiores de 18 anos, e que respondessem a todas as perguntas do questionário. Não houve critérios de exclusão.

Via plataforma Google Forms, os dados foram coletados no período de 21 de agosto de 2021 a 29 de setembro de 2021, mediante questionário

estruturado de preenchimento eletrônico desenvolvido pelos pesquisadores do estudo.

O questionário dividiu-se em três etapas. A primeira compôs-se de nove perguntas, cujo intuito era estabelecer a caracterização sociodemográfica da amostra e aferir o nível de contato prévio dos participantes com o tema das DAV. Na segunda, foi apresentado um caso clínico fictício, seguindo-se oito perguntas que propunham avaliar o grau de familiaridade e conhecimento em relação às DAV, abrangendo conceitos e aspectos ético-legais.

O caso clínico em questão se referia a uma situação em que um indivíduo do sexo masculino diagnosticado com doença oncológica pulmonar metastática chegasse a um serviço de emergência em situação de rebaixamento de nível de consciência e insuficiência respiratória. Apresentada pela esposa, a DAV manifestaria o desejo do indivíduo de não ser submetido à intubação orotraqueal e ventilação mecânica, assim como a demais medidas invasivas.

A terceira etapa apresentou quatro perguntas sobre percepções do participante em relação às DAV. O tempo total de preenchimento do questionário foi em torno de seis minutos. Na segunda e terceira etapas do questionário, as respostas estavam em escala de Likert, de cinco pontos, sendo as opções de resposta: 5) concordo totalmente; 4) concordo parcialmente; 3) não concordo nem discordo; 2) discordo parcialmente; 1) discordo totalmente.

Os dados foram coletados e armazenados em planilha do Microsoft Excel e, para a descrição de variáveis quantitativas, foram apresentados média, desvio padrão, mínimo e máximo. Variáveis categóricas foram descritas por frequência e percentual e, para avaliação da associação entre duas variáveis categóricas, foi usado o teste exato de Fisher. Valores de $p < 0,05$ indicaram

significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional Stata/SE v.14.1 (StataCorpLP, Estados Unidos).

O termo de consentimento livre e esclarecido foi fornecido aos participantes, sendo necessários a sua leitura e o consentimento para prosseguir com o preenchimento do questionário.

Resultados: perfil da amostra

Aplicados os critérios de inclusão, obteve-se amostra de 45 participantes, composta majoritariamente de médicos residentes do sexo feminino, com idade mediana de 29 anos, com 1 a 3 anos de formação, cursando o primeiro (R1), segundo (R2) ou terceiro (R3) anos de residência de alguma especialidade clínica.

Em relação à especialidade, os participantes foram divididos em grupos: os que cursavam clínica médica ou subespecialidades foram agrupados em “Clínicas”; os que cursavam pediatria ou subespecialidades foram agrupados em “Pediátricas”; os que cursavam medicina de família e comunidade foram agrupados em “MFC”; os que cursavam cirurgia geral, ortopedia ou subespecialidades foram agrupados em “Cirúrgicas”; e os que cursavam outra especialidade de entrada direta, como dermatologia, infectologia e medicina do trabalho, foram agrupados em “Outras”.

O perfil sociodemográfico dos participantes pode ser visualizado detalhadamente na Tabela 1.

A maioria dos participantes tinha alguma experiência em cuidados paliativos (N=29; 64,4%) e contato prévio com o tema das DAV (N=39; 86,7%). No entanto, a maior parte (N=27; 60%) nunca teve contato direto com DAV de pacientes durante sua prática médica.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes

Variável	Classificação	N	%
Faixa etária	24 a 29	28	62,2%
	30 a 43	17	37,8%
Sexo	Feminino	29	64,4%
	Masculino	16	35,6%
Tempo de formação	1 a 3	25	55,6%
	4 ou mais	20	44,4%

continua...

Tabela 1. Continuação

Variável	Classificação	N	%
Especialidade médica em curso	Clínicas	17	37,8%
	Pediátricas	16	35,6%
	MFC	5	11,1%
	Cirúrgicas	4	8,9%
	Outras	3	6,7%
Ano da residência médica	R1 ^a	13	28,9%
	R2 ^b	11	24,4%
	R3 ^c	11	24,4%
	R4 ^d	8	17,8%
	R5 ^e	2	4,4%

MFC: medicina da família e comunidade; R1^a: primeiro ano de residência; R2^b: segundo ano de residência; R3^c: terceiro ano de residência; R4^d: quarto ano de residência; R5^e: quinto ano de residência

Avaliação global: nível de conhecimento sobre DAV e sua aplicação

A Tabela 2 descreve as taxas de acerto e erro para cada pergunta pertencente à segunda etapa do questionário, em que se avaliou o

grau de conhecimento e familiaridade do profissional em relação às DAV. Na primeira questão, houve 80% de acerto; na segunda, 88,9%; na terceira, 80%; e, na quarta, 75,5%. Já na quinta questão, a taxa de acerto caiu para 53,3%. Na sexta questão, 93,3% dos participantes acertaram e, na sétima, 91,1%. Na oitava questão, apenas 57,8% responderam corretamente.

Tabela 2. Taxas de acerto e erro para cada pergunta pertencente à segunda etapa do questionário

Variável	Resposta	N	%
1. O documento trazido pela esposa do paciente, em que constam as decisões deste em relação aos tratamentos invasivos, pode ser considerado uma DAV, ainda que não esteja registrado em cartório.	Discordo completamente	3	6,7%
	Discordo parcialmente	5	11,1%
	Não concordo nem discordo	1	2,2%
	Concordo parcialmente	12	26,7%
	Concordo totalmente	24	53,3%
Acerto 1 (resposta "concordo")	Não	9	20,0%
	Sim	36	80,0%
2. O documento trazido pela esposa do paciente deve influenciar a tomada de decisão do médico que está atendendo esse paciente no PA em relação ao seu tratamento.	Discordo completamente	3	6,7%
	Discordo parcialmente	2	4,4%
	Não concordo nem discordo	0	0,0%
	Concordo parcialmente	17	37,8%
	Concordo totalmente	23	51,1%
Acerto 2 (resposta "concordo")	Não	5	11,1%
	Sim	40	88,9%

continua...

Tabela 2. Continuação

Variável	Resposta	N	%
3. O documento trazido pela esposa do paciente tem menor peso do que a opinião do médico na tomada de decisão.	Discordo completamente	18	40,0%
	Discordo parcialmente	18	40,0%
	Não concordo nem discordo	1	2,2%
	Concordo parcialmente	4	8,9%
	Concordo totalmente	4	8,9%
Acerto 3 (resposta "discordo")	Não	9	20,0%
	Sim	36	80,0%
4. O documento trazido pela esposa do paciente tem maior peso do que a opinião da família na tomada de decisão.	Discordo completamente	3	6,7%
	Discordo parcialmente	5	11,1%
	Não concordo nem discordo	3	6,7%
	Concordo parcialmente	15	33,3%
	Concordo totalmente	19	42,2%
Acerto 4 (resposta "concordo")	Não	11	24,4%
	Sim	34	75,6%
5. Supondo que o médico que atendeu esse paciente no PA tenha respeitado a vontade expressa do paciente não instituindo medidas invasivas e priorizando medidas de conforto, caso o paciente faleça em poucos dias, ainda que a família alegue que o profissional abreviou a vida desse paciente, o médico não poderá ser imputado judicialmente.	Discordo completamente	8	17,8%
	Discordo parcialmente	4	8,9%
	Não concordo nem discordo	9	20,0%
	Concordo parcialmente	9	20,0%
	Concordo totalmente	15	33,3%
Acerto 5 (resposta "concordo")	Não	21	46,7%
	Sim	24	53,3%
6. Supondo que o paciente chegasse ao PA ainda consciente e capaz de tomar decisões, de posse do documento, nesse caso, a decisão já descrita no documento prevalece, não sendo necessário que o médico converse com o paciente sobre medidas invasivas no atual atendimento.	Discordo completamente	38	84,4%
	Discordo parcialmente	4	8,9%
	Não concordo nem discordo	2	4,4%
	Concordo parcialmente	0	0,0%
	Concordo totalmente	1	2,2%
Acerto 6 (resposta "discordo")	Não	3	6,7%
	Sim	42	93,3%
7. Supondo que o paciente chegasse ao PA consciente e capaz de tomar decisões e solicitasse ao médico que este abreviasse sua vida, fazendo uso de medicação em dose letal, tendo escrito esse desejo no documento que traz consigo, ainda que esteja escrito no documento, o médico pode ser imputado judicialmente caso concretize o pedido do paciente.	Discordo completamente	4	8,9%
	Discordo parcialmente	0	0,0%
	Não concordo nem discordo	0	0,0%
	Concordo parcialmente	1	2,2%
	Concordo totalmente	40	88,9%
Acerto 7 (resposta "concordo")	Não	4	8,9%
	Sim	41	91,1%
8. Embora não exista legislação específica para as DAV, estas se encontram normatizadas pela Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina e estão em consonância com o respeito à dignidade da pessoa, previsto na Constituição Federal de 1988.	Discordo completamente	1	2,2%
	Discordo parcialmente	0	0,0%
	Não concordo nem discordo	18	40,0%
	Concordo parcialmente	1	2,2%
	Concordo totalmente	25	55,6%
Acerto 8 (resposta "concordo")	Não	19	42,2%
	Sim	26	57,8%

DAV: diretivas antecipadas de vontade; PA: pronto atendimento

Associação entre níveis: conhecimento e perfil da amostra

Não houve associação com significância estatística entre o perfil dos participantes (características sociodemográficas e tipo de formação) e a taxa de acerto na segunda parte do questionário. Para avaliar a associação com o ano de residência em curso, sendo a amostra heterogênea, agruparam-se os participantes que estavam cursando o primeiro e o segundo ano (N=24) e os que estavam no terceiro, quarto ou quinto ano (N=21).

Quando comparados, os participantes do segundo grupo tiveram uma porcentagem de acerto quase duas vezes maior que os do primeiro grupo na questão 8 ($p=0,006$). Ainda em relação à questão 8, quando se testou a hipótese de que os participantes que afirmavam ter contato prévio com uma DAV durante a prática médica tinham mais acertos, o resultado se mostrou significativo ($p=0,06$).

Na associação entre acertos e experiência em cuidados paliativos, o grupo que afirmava ter experiência na área teve porcentagem de acerto na questão 1 expressivamente maior (93,1%) do que o grupo que não tinha experiência (56,3%), com valor de $p=0,006$.

Avaliação: segurança na utilização das DAV

Na terceira etapa do questionário, a maioria dos participantes (N=33; 75,6%) relatou se sentir confortável em utilizar uma DAV na tomada de decisão em casos de pacientes com doença incurável em fase avançada. No entanto, a maior parte dos participantes (N=34; 75,5%) afirmou que não se sentia confortável em relação aos conhecimentos que tinham sobre as DAV no momento da pesquisa. E ainda, a maioria (N=29; 64,5%) manifestou não se sentir confortável do ponto de vista jurídico para utilizar o instrumento na tomada de decisão. Quase a totalidade dos participantes (N=44; 97,8%) referiu que gostaria que o tema das DAV fosse abordado ao longo de seus programas de residência médica.

Associação: nível de conhecimento sobre as DAV e segurança na utilização

Avaliou-se a associação entre a taxa de acerto e o sentimento de desconforto na utilização da DAV para tomada de decisão em casos de pacientes com doença incurável em fase avançada. Os participantes que se declaravam confortáveis nessa situação tiveram taxa de acerto de 85,3% (N=29) na questão 3, enquanto aqueles que se declaravam desconfortáveis acertaram 50% (N=4), com $p=0,049$. De forma similar, na questão 4, os participantes que diziam estar confortáveis com a utilização do instrumento tiveram taxa de acerto de 85,3% (N=29), em contraposição aos 37,5% (N=3; $p=0,011$) dos que não se sentiam confortáveis.

Na associação entre o sentimento de desconforto em relação ao conhecimento atual sobre as DAV e a taxa de acerto na segunda etapa do questionário, observou-se que, na questão 8, os participantes que se diziam confortáveis tiveram uma taxa de acerto de 90% (N=9), enquanto 47,1% (N=16) se diziam desconfortáveis ($p=0,027$). Da mesma forma, os que se declararam confortáveis em relação ao respaldo jurídico para uso das DAV tiveram taxa de acerto na questão 8 expressivamente maior (N=13; 81,3%) do que os que se declararam desconfortáveis em relação a esse aspecto (N=13; 44,8%), com $p=0,027$.

Discussão

Na literatura internacional, mesmo nos dois primeiros países a legislar sobre DAV no mundo, há evidência de desconhecimento, falta de confiança e baixa utilização do instrumento por médicos residentes^{1,9,10}. Em estudo realizado em um hospital de Nova York (Estados Unidos), Oriakhi e colaboradores⁹ observaram que apenas uma minoria dos médicos residentes do serviço possuía conhecimento suficiente sobre diretivas antecipadas e a maioria tinha baixas taxas de discussão sobre DAV com seus pacientes.

Esses dados fortalecem os demonstrados no presente estudo, segundo os quais a compreensão dos residentes envolvendo conhecimentos específicos em relação às DAV foi insatisfatória, principalmente nas questões

relacionadas à responsabilidade jurídica do médico que utiliza as DAV na tomada de decisão clínica e sobre a regulamentação dessas diretivas em território nacional.

Outro estudo, qualitativo, realizado em Melbourne, Austrália, com médicos residentes e assistentes, verificou a necessidade de amparo educacional ético e legal para aumentar o conhecimento e a confiança desses profissionais nas DAV¹⁰. Ressalta-se que a maioria dos participantes da pesquisa atuava em alguma área clínica e tinha mais de cinco anos de experiência, e quase todos reportaram contato prévio com uma DAV em sua prática clínica, diferentemente da presente amostra, composta em sua maioria por médicos menos experientes e com pouco contato prévio com o instrumento.

No cenário brasileiro, Chehuen Neto e colaboradores¹¹ avaliaram o conhecimento de profissionais de saúde em geral, atuantes em ambiente hospitalar, especificamente sobre testamento vital. Essa pesquisa mostrou que a maioria dos conhecia esse documento e a maioria desconhecia a Resolução CFM 1.995/2012³, reforçando o desconhecimento sobre o tema mesmo dentro dos hospitais do país¹¹.

A maior parte das características sociodemográficas dos participantes (idade, gênero, tempo de formação e especialidade em curso) não teve associação com o grau de conhecimento acerca das DAV, resultado que pode estar relacionado ao tamanho da amostra do estudo. No entanto, algumas características relacionadas à formação médica demonstraram associação com a taxa de acerto: o tempo de experiência dentro de uma especialidade médica, a experiência em cuidados paliativos e o contato prévio com uma DAV.

Os participantes que estavam cursando uma especialidade há mais tempo e os que tiveram contato com uma DAV previamente ao estudo possuíam melhor conhecimento em relação aos aspectos jurídicos e à normativa do CFM envolvendo as DAV, assim como os participantes com maior experiência em cuidados paliativos tinham maior conhecimento em relação à definição do documento.

Considerando que a chance de contato com a DAV de um paciente é diretamente proporcional ao tempo de especialização e à experiência em cuidados paliativos, evidencia-se que a maior

exposição ao tema implica maior domínio do conhecimento sobre ele. Uma forma de propiciar aos médicos melhor competência para manejar acuradamente esse tipo de ferramenta é a implementação de programas de treinamento acerca das DAV e planejamento de cuidados em geral ao longo da formação médica¹².

Na avaliação da segurança dos participantes em utilizar uma DAV, os resultados foram conflitantes. Evidenciou-se que grande parte da amostra se sentia confortável em utilizar DAV na tomada de decisão em casos de pacientes com doença incurável em fase avançada. No entanto muitos relataram sensação de desconforto em relação ao nível de conhecimento e ao respaldo jurídico que possuíam no momento da pesquisa.

Uma revisão de literatura publicada em 2019 identificou que parte significativa dos médicos tem interesse em preservar a autonomia dos seus pacientes, porém existem algumas variáveis que influenciam a adesão a uma DAV: falta de conhecimento médico e de experiência no uso das DAV, paternalismo médico e dificuldade de estabelecer um prognóstico do paciente, preocupações de ordem jurídica, influência da família e fatores culturais e religiosos¹³.

Burkle e colaboradores¹⁴ apontaram que a adesão dos médicos ao instrumento é situação específica e que, em condições rapidamente reversíveis, esses profissionais acreditam que sua opinião suplanta instruções do paciente previamente especificadas. Estudo qualitativo realizado com oito médicos na cidade de Curitiba/PR também evidenciou a presença de desconforto moral na adoção em caso de incerteza prognóstica, assim como situações de desconforto relacionadas ao desconhecimento sobre o instrumento¹⁵.

Portanto, a insegurança em relação ao pouco conhecimento de aspectos conceituais e jurídicos das DAV pode, em última análise, afetar a adesão do médico ao instrumento, ainda que este se sinta confortável em respeitar a autonomia do paciente. Da mesma forma, a tomada de decisão na fase avançada de uma doença crônica pode justificar a menor sensação de desconforto, do ponto de vista moral, do médico em utilizar um instrumento que garante a vontade do paciente de não ser submetido a procedimentos terapêuticos invasivos, como no caso clínico fictício apresentado no questionário,

o que pode não ocorrer diante de situações de incerteza prognóstica e potencial reversibilidade.

Ao avaliar a associação entre nível de conhecimento e segurança na utilização do instrumento, descobriu-se que participantes com maior conhecimento sobre a aplicação prática da DAV sentem-se mais confortáveis na sua utilização diante do caso de paciente com doença incurável em fase avançada.

Portanto, depreende-se que os médicos residentes com melhor instrução acerca das DAV, instrumento que segue o modelo de decisão substituta denominado “pura autonomia”, entendem melhor a necessidade de respeitar a autonomia do paciente, um princípio ético importante que deve ser buscado na relação médico-paciente, frequentemente paternalista por parte dos profissionais de saúde^{15,16}. Esses achados trazem à luz uma relação que pode ser bidirecional: a educação sobre as DAV também pode ser útil na formação bioética do profissional médico.

Além disso, participantes com maior conhecimento sobre aspectos jurídicos envolvendo as DAV declararam menos desconforto em relação ao conhecimento que possuíam sobre o instrumento e ao respaldo jurídico para a sua utilização. Isso corrobora evidências de que os níveis de stress dos residentes são inversamente proporcionais ao grau de confiança e competência na discussão de planejamento de cuidados com pacientes em fim de vida e que a segurança em relação ao amparo ético e legal é indispensável para que o médico possa acatar a DAV de um paciente^{6,17}.

Esses resultados sugerem que médicos residentes poderiam se sentir mais seguros e aderir melhor às DAV se tivessem formação mais adequada em relação ao instrumento e suas normativas.

Outro ponto convergente entre nossos achados e a literatura preexistente foi a receptividade dos residentes em relação à abordagem das DAV durante a formação médica. No presente estudo, quase a totalidade dos participantes expressou o desejo de que o tema fosse abordado durante a residência médica.

Similarmente, Colbert e colaboradores⁷, em pesquisa envolvendo médicos residentes

de clínica médica e medicina da família de duas instituições americanas, concluíram que a grande maioria concordava com a necessidade de implementação de medidas educacionais sobre o tema ao longo de sua formação médica, mesmo em uma amostra heterogênea em relação à experiência na utilização de DAV.

De forma geral, o estudo foi capaz de evidenciar a necessidade de abordagem do tema ao longo de toda a formação médica, não se restringindo à graduação. Por se tratar de pesquisa realizada em âmbito regional, o número limitado de participantes pode interferir na generalização dos resultados.

No entanto, este trabalho constatou uma realidade que se assemelha à apresentada em outros estudos nacionais e internacionais, o que leva a crer que o resultado aqui apresentado retrata a realidade atual em relação ao tema das DAV na população avaliada. Estudos futuros com abrangência nacional podem ser úteis para caracterizar melhor a questão e incluir esse tema na formação educacional do profissional médico para além da graduação.


Considerações finais

Concluiu-se que o nível de conhecimento dos médicos residentes de Curitiba/PR a respeito das DAV e de seu uso na prática clínica é insuficiente. Além disso, percebeu-se que esses profissionais se sentem confortáveis na utilização do instrumento na tomada de decisão clínica acerca do paciente com doença incurável em fase avançada – o que pode indicar o desejo de respeitar a autonomia do paciente –, porém se sentem desconfortáveis em relação a seu conhecimento conceitual e jurídico sobre o tema. Em contrapartida, os participantes que obtiveram taxa de acertos mais alta dispunham de maior contato prévio com o tema das DAV e demonstraram maior segurança e conforto na sua utilização, refletindo a necessidade de ensino sobre as DAV e seus aspectos bioéticos ao longo de toda a formação médica.


Referências

1. Dadalto L. Testamento vital. 5ª ed. Indaiatuba: Foco; 2020.
2. Monteiro RSF, Silva AG Jr. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 2 set 2022];27(1):86-97. DOI: 10.1590/1983-80422019271290
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 31 ago 2012 [acesso 2 set 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3QFJBhu>
4. Bussinguer ECA, Barcellos IA. O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso 2 set 2022];18(9):2691-8. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900024
5. Peicius E, Blazevicene A, Kaminskas R. Are advance directives helpful for good end of life decision making: a cross sectional survey of health professionals. *BMC Medical Ethics* [Internet]. 2017 [acesso 2 set 2022];18(40):1-7. DOI: 10.1186/s12910-017-0197-6
6. Levy D, Strand J, McMahon GT. Evaluating residents' readiness to elicit advance care plans. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2015 [acesso 2 set 2022];7(3):364-8. DOI: 10.4300/JGME-D-14-00542.1
7. Colbert CY, Mirkes C, Ogden PE, Herring ME, Cable C, Myers JD *et al.* Enhancing competency in professionalism: targeting resident advance directive education. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2010 [acesso 2 set 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3DjShXZ>
8. Davies N, Mathew R, Wilcock J, Manthorpe J, Sampson EL, Lamahewa K, Iliffe S. A co-design process developing heuristics for practitioners providing end of life care for people with dementia. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2016 [acesso 2 set 2022];15(68):1-11. DOI: 10.1186/s12904-016-0146-z
9. Oriakhi M, Sealy C, Adenote A, Alabi O, Ahluwalia M. Improving residents' skills and confidence on advance directive discussion: a quality improvement project. *J Community Hosp Intern Med Perspec* [Internet]. 2019 [acesso 2 set 2022];9(5):419-21. DOI: 10.1080/20009666.2019.1643218
10. Moore N, Detering KM, Low T, Nolte L, Fraser S, Sellars M. Doctors' perspectives on adhering to advance care directives when making medical decisions for patients: an Australian interview study. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [acesso 2 set 2022];9(10):1-11. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-032638
11. Chehuen Neto JA, Ferreira RE, Silva NCS, Delgado AHA, Tabet CG, Almeida GG, Vieira IF. Testamento vital: o que pensam profissionais de saúde? *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 2 set 2022];23(3):572-82. DOI: 10.1590/1983-80422015233094
12. Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez MI, Vázquez-Vicente A, Durán-Hoyos A, Pena-González J, Jiménez-Zurita P. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Aten Primaria* [Internet]. 2008 [acesso 2 set 2022];40(2):61-6. DOI: 10.1157/13116148
13. Arruda LM, Abreu KPB, Santana LBC, Sales MVC. Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2019 [acesso 2 set 2022];18:1-8. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020RW4852
14. Burkle CM, Mueller PS, Swetz KM, Hook CC, Keegan MT. Physician perspectives and compliance with patient advance directives: the role external factors play on physician decision making. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2012 [acesso 2 set 2022];13(31):1-9. DOI: 10.1186/1472-6939-13-31
15. Ribeiro URVCO, Swiech LM, Souza W, Guirro UBP, Corradi-Perini C. Distresse moral de médicos relacionado à incerteza moral frente às diretivas antecipadas de vontade. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [acesso 2 set 2022];10(14):1-13. DOI: 10.33448/rsd-v10i14.22290
16. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 8ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.
17. Moreira MADM, Costa SFG, Cunha MLDM, Zaccara AAL, Negro-Dellacqua M, Dutra F. Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2017 [acesso 2 set 2022];25(1):168-78. DOI: 10.1590/1983-80422017251178

Luisa Saemi Murasse – Especialista – luisamurasse@gmail.com

 0000-0002-9213-1715

Uiara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro – Mestre – uiaravargasribeiro@gmail.com

 0000-0002-1624-2245

Correspondência

Luisa Saemi Murasse – Rua José Francisco Dalledone, 105, casa 5, São Lourenço CEP 82200-164. Curitiba/PR, Brasil.

Participação das autoras

Luisa Saemi Murasse e Uiara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro conceberam o estudo. Luisa Saemi Murasse realizou a coleta e análise dos dados e redação do artigo. Uiara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro contribuiu na redação e revisão final do artigo.

Recebido: 9.3.2022

Revisado: 11.8.2022

Aprovado: 2.9.2022

Apêndice

Instrumento de pesquisa – Questionário

1. Idade
2. Sexo () Masculino () Feminino () Outro
3. Ano de formatura
4. Qual a especialidade médica em curso?
5. Em que ano de residência você se encontra? () R1 () R2 () R3 () R4 () R5
6. Você tem alguma experiência em Cuidados Paliativos? () Sim () Não
7. Você já ouviu falar em diretivas antecipadas de vontade? () Sim () Não
8. Você já teve contato, em algum momento de sua prática médica, com a diretiva antecipada de vontade de um paciente? () Sim () Não

Caso clínico

Paciente masculino, 40 anos, casado, com 2 filhos, previamente hígido e sem vícios. Recebeu diagnóstico recente de câncer de pulmão metastático, sem possibilidade de tratamento curativo. Há alguns anos perdeu o pai por câncer de esôfago, que evoluiu rapidamente com necessidade de intubação orotraqueal (IOT), internamento prolongado em unidade de terapia intensiva (UTI), múltiplas tentativas de antibioticoterapia por pneumonia associada à ventilação mecânica e óbito, após decidir, em reunião com familiares, não realizar reanimação cardiopulmonar (RCP) em caso de parada cardiorrespiratória (PCR).

Como relatou ao seu médico oncologista que a experiência com seu pai fora traumática e que não gostaria de ser tratado da mesma maneira, foi orientado a redigir um documento em que relatasse suas preferências acerca de seus cuidados, caso evoluísse com quadro que afetasse sua capacidade de tomar decisões. Seis meses após o diagnóstico, este paciente evoluiu com quadro de sepse de foco pulmonar e foi levado pela esposa ao pronto atendimento (PA) com rebaixamento do nível de consciência e insuficiência respiratória franca. A esposa traz o documento redigido e assinado pelo paciente previamente, em que expressa desejo de não receber IOT, RCP em caso de PCR ou internamento em UTI em caso de piora clínica. O documento não foi registrado em cartório.

As sentenças que se seguem têm por base o caso clínico acima. Por favor, marque a opção que melhor reflete o seu nível de concordância em relação a elas (concordo totalmente; concordo parcialmente; não concordo nem discordo; discordo parcialmente; discordo totalmente).

1. O documento trazido pela esposa do paciente, em que constam as decisões deste em relação aos tratamentos invasivos, pode ser considerado uma diretiva antecipada de vontade, ainda que não esteja registrado em cartório.
2. O documento trazido pela esposa do paciente deve influenciar a tomada de decisão do médico que está atendendo este paciente no PA em relação ao seu tratamento.
3. O documento trazido pela esposa do paciente tem menor peso do que a opinião do médico na tomada de decisão.
4. O documento trazido pela esposa do paciente tem maior peso do que a opinião da família na tomada de decisão.
5. Supondo que o médico que atendeu esse paciente no PA tenha respeitado a vontade expressa no documento, não instituindo medidas invasivas e priorizando medidas de conforto, e o paciente tenha falecido em poucos dias, ainda que a família alegue que o profissional abreviou a vida do paciente, o médico não poderá ser imputado judicialmente.

6. Supondo que o paciente, agora, chegasse ao PA ainda consciente e capaz de tomar decisões, de posse do documento, nesse caso, a decisão já descrita no documento prevalece, não sendo necessário que o médico converse com ele sobre medidas invasivas no atual atendimento.
7. Supondo que o paciente, agora, chegasse ao PA consciente e capaz de tomar decisões e solicitasse ao médico que este abreviasse sua vida, fazendo uso de medicação em dose letal, tendo escrito esse desejo no documento que traz consigo, ainda que esteja escrito no documento, o médico pode ser imputado judicialmente caso concretize o pedido do paciente.
8. Embora não exista legislação específica para as DAV, estas se encontram normatizadas pela Resolução 1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina, e estão em consonância com o respeito à dignidade da pessoa, previsto na Constituição Federal de 1988.

As sentenças que seguem dizem respeito às suas percepções em relação às DAV. Por favor, marque a opção que melhor reflete o seu nível de concordância em relação a elas (concordo totalmente; concordo parcialmente; não concordo nem discordo; discordo parcialmente; discordo totalmente).

1. Sinto-me confortável em utilizar uma DAV na tomada de decisão de pacientes em situação de doença incurável em fase avançada.
2. Sinto-me confortável em relação ao conhecimento que atualmente tenho sobre as DAV.
3. Sinto-me confortável, do ponto de vista de respaldo jurídico, em utilizar uma DAV para tomada de decisão.
4. Gostaria que o tema das DAV fosse abordado ao longo do meu programa de residência médica.