



**ESTELA JULIANNI MAUS**

**CONHECIMENTO E APLICABILIDADE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS NA  
PRÁTICA MÉDICA**

**GUARAPUAVA**

**2021**

**ESTELA JULIANNI MAUS**

**CONHECIMENTO E APLICABILIDADE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS NA  
PRÁTICA MÉDICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Banca Avaliadora, como critério para obtenção  
do grau de bacharel (a) em Medicina.

**Orientador(a):** Prof. Dr. Jonilson Antonio Pires

GUARAPUAVA

2021

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir trilhar esse caminho. Aos meus amigos espirituais por todo o amparo e proteção durante esta jornada.

Aos meus familiares, que sempre se fizeram presentes, compartilhando alegrias, conquistas, o caminho árduo, sempre com muito apoio e amor.

Ao meu companheiro amado, por não soltar a minha mão durante esta caminhada.

A meu orientador, que conseguiu me guiar ao decorrer deste percurso com grande maestria, sendo um grande profissional e acima de tudo um grande ser humano.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte de minha formação, o meu muito obrigada.

*A vida nem sempre segue o nosso querer, mas ela é perfeita naquilo  
que tem que ser.*

**Chico Xavier.**

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da amostra .....	12
Tabela 2: Conhecimento dos profissionais sobre as DAV .....	13
Tabela 3: Oportunidade de discussão sobre "testamento vital".....	14

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS**

CFM	Conselho Federal de Medicina
CM	Clínica da Mulher
CRM	Conselho Regional de Medicina
DAV	Diretivas Antecipadas de Vontade
HSV	Hospital São Vicente
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SARS-Cov-2	Coronavírus
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS(s)	Unidade(s) Básica(s) de Saúde
UPA(s)	Unidade(s) de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

Artigo Científico .....	8
Resumo .....	9
Abstract .....	9
1 Introdução.....	10
2 MATERIAL E MÉTODOS.....	11
2.1 Tipo de estudo.....	11
2.2 Participantes .....	11
2.3 Procedimentos.....	12
3 Resultados.....	12
4 Discussão .....	15
5 Considerações Finais .....	17
6 Referências Bibliográficas .....	18
7 Apêndices.....	21
7.1 Instrumento de coleta.....	21
8 Anexos.....	27
8.1 Normas editoriais.....	27
8.2 Parecer aprovação Comitê de Ética.....	35
8.3 Termo aceite orientador.....	40

## ARTIGO CIENTÍFICO

Título: Conhecimento e aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade na prática médica

Autores:

Estela Julianni Maus ([estela.maus@gmail.com](mailto:estela.maus@gmail.com)), graduanda de Medicina, departamento de Ciências da Saúde do Centro Universitário Campo Real (CUCR), Guarapuava/PR, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8444-954X>

Jonilson Antonio Pires ([jonilsonpires22@gmail.com](mailto:jonilsonpires22@gmail.com)), especialista em Geriatria, professor do curso de Medicina do Centro Universitário Campo Real (CUCR), departamento de Ciências da Saúde, Guarapuava/PR, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2906-1945>

## Conhecimento e aplicabilidade das diretivas antecipadas na prática médica

### Resumo

As diretivas antecipadas de vontade constituem importante documentação para assegurar a autonomia do paciente, oportunizando expressar previamente os seus desejos e dessa forma, orientar os profissionais envolvidos no seu cuidado quanto à tomada de decisões, principalmente nas situações de perda da capacidade de julgamento e autonomia. Diante da importância do tema, buscou-se avaliar o grau de conhecimento de profissionais médicos da cidade de Guarapuava acerca do conhecimento e aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade na prática profissional. O estudo qualitativo descritivo e transversal entrevistou 30 médicos por meio de plataforma online contendo 19 questões. A grande maioria (50%) conhece parcialmente as diretivas e uma minoria (13,3%) já abordou o assunto com o paciente. Portanto, concluiu-se que há pouco conhecimento sobre o tema e aplicação na prática médica, visto falta de lei regulamentadora, evidenciando insegurança jurídica por parte dos profissionais para a aplicação das diretivas.

Palavras-chave: Autonomia. Diretivas antecipadas. Medicina.

### Resumen

## Conocimiento y aplicabilidad de las directivas anticipadas en la práctica médica

Las directivas de voluntad anticipadas constituyen una documentación importante para asegurar la autonomía del paciente, permitiendo al paciente expresar previamente sus deseos y, de esta forma, orientar a los profesionales implicados en su cuidado respecto a la toma de decisiones, principalmente en situaciones de pérdida de la capacidad de decisión y autonomía. Dada la importancia del tema, este estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento de los profesionales médicos de la ciudad de Guarapuava sobre el conocimiento y la aplicabilidad de la directiva anticipada en la práctica profesional. El estudio cualitativo descriptivo y transversal entrevistó a 30 médicos a través de una plataforma en línea que contenía 19 preguntas. La gran mayoría (50%) tiene un conocimiento parcial de las directivas y una minoría (13,3%) ya ha tratado el tema con el paciente. Por tanto, se concluyó que hay poco conocimiento sobre el tema y la aplicación en la práctica médica, visto la falta de ley reguladora, evidenciando inseguridad jurídica por parte de los profesionales para la aplicación de las directivas.

Palabras-chave: Autonomía. Directrices anticipadas. Medicina.

### Abstract

## Knowledge and applicability of advance directive in medical practice

Advance directive is an important documentation to ensure the patient's autonomy, allowing the patient to express their wishes in advance and thus guide professionals involved in their care regarding decision making, especially in situations of loss of judgment and autonomy. Given the importance of the topic, we sought to evaluate the level of knowledge of medical professionals in the city of Guarapuava about the knowledge and applicability of advance directive in professional practice. The qualitative, descriptive and cross-sectional study

interviewed 30 physicians through an online platform containing 19 questions. The great majority (50%) has partial knowledge about advance directives and a minority (13.3%) has already approached the subject with the patient. Therefore, it was concluded that there is little knowledge on the subject and application in medical practice, since there is no regulatory law, showing legal insecurity on the part of professionals for the application of directives.

Keywords: Autonomy. Advance directives. Medicine.

## Introdução

A morte e o seu processo é uma realidade que cada indivíduo deve enfrentar em um ponto ou o outro na vida. Atualmente com o desenvolvimento das ciências na área médica, tornou-se possível retardar este momento, alterando o curso natural das variadas doenças<sup>1</sup>. Ao mesmo tempo, percebe-se uma exacerbação nos cuidados de saúde oferecidos, principalmente aos doentes terminais, visto o uso desmedido das medidas terapêuticas<sup>2</sup>. Infelizmente, ao aumentar a longevidade, pode ser estendido o sofrimento em alguns casos, deixando a dignidade humana em segundo plano, embora mereça ser respeitada. Dessa forma, o paciente, como pessoa única, deve ter papel central na tomada das decisões relativas à sua vida, para que exerça integralmente a sua autonomia<sup>3</sup>.

O tema da terminalidade da vida traz consigo variados debates éticos, acarretando conflitos tanto para o paciente, como para seus familiares e aos profissionais de saúde. Na tentativa de amenizar o sofrimento, buscaram criar práticas para proporcionar um fim mais digno, sendo elas a eutanásia, distanásia, mistanásia, ortotanásia e kalotanásia<sup>4,5</sup>.

A eutanásia se refere à tomada de decisão por parte do profissional, que acarrete a morte do paciente, como alternativa a libertá-lo do sofrimento. É uma prática proibida no Brasil, além de atuar contrariando as normas éticas da medicina. A distanásia é a situação de prolongar a vida de forma artificial, em situações consideradas irreversíveis, em pacientes gravemente enfermos, sendo considerada indigna, por causar uma morte lenta e sofrida, também proibida. Já a mistanásia seria a morte ocorrida de morte miserável, infeliz, mas que poderia ter sido evitada<sup>4,6</sup>.

E na tentativa de se promover mortes mais honradas é que surgiu o contexto de ortotanásia, sendo permitida a sua realização no Brasil. Significa “morte correta”, indo no sentido contrário da distanásia, favorecendo uma morte natural, ao invés da artificial. Ainda nessa vertente, temos a kalotanásia, referida como boa morte ou morte certa, no tempo certo, presente dentro do conceito de cuidados paliativos, garantindo um fim mais digno<sup>4</sup>.

Levando em consideração todos esses aspectos é que surgiram as diretivas antecipadas de vontade (DAV) - 31 de agosto de 2012 - como uma forma de contrabalançar possíveis falhas no que se refere à independência do paciente. Segundo a Resolução CFM 1995/2012, as DAV são um conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que deseja, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade<sup>7</sup>.

Ainda, segundo essa Resolução “O registro da diretiva antecipada de vontade também pode ser feita pelo médico assistente em sua ficha médica ou no prontuário do paciente, desde que expressamente autorizado por ele. Não são exigidas testemunhas ou assinaturas, pois o médico – pela sua profissão – possui fé pública e seus atos têm efeito legal e jurídico. No texto, o objetivo deve ser mencionado pelo médico de forma minuciosa que o paciente está lúcido, plenamente consciente de seus atos e compreende a decisão tomada. Também dará o limite da ação terapêutica estabelecido pelo paciente. Neste registro, se considerar necessário, o paciente poderá nomear um representante legal para garantir o cumprimento de seu desejo”<sup>7</sup>.

Com base nisso, fazem parte das DAV o testamento vital, sendo um documento no qual o paciente, com seu estado mental preservado, manifesta suas vontades com relação aos tratamentos e medidas de cuidados, principalmente em situações paliativas ou com doença desfavorável, sendo interessante a presença do médico de confiança, para orientação dos termos técnicos<sup>7</sup>. E também, o mandato duradouro, em que o paciente nomeia uma pessoa de confiança, que será consultada pela equipe médica para tomar alguma decisão com relação ao seguimento médico do paciente ou para deixar claro informações ou dúvidas com relação ao testamento vital, assim que o paciente não se encontrar mais apto para tal<sup>8</sup>.

De um modo geral, as DAV são um instrumento que possibilita a efetiva participação da pessoa em decidir as medidas sobre sua saúde e isto, dentro da prática médica, contribui para a diminuição de conflitos e dúvidas vividos pelos profissionais, para conduzir tanto as medidas terapêuticas como os cuidados paliativos, principalmente nos casos incuráveis, mantendo firme a autonomia do paciente<sup>9</sup>.

No Brasil, as DAV, ainda são pouco conhecidas e aplicadas, seja por desinformação por parte dos profissionais ou pelos próprios pacientes, dificultando suas decisões para cuidados futuros. Somado a isso, há ainda uma carência na literatura sobre essa temática e pouco debate sobre o assunto. Diante do exposto, este trabalho tem o objetivo de analisar e discutir se os profissionais médicos conhecem e aplicam as diretivas antecipadas de vontade na prática clínica, devido sua extrema importância ao bem-estar do paciente, cuidados paliativos e terminalidade, garantindo assim seu direito de escolha<sup>10</sup>.

## Método

### *Tipo de estudo*

Realizou-se um estudo descritivo transversal de caráter qualitativo, conduzido na cidade de Guarapuava-PR, nas seguintes instituições públicas: Centro da Mulher (CM), Hospitais São Vicente (HSV) e Instituto Virmond, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Serviço de Assistência Especializada (SAE), sobre a compreensão quanto às DAV. Após sua aprovação pelo CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, foi iniciada a coleta de dados. (CAAE: 39717720.8.0000.8947)

### *Participantes*

A participação efetiva da amostra foi composta por 30 médicos exclusivamente vinculados às respectivas instituições públicas, no período de fevereiro a março de 2021. Os critérios de exclusão foram os que recusaram a participar ou a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

### Procedimentos

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário aplicado em plataforma *online*, por se tratar de meio mais seguro perante a pandemia de SARS-CoV-2, sendo especialmente desenvolvido para a coleta das informações (Anexo 1), composto por 19 questões (2 abertas e 17 fechadas), sendo as cinco questões iniciais voltadas ao perfil sociodemográfico e profissional (idade, sexo, instituição vinculada, especialidade e anos de formação). Nas demais questões, todas foram relacionadas às DAV, abordando os seguintes aspectos: conhecimento sobre seus aspectos durante formação profissional; da resolução CFM 1.995/2012; no que consiste e seus requisitos; como teve acesso a tais informações; se realizam sua aplicação; da responsabilidade no quesito de orientação e esclarecimento; conduta perante um paciente que possua tal documento; importância de lei regulamentadora; conhecimento da população acerca do tema; quem seria o responsável por informar os pacientes; insegurança para aplicação na prática.

O *link* que foi desenvolvido para disponibilizar o questionário eletrônico destinado ao estudo foi compartilhado por meio de aplicativo de mensagens, bem como grupo de conversas. No ato do envio, foi assegurado o caráter voluntário da pesquisa e que o anonimato do participante era totalmente preservado. Antes do início do questionário, foi apresentado ao usuário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual tinha por objetivo informar sobre os aspectos gerais da pesquisa realizada, sua finalidade e tempo médio de resposta. Ao fim deste, foi solicitado o consentimento do usuário em participar da pesquisa, com as opções “concordo em participar” e “não concordo”. Caso não concordasse em participar, uma mensagem de agradecimento era mostrada, em caso positivo, o participante iniciava a resposta dos itens específicos.

Para o processamento dos dados, foi utilizado o software Excel 2007. Realizou-se análise estatística descritiva, sendo informados os valores percentuais e absolutos estudados.

### Resultados

Dos 30 profissionais participantes, 16 eram homens (53,3%) e 14, mulheres (46,7%). Entre eles, 18 profissionais atuam há mais de 10 anos (60%), 7 entre 5 e 10 anos (23,3%) e 5, trabalham há menos de cinco anos (16,7%). A idade dos entrevistados variou de 25 a 66 anos, com média de 43,43. As especialidades que mais ocorreram foram Generalista (23,1%) e Ginecologia e Obstetrícia (16,5%) (Tabela 1). Em relação às instituições vinculadas, 23 médicos trabalham exclusivamente em apenas uma instituição e o restante, 7 profissionais, estão vinculados em duas instituições.

Tabela 1. Caracterização da amostra

Sexo	Fem.: 14 (n) (46,7%)
	Masc.: 16 (n) (53,3%)

Idade M (dp)	43,43 (12,15)
Anos de formação	Menos de 5 anos: 5 (n) (16,7%)
	Entre 5 e 10 anos: 7 (n) (23,3%)
	Mais de 10 anos: 18 (n) (60%)
Especialidades mais prevalentes	Generalista: 7 (n) (23,1%)
	Ginecologia e obstetrícia: 5 (n) (16,5%)

Quando questionados sobre o acesso às DAV durante a formação profissional, 17 (56,7%) dos profissionais responderam que não tiveram aproximação com o tema, 9 (30%) tiveram contato durante os anos de graduação e 4 (13,3%), durante a residência/ especialização. Quanto ao conhecimento sobre a Resolução CFM 1.995/2012, a grande maioria (53,3%), declararam conhecer parcialmente, 12 (40%) não conhecem e apenas 2 (6,7%), conhecem totalmente.

Quanto ao conhecimento das diretrizes, 3 (10%) conhecem totalmente, 15 (50%) conhecem parcialmente, 9 (30%) não conhecem, mas já ouviram sobre e 3 (10%), desconhecem totalmente (Tabela 2). Em relação aos requisitos específicos para escrever uma DAV, apenas 8 (26,7%) têm o conhecimento, dentro desses, 2 (25%) obtiveram através da leitura direta da lei, 2 (25%) por meio de conselho de classe através do Conselho Regional de Medicina (CRM), 1 (12,5%) pela via jurídica, 2 (25%) através dos serviços do Ministério da Saúde e 1 (12,5%), através do curso de formação.

Tabela 2. Conhecimento dos profissionais sobre as DAV

Conhecimento	n (%)
Totalmente	3 (10)
Parcialmente	15 (50)

Desconhecimento, mas ouviram sobre	9 (30)
Desconhecimento total	3 (10)
Total	30 (100)

Quando questionados sobre a oportunidade de discutir com o paciente a elaboração do testamento vital, a maioria dos profissionais (86,7%) declarou não ter discutido e apenas 4 (13,3%) já discutiram em algum momento (Tabela 3). Além disso, caso fosse requerido pelo paciente a sua realização, 19 (63,3%) concordariam totalmente em elaborar o documento, 9 (30%) concordariam parcialmente e 2 (6,7%), não realizariam. Nesses dois últimos casos, 8 (66,7%) não o fariam por falta de conhecimento técnico.

Tabela 3. Oportunidade de discussão sobre "testamento vital"

Oportunidade	n (%)
Discutiu	4 (13,3)
Não discutiu	26 (86,7)
Total	30 (100)

Quando indagados sobre a conduta perante um paciente inconsciente e que possua a DAV, 18 (60%) responderam que respeitariam na íntegra os desejos do paciente, desde que respeitassem os preceitos éticos, enquanto 10 (33,3%) respeitariam os desejos do paciente, após concordância dos familiares. O restante, 2 (6,9%) não seguiriam a DAV por insegurança jurídica ou falta de conhecimento do assunto. E quando houver conflito entre o procurador e as proposições na DAV, 21 (70%) afirmaram que respeitariam a vontade do paciente, 5 (16,7%) do profissional responsável, 3 (10%) do procurador e 1 (3,3%) não soube informar.

Com relação a criação de uma lei que regulamentasse as Diretivas, 29 (96,7%) acham interessante a elaboração, visto que 23 (76,7%) dos profissionais afirmaram ter insegurança para a sua aplicação, principalmente por receio de implicações jurídicas e processos judiciais (82,6%).

## Discussão

A partir do século XX houve uma grande transformação na relação médico-paciente, saindo do contexto verticalizado para o horizontalizado, conferindo uma maior autonomia ao doente. A partir daí, vários países buscaram consolidar o direito de escolha do paciente, quando então surgiram as DAV. Um dos primeiros países a legalizar o tema foi o Estados Unidos em 1967, com um documento chamado *living will*. Posteriormente outros países buscaram regulamentar as diretivas – Bélgica e Espanha, com legislação em 2002, Inglaterra em 2005, Alemanha e Argentina em 2009, Portugal em 2013, Itália em 2017<sup>11,12</sup>.

No Brasil, a primeira regulamentação sobre as DAV ocorreu em agosto de 2012, com a aprovação pelo CFM da Resolução 1.995, porém até o momento o país não possui uma legislação específica sobre a temática, embora a Resolução ofereça legitimidade ao médico, pois tem força de lei entre essa classe<sup>11,13</sup>. No entanto a Constituição Federal Brasileira de 1988 embasa a validação do referido instrumento, quando dispõe do princípio da dignidade da pessoa humana e do princípio da autonomia, abordando também a questão dos direitos individuais, além da proibição de tratamento desumano<sup>14,15</sup>. No Código Civil ainda há a garantia da pessoa em opinar sobre os tratamentos médicos propostos, estabelecendo, no artigo 15º, que "Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica".

Ainda hoje, existem limitações quanto às pesquisas e percepções dos profissionais de saúde quanto às DAV, por se tratar de tema muito atual. Ao buscar trabalhos anteriores, em estudo realizado com 209 participantes, dentre eles médicos, advogados e estudantes de medicina e de direito sobre testamento vital, entre os 54 médicos pesquisados, 37% desconheciam o termo "testamento vital" e 26% conheciam parcialmente<sup>16</sup>. O mesmo pode ser observado em outro trabalho, no qual 46,9% dos médicos entrevistados afirmaram pouco grau de conhecimento sobre as DAV<sup>17</sup>.

Confirmando que as diretivas são pouco conhecidas, outra pesquisa envolvendo 100 médicos com atuação em atenção básica, UTI, emergência e outras especialidades, evidenciou que o conhecimento sobre o tema ficou numa média de 5,8% na escala de Likert, com 46% desses afirmado já ter lido algum documento sobre o assunto. E ao serem questionados sobre a regulamentação das DAV no Brasil, somente 12% afirmaram que já havia regulamentação<sup>18</sup>. Nesse mesmo caminho, outro estudo com 81 profissionais de saúde, sendo 67 médicos e 14 enfermeiros, mostrou que 74% não tinham conhecimento sobre as diretivas<sup>19</sup>.

Seguindo na mesma linha, um outro estudo de corte transversal com médicos, demonstrou que 71,2% não tiveram curso formal a respeito das DAV<sup>20</sup>. Somado a isso, quando se observa alunos de medicina durante a graduação, há um contato limitado com temas da bioética, dificultando o conhecimento sobre as DAV, repercutindo na prática clínica<sup>5</sup>.

Tais achados não ficam restritos somente ao Brasil, na Espanha, uma pesquisa envolvendo médicos da família, 30% não conheciam o tema e o mesmo ocorreu em outro trabalho envolvendo profissionais da saúde, dentre eles 84 médicos, demonstrando que o conhecimentos acerca do tema ficou em 5,53, numa escala de zero a 10<sup>21,22</sup>. E nesse mesmo estudo, a minoria (18,6%) havia lido sobre o documento. Ainda na Espanha, outro trabalho

com 307 médicos, retratou uma média de 5,29 sobre a autopercepção acerca do conhecimento sobre o tema. E ainda, 69,6% sabiam da existência da lei regulamentadora das DAV, porém só 37,6% a leram<sup>23</sup>.

Os resultados encontrados com a pesquisa aqui apresentada se assemelham a estudos anteriores, demonstrando baixo nível de conhecimento e acesso durante a formação sobre as DAV pelos profissionais avaliados. Médicos são um dos pilares para que as DAV possam ser amplamente utilizadas, porém, mesmo com a resolução do CFM o assunto ainda é desconhecido, possivelmente pela falta de divulgação e programas de atualização sobre os preceitos da DAV.

A toda pessoa cabe o direito de participar no processo de decisões que afetam sua vida, já que é dotado de autonomia, devendo ser respeitado, inclusive, quando se encontra em fase terminal de vida, ao qual necessita de uma atenção mais direcionada às suas expectativas e valores, visando seu bem-estar<sup>24</sup>. Entretanto, potenciais dificuldades são apontadas na hora de seguir uma DAV, dentre elas a falta de legislação específica, falta de conhecimento técnico, os desejos dos familiares.

Infelizmente a ausência de legislação específica provoca insegurança tanto para os profissionais como para os indivíduos que queiram realizar uma DAV<sup>25</sup>. E no Brasil, a parte legal influencia de modo relevante nas condutas médicas<sup>26</sup>. Este fato ficou visível no presente estudo, evidenciando que 76,7% dos profissionais têm insegurança para a aplicação das diretivas. Vindo de encontro aos achados deste trabalho, outros artigos apontaram fatores que influenciam os profissionais a não aderirem as DAV, sendo uma delas a preocupação legal, a falta de conhecimento e experiência médica e um entendimento precário por parte dos doentes e familiares<sup>27,28</sup>.

Ainda nessa perspectiva, uma revisão sistemática também apontou as questões legais e a falta de conhecimento sobre o tema, como fatores negativos na hora dos profissionais realizarem uma DAV<sup>29</sup>. Entretanto, outro aspecto de extrema importância na hora dos profissionais seguirem as diretivas dos pacientes, é o desejo dos familiares, visto muitas vezes como um impeditivo de garantir a autonomia dos doentes.

Seguindo esse ponto de vista, um estudo no Japão envolvendo 339 médicos evidenciou que destes, 149 se depararam com uma diretiva dos seus pacientes, porém somente 35% acataram os seus desejos<sup>30</sup>. Já em outra pesquisa, foi demonstrado que internistas tomam atitudes que não condizem com o descrito na DAV do paciente, pois levam em consideração outros fatores, sendo um deles o desejo dos familiares<sup>31</sup>.

Ainda nessa mesma linha, de uma amostra com 100 médicos da atenção básica, UTI, emergência e outras especialidades, apenas 52% dos profissionais responderam que respeitariam as diretivas do paciente<sup>18</sup>. O mesmo pode ser observado em outro estudo, demonstrando que 25% dos médicos entrevistados não seguiriam a DAV de um paciente, pois consideraram a influência familiar como fator importante na tomada de decisão<sup>32</sup>.

Demonstrando que a opinião familiar se torna crucial na atitude tomada por parte do profissional, temos outro trabalho com 21 médicos de diversas especialidades, evidenciando que a superação da oposição familiar é uma dificuldade para manter a preferência dos doentes descritas nas DAV<sup>33</sup>. Tais achados confirmam os resultados encontrados no presente artigo, demonstrando que 33,3% dos entrevistados seguiriam os desejos do paciente mediante concordância com os familiares.

Diante da escassez de informações sobre o tema, o presente estudo reitera a necessidade de aprofundar as discussões sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade pelos profissionais de saúde, demonstrando sua importância na garantia da autonomia do doente. O assunto merece ser discutido durante a formação médica, permitindo que o profissional médico seja capaz de aplicá-lo na prática clínica, assim como auxiliar os pacientes quando requeridos para realizar uma DAV.

Os resultados deste trabalho devem ser interpretados à luz de várias limitações. Esta pesquisa foi realizada em apenas uma cidade, além utilizar unidades de Saúde específicas para a entrevista dos profissionais, cujas experiências tornam-se restritas a este público. Outra lacuna se concentra na limitação amostral, considerando um “n” relativamente baixo, quando comparados a outros estudos já citados neste trabalho. Além disso, a falta de questionário validado para aferir os conhecimentos sobre as DAV é inexistente na literatura.

### Considerações finais

As questões relacionadas a terminalidade de vida necessitam de discussões e reflexões tanto por parte dos profissionais como pela sociedade. O surgimento das diretivas trouxe um maior debate à cerca do respeito à autonomia e dignidade do ser humano não somente em vida, como também durante o morrer, devendo ser valorizada as necessidades de cada indivíduo.

As diretivas antecipadas são consideradas um instrumento importante para prestar cuidados coerentes com os desejos dos doentes, o que também garante melhor qualidade de vida e respeito pela sua autonomia, mas, infelizmente, seu uso ainda é limitado e desvalorizado. E mesmo com a existência da Resolução CFM 1.995/2012, nota-se que tanto ela, como as DAV, ainda são desconhecidas pela maioria dos médicos. Porém é importante que os profissionais estejam familiarizados com os requisitos médicos e legais de todas as formas de diretivas antecipadas, de modo a satisfazerem os desejos dos doentes e, dessa forma, reduzir conflitos relacionados às limitações de tratamento.

Se faz necessária uma maior divulgação por parte do CFM e pelos conselhos regionais a respeito das DAV, para evidenciar sua importância e dessa forma, incentivar sua utilização na prática clínica. É importante também que haja lei regulamentadora sobre a DAV no Brasil, a fim de garantir segurança jurídica aos profissionais ao cumprir as vontades manifestadas pelos pacientes. A legalização do testamento vital não é apenas um importante passo na afirmação do direito à autodeterminação das pessoas, mas sim, uma vitória democrática, defendendo a ideia de que a cidadania é exercida baseada na ética e responsabilidade.

As dificuldades e limitações relacionadas à prática das DAV reforçam a necessidade de trazer à tona essa temática, visando ampliar o seu conhecimento e dessa forma, garantir que os desejos e autonomia do doente seja respeitada em situações de incapacidade e no final da vida. Afinal, se não houver esforço coletivo para garantir o cumprimento da DAV, de nada adiantará o modelo proposto. Não basta ofertar ao indivíduo o direito de manifestar seus desejos, mas sim, ter certeza de que será cumprido.

Dessa forma, este estudo abre novos horizontes acerca das DAV, possibilitando novas discussões. Além disso, são necessários mais estudos no Brasil, para elucidar a complexidade do tema e contribuir na ampliação do

conhecimento da classe médica e não médica, visto ser um assunto de extrema importância, justamente por possibilitar o direito de escolha dos cidadãos à cerca de sua saúde, afinal o processo de morte digna deve espelhar o processo de vida com dignidade.

#### Referências bibliográficas

1. Neves MEO. Percepção dos Enfermeiros sobre Diretivas Antecipadas de Vontade [dissertação]. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu; 2013. 135p. [acesso em 10 de set 2021]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/2057>
2. Moreira MS. Diretivas antecipadas de vontade: um estudo sobre a declaração prévia para o fim da vida. In: Dadalto L. Diretivas antecipadas de vontade: ensaios sobre o direito à autodeterminação. Belo Horizonte: Letramento; 2013. 281p.
3. Moreira MADM. Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais. Rev. bioét. (Impr.). 2017; 25 (1): 168-78 [acesso em 10 set 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017251178>
4. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. Rev. bioét. (Impr.). 2014; 22 (1): 94-104 [acesso em 11 set 2021]. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/886/978](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/886/978)
5. Silva JAC. Conhecimento de estudantes de medicina sobre o testamento vital. Rev. bioét. (Impr.). 2015; 23 (3): 563-71 [acesso em 11 set 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015233093>
6. Gomes BMM. Diretivas antecipadas de vontade em geriatria. Rev. bioét. (Impr.). 2018; 26 (3): 429-39 [acesso em 12 set 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263263>
7. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução n. 1995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes [Internet]. 2012 [acesso em 04 set 2021]. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)
8. Dadalto L. Testamento vital. 2a ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2013.
9. Bomtempo TV. Diretivas antecipadas: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente. Rev Bio Der [Internet]. 2012 [acesso em 5 set 21]; 26:22-30. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n26/original3.pdf>
10. Alves C A. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. [Acesso em 5 de set de 2021]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/33981>
11. Isolani LF. Diretivas antecipadas de vontade como direito fundamental para garantir a vida e a morte digna. Ver. Brasileira de Direito Civil em Perspectiva v.6 n.1 p.89-103 Jan/Jun. 2020. DOI:[10.26668/IndexLawJournals/2526-0243/2020.v6i1.6542](https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2526-0243/2020.v6i1.6542)
12. Dadalto L. História do Testamento Vital: entendendo o passado e refletindo sobre o presente. Rev. Mirabilia Medicinæ 4 (2015/1). 2015 [acesso em 12 set 2021]. Disponível em: <https://www.revistamirabilia.com/sites/default/files/medicinae/pdfs/med2015-01-03.pdf>

13. Dadalto L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. *Rev bioét (Impr.)* 2013; 21 (1): 106-12 [acesso em 9 set 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/it5d9PVQgWkffwMLzvDM7h/?format=pdf&lang=pt>
14. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
15. Brasil. Código Civil. Lei 10.406/2002. 2002.
16. Piccini CF, Steffani JA, Bonamigo EL, Bortoluzzi MC, Junior BRS. Testamento vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. *Bioethikos*. 2011;5(4):384-91 [acesso em 9 set 2021]. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/89/A4.pdf>
17. Lima EP. Diretivas antecipadas de vontade em unidades de terapia intensiva das regiões Norte e Sul do Brasil [tese] [Internet]. Universidade do Rio Grande do Sul; 2014 [acesso em 13 set 2021]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/104087>
18. Stolz C, Gehlen G, Bonamigo E, Bortoluzzi M. Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia. *Rev Bioética*. 2011;19(3):833-45 [acesso em 13 set 2021]. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/679](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/679)
19. Rossini RC, Oliveira V, Fumis R. Testamento vital: sua importância é desconhecida entre os profissionais da saúde. *Rev Bras Med*. 2013;70:4-8.
20. Simões NG, Macedo AKA, Silva BPD, Orange FA. Conhecimento e práticas de médicos do IMIP sobre diretivas antecipadas de vontade: “corte transversal”. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Recife, 2017. DOI:[10.22533/at.ed.46419200816](https://doi.org/10.22533/at.ed.46419200816)
21. Navarro B, López-Torres J, Andrés-Pretel F, Párraga I, Fernández de Peñaranda A, Gómez JD, et al. Advance directives from the point of view of primary care physicians in Spain. *Popul Health Manag*. 2014;17(3):197-8. DOI: [10.1089/pop.2013.0104](https://doi.org/10.1089/pop.2013.0104)
22. Gimenoa MML, Escribano CC, Fernándezc TH, Garcíaa MCO, Benitoa DHT, Arenas TBG, et al. Conocimientos y actitudes sobre voluntades anticipadas en profesionales sanitarios. *J. healthc. qual. res*. 2018; 33(5): 270-277. DOI: [10.1016/j.jhqr.2018.05.005](https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.05.005)
23. Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez M, Vázquez-Vicente A, Al E. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Atención Primaria* [Internet]. 2008 [acesso em 12 Set 21]. 40(2):61-6. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656708702750>
24. Gracia D. *Pensar a bioética: metas e desafios*. São Paulo: Loyola; 2012.
25. Moreira MADM, Costa SFG, Cunha MLDM, Zaccara AAL, Negro-Dellacqua M, Dutra F. Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2017; 25 (1): 168-78 [acesso em 13 set 2021]. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/1309](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1309)
26. Forte D. Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida em UTI. Universidade de São Paulo; 2011. p. 134. DOI: [10.11606/T.5.2011.tde-07122011-124313](https://doi.org/10.11606/T.5.2011.tde-07122011-124313)

27. Arruda LM, Abreu KP, Santana LB, Sales MV. Variáveis que influenciam na decisão médica frente a uma Diretiva Antecipada de Vontade e seu impacto nos cuidados de fim de vida. *Einstein (São Paulo)*. 2020;18:eRW4852. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020RW4852](http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020RW4852)
28. Cogol SB, Lunardil VL, Quintanall AM, Girardon-Perlini NMO, Silveiral RS. Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016 nov-dez;69(6):1031-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0085>
29. Coleman AME. Physician attitudes toward advanced directives: a literature review of variables impacting on physicians attitude toward advance directives. *Am J Hosp Palliat Care [Internet]*. 2013 [acessado em 12 Set 21]. 30(7):696–706. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23125398>
30. Asai A, Miura Y, Tanabe N, Kurihara M, Fukuhara S. Advance directives and other medical decisions concerning the end of life in cancer patients in Japan. *Eur J Cancer [Internet]*. 1998 [acessado em 14 Set 21]. 34(10):1582–6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9893632>
31. Steven B, Hardin MD, Yasmin A, Yusufaly MD. Difficult End-of-Life Treatment Decisions. *Arch Intern Med*. 2004;164(14):1531–4. DOI: [10.1001/archinte.164.14.1531](https://doi.org/10.1001/archinte.164.14.1531)
32. 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*. 2012;13:31. DOI: [doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020RW4852](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020RW4852)
33. Moore N, Detering KM, Low T, et al. Doctors' perspectives on adhering to advance care directives when making medical decisions for patients: an Australian interview study. *BMJ Open* 2019;9:e032638. DOI:[10.1136/bmjopen-2019-032638](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032638)

## 1 APÊNDICES

### 1.1 Instrumento de coleta de dados

Conhecimento e aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade na  
prática médica

Informação geral

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Instituição vinculada:

Unidade Básica de Saúde

UPA

CM

SAE

Instituto Virmond

Hospital São Vicente

Especialidade: \_\_\_\_\_

Anos de formação:

Menos de 5

De 5 a 10

Mais de 10

1. Durante a sua formação profissional, você foi instruído e teve acesso sobre os preceitos das DAV, testamento vital e cuidados paliativos?

Sim, durante os anos de graduação.

- Sim, durante a residência/especialização.
- Não.

2. Conhece a Resolução CFM 1.995/2012 sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade?

- Conheço totalmente.
- Conheço parcialmente.
- Não conheço.

3. Com base no seu conhecimento, sabe no que consiste as Diretivas Antecipadas de Vontade?

- Sim, totalmente.
- Sim, parcialmente.
- Não, mas já ouvi falar.
- Não, desconheço totalmente.

4. Conhece ou alguma vez foi informado (a) sobre os requisitos específicos necessários para escrever uma DAV?

- Sim, conheço.
- Não.

5. Se respondeu positivamente à pergunta anterior, indique como tomou conhecimento de tal informação?

- Leitura direta da lei.

- Através de um conselho de classe (CRM).
  - Através de um jurista, advogado ou profissional de Direito.
  - Através do contato direto com serviços do Ministério da Saúde.
  - Outro.
- Qual?
- 

6. Concorda que os profissionais de saúde devem ter a responsabilidade de comunicar aos doentes a possibilidade de realizar uma DAV?

- Concordo totalmente.
- Concordo parcialmente.
- Discordo parcialmente.
- Discordo totalmente.

7. Sabe que é da competência do médico responsável pela prestação de cuidados de saúde da pessoa incapaz, a verificação da existência (ou não) de documento de Diretivas Antecipadas de Vontade e, caso exista, anexar os respectivos documentos ao processo clínico do doente?

- Sim.
- Não.

8. Foi informado, de forma clara, de como verificar a existência de testamento vital ou nomeação de procurador de cuidados de saúde de um doente?

- Sim.
- Não.

9. Na sua prática profissional, já informou ou discutiu com algum paciente a possibilidade de elaborar um testamento vital?

Sim, mais de uma vez.

Não.

10. Concordaria em realizar, na sua prática clínica, uma DAV caso seja requerido pelo paciente?

Concordaria totalmente.

Concordaria parcialmente.

Discordaria totalmente.

11. Caso tenha optado pelas duas últimas assertivas, qual (is) o motivo (s)?

Insegurança.

Falta de conhecimento técnico para realizar.

Entendimento deficiente pelo paciente à cerca da DAV.

Não saber se o paciente se encontra apto para solicitar tal procedimento.

Outro.

Qual?

---

12. Diante de uma situação clínica, em que o paciente se encontra inconsciente e possua uma DAV, qual conduta tomaria?

Respeitaria na íntegra os desejos do paciente, desde que respeitassem os preceitos éticos.

Respeitaria os desejos do pacientes, após concordância dos familiares.

Não seguiria a DAV por insegurança jurídica.

Outro: \_\_\_\_\_

13. Em caso de conflito entre as proposições mencionadas no documento das DAV e a vontade do procurador de cuidados de saúde, qual deveria prevalecer?

Do paciente.

Do procurador.

Do profissional responsável.

Outro.

Qual?

---

14. Em sua opinião, seria interessante a criação de uma lei que regulamentasse as diretivas?

Sim.

Não.

15. Sobre os cuidados de saúde que os indivíduos desejam receber no futuro, considera que:

Boa parte da população se encontra bem informada.

Apenas uma parte da população se encontra bem informada.

Não considera a população bem esclarecida.

16. Em sua opinião, é importante a discussão e a prática das DAV na rotina de cuidados dos pacientes?

Sim.

Não.

17. Em sua opinião, de quem seria a responsabilidade no sentido de melhor informar os cidadãos dos seus direitos nesse quesito?

Governo e entidades administrativas.

Profissionais da área da saúde.

Meios de comunicação social.

Outro.

Qual?

---

18. Existe, de sua parte, alguma insegurança na aplicação da DAV?

Sim.

Não.

19. Caso afirmativo, qual(is) motivo(s)?

Receio de implicações jurídicas e processos judiciais.

Desconhecimento do assunto.

Dificuldade de comunicação entre médico-paciente.

Conflitos éticos, culturais e religiosos.

Outros.

Quais? \_\_\_\_\_

## **2 ANEXOS**

### **2.1 Normas editoriais Revista Bioética**

A Revista Bioética não cobra pela submissão, edição ou publicação de manuscritos. Serão aceitos, apenas em versão online, manuscritos inéditos de natureza conceitual, documental, resultantes de pesquisa ou experiências no campo da bioética ou ética médica, e revisões críticas relacionadas a essas temáticas. Todos os manuscritos serão submetidos ao escrutínio dos editores, do Corpo Editorial e de pareceristas ad hoc em sistema duplo cego e devem receber dois pareceres de aprovação.

A Revista Bioética recusará manuscritos que contrariem os Princípios Fundamentais da Constituição brasileira e, em específico, os artigos 1º, 3º e 4º, que garantem os direitos humanos e o repúdio ao racismo.

Após recebido, o manuscrito é conferido quanto ao tamanho do texto (máximo de 6 mil palavras) e do resumo (até 150 palavras), bem como formatado e verificado quanto à originalidade no programa Plagius (Detector de Plágio Profissional). Os resultados apontados pelo programa são criteriosamente analisados para verificar se as indicações se referem a citações ou a cópias indevidas. Nesta fase são também conferidas as referências, observando se estão completas, corretamente numeradas e apresentadas no estilo Vancouver, em conformidade com as normas editoriais, que podem ser encontradas no site <http://revistabioetica.cfm.org.br>, em português, inglês e espanhol. São observados também adequação à linha editorial, aspectos ortográficos e gramaticais, e conferidas as palavras-chave no banco dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O manuscrito retornará aos autores para ajustes e estes terão 15 dias para realizá-los, pois caso contrário o trabalho será retirado da pauta editorial.

Se a quantidade ou característica das alterações identificadas forem consideradas significativas, o manuscrito poderá ser recusado com orientação de possível rerepresentação, mediante o cumprimento das especificações indicadas. Se nesta etapa não for necessário realizar nenhuma alteração, após o recebimento da versão retificada pelos autores inicia-se a fase seguinte do processo editorial.

Nesta etapa os pareceristas – integrantes do Corpo Editorial e avaliadores ad hoc – têm 15 dias para informar se poderão avaliar o trabalho. Caso os inicialmente

designados não possam realizar esta tarefa voluntária no prazo estipulado, serão selecionados, dentre os colaboradores cadastrados, outros avaliadores e reiniciado o processo de solicitação de parecer. Quando três avaliadores aceitarem a incumbência, cada um deles terá 15 dias para emitir o parecer.

Os critérios considerados nas avaliações são conteúdo, enquadramento à linha editorial, originalidade das ideias apresentadas, atualidade, clareza do texto, adequação da linguagem, relevância das informações, coerência e lógica conceitual e metodológica. Além desses aspectos, são analisados o título, o resumo, a indicação e o nome das partes do manuscrito, a indicação dos objetivos, o método, a apresentação de resultados, a discussão e as considerações finais. São verificadas ainda as referências, considerando sua adequação e atualização.

O critério para seleção dos pareceristas busca contemplar a mais ampla diversidade analítica possível, em consonância com a interdisciplinaridade do campo da bioética. Cada artigo é enviado para avaliador com formação na área específica do trabalho (especialidades da saúde e biologia, direito, filosofia, ciências sociais etc.), para outro que estude ou já tenha discutido o tema (iniquidades em saúde, direitos humanos, aborto, distanásia, genética, ética em pesquisa etc.) e, ainda, para bioeticista com formação lato ou stricto sensu em bioética para avaliar a utilização de conceitos e categorias éticas. Para a aprovação final, pode ser necessária nova adequação ou reformulação de partes do artigo, título ou referências, conforme recomendado no parecer sumulado, ao qual os autores deverão responder em até 20 dias.

Em qualquer etapa os editores reservam-se o direito de promover alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical nos textos, com vistas a manter o padrão culto da língua e a melhor compreensão dos artigos, respeitando, porém, o estilo dos autores. Caso os autores decidam pela não publicação do manuscrito, após a edição inicial, a versão editada pela Revista Bioética pertencerá à revista, não podendo ser enviada a outro periódico. A versão final copidescada, com revisão ortográfica e gramatical, será submetida aos autores para aprovação. Entretanto, a revisão final do artigo diagramado nos três idiomas, bem como as provas de gráfica, não será enviada aos autores, assim como a tradução dos artigos para o inglês e o espanhol, publicados online no site da revista e no SciELO.

### **Requisitos para apresentação de trabalhos**

- Serão aceitos manuscritos inéditos, em português, espanhol ou inglês. Trabalhos publicados em repositório institucional não são considerados inéditos.

- Em cada idioma devem ser seguidas as regras ortográficas correntes.

- Os trabalhos apresentados devem ser postados na página da Revista Bioética no link:  
[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/about/submissions#online](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/about/submissions#online)  
 Submissions em formato Rich Format Text (RTF) do Word.

- Não serão aceitos – em hipótese alguma – trabalhos em formato PDF.

- Poderão ser retirados após a submissão os manuscritos nos quais se identificar o uso do recurso “controle de alterações”.

- Os trabalhos não podem ter sido encaminhados concomitantemente a outros periódicos.

- As opiniões e os conceitos apresentados nos artigos, a procedência e a exatidão das citações são de responsabilidade dos autores.

- Serão sumariamente recusados manuscritos que reproduzirem na totalidade ou em partes, sem a devida referência, trabalhos de outros autores, bem como artigo, ou parte substancial deste, já publicado pelo próprio autor.

### **Identificação de artigos**

- Os manuscritos devem, OBRIGATORIAMENTE e por novas exigências do SciELO, ser acompanhados por folha inicial, contendo:
  - Título do artigo (até 10 palavras);
  - Nome completo de cada autor, acompanhado de endereço eletrônico;
  - Maior titulação acadêmica (graduando ou graduado; especialista; mestre(a); doutor(a); PhD);
  - Vinculação institucional;
  - Curso ou programa, departamento e faculdade/universidade (OBRIGATÓRIO no caso de estudantes e professores);
  - Orcid de cada autor;
  - Cidade, estado, país. Observação: os trabalhos que não apresentarem tais informações logo na fase inicial não seguirão o trâmite editorial.

- Em separado, informar o nome completo do primeiro autor e o endereço postal, que será publicado no rodapé da página inicial dos artigos. Deve ser enviado também o número de telefone, que não será publicado e será utilizado exclusivamente para troca de informações com a equipe editorial em caráter de urgência.

- Caso o primeiro autor não seja o responsável pelo contato com os demais autores acerca de revisões até a aprovação final do trabalho, especificar nome, telefone e endereço eletrônico do responsável.

- As colaborações individuais de cada autor na elaboração do manuscrito devem ser especificadas ao final.

- Caso o trabalho tenha sido anteriormente submetido a outro periódico e não publicado, deve-se identificar o referido veículo e, se necessário, comprovar que o trabalho não será publicado naquele periódico.

### **Formatação de artigos**

- Os artigos devem ser formatados em tamanho de página A4, fonte Calibri, tamanho 10, espaço 1,5, margens de 2,5, em alinhamento justificado.

- Os títulos devem ser destacados em verde e escritos na forma corrente, ou seja, somente são grafados em maiúscula a primeira letra da sentença e os nomes próprios. Não deve haver entrada de parágrafo ou qualquer outra marca de formatação que aumente ou diminua a distância entre eles.

- O texto deverá ter até 6 mil palavras. O limite de palavras não inclui as referências, a identificação do trabalho e os resumos nas três línguas, considerados à parte.

- Os artigos em português devem trazer um resumo conciso, com no máximo 150 palavras, além de tradução para espanhol e inglês (resumen e abstract).

- O título também deve ser conciso e explicativo (até 10 palavras), apresentado nos três idiomas.

- Cada resumo deve ser acompanhado de no mínimo três e no máximo sete palavras-chave, descritoras do conteúdo do trabalho e que possam auxiliar sua indexação múltipla. As palavras-chave devem ser retiradas do banco de Descritores

em Ciências da Saúde – DeCS (<https://decs.bvsalud.org/>) e listadas ao final dos resumos no idioma original, em espanhol e inglês, grafadas com inicial maiúscula e separadas por ponto.

- Os textos devem ser divididos em seções, com títulos e subtítulos, quando necessário. Cada uma dessas partes ou subpartes deve ser destacada em verde, nunca por numeração progressiva. Para explicitar um subtítulo dentro de um título, deve ser usado o recurso *itálico*.

- Quando um autor for citado no corpo do texto, colocar unicamente o número da referência ao final da citação, em fonte sobrescrita, conforme exemplo: Potter<sup>1</sup>.

- Tratados internacionais citados no corpo do texto devem ser grafados em *itálico* (exemplo: Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos ou Declaração de Helsinki).

- Não serão aceitos trabalhos com notas de rodapé. Toda e qualquer explicação ou consideração deve ser inserida no corpo do texto.

### **Artigos de pesquisa**

- A publicação de trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos é de responsabilidade dos autores e deve estar em conformidade com as Normas e Diretrizes para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12), Resolução CNS 510/16 sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Devem ser considerados ainda os princípios da Declaração de Helsinki da Associação Médica Mundial (1964 e reformulações subsequentes, anteriores a 2008), além de atender à legislação específica do país onde a pesquisa foi desenvolvida.

- Pesquisas empreendidas no Brasil devem informar o número do parecer de aprovação no Sistema CEP/Conep, além de anexar, na plataforma de submissão, a cópia do parecer de aprovação.

- A Revista Bioética apoia as políticas de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Internacional Committee of Medical

Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional em acesso aberto de informação sobre estudos clínicos. Portanto, só serão aceitos artigos de pesquisa sobre ensaios clínicos que tenham recebido número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS/ICMJE, o qual deve ser apresentado ao final do resumo.

- A descrição do método de pesquisa deve ser completa e detalhada. É indispensável identificar quais foram os sujeitos de pesquisa, como, onde e quando foi realizado o estudo, quais técnicas de levantamento e análise de dados foram empregadas, incluindo o nome dos programas utilizados e medidas de mensuração adotadas.

- Quando da aprovação de artigos de pesquisa, os autores devem enviar um termo de responsabilidade referente ao conteúdo do trabalho, atestando, inclusive, a inexistência de conflito de interesse que possa ter influenciado os resultados.

### **Autorização para publicação**

A Revista Bioética considera que a submissão do trabalho à análise dos editores e do Corpo Editorial caracterizam a aceitação para publicação. Quando aceito o artigo, todos os autores devem enviar a autorização para publicação da versão final por meio eletrônico; o principal autor também deve fazê-lo por escrito, na forma de carta, assinada de próprio punho, endereçada à Revista Bioética, conforme modelo enviado pelos editores. Os artigos publicados estarão sob a guarda da Revista Bioética, que deve ser citada em caso de reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico.

### **Quadros e ilustrações**

Cada artigo só pode ser acompanhado de três quadros, tabelas ou figuras, formatados no corpo do texto, abertos para revisão e não copiados em formato de imagem ou PDF. Devem ser numerados sequencialmente e indicar a fonte das informações apresentadas na parte inferior. Nos quadros, identificar as medidas estatísticas de variações, como o desvio padrão e o erro padrão da média.

### **Referências**

- As referências, em sua maioria, seguirão as normas propostas pelo ICMJE, no estilo Vancouver: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

- As referências devem ser indicadas em algarismos arábicos sobrescritos (por exemplo, Potter<sup>2</sup>) e numeradas consecutivamente, pela ordem em que forem sendo citadas.

- Todas as referências devem ser listadas, ao final do artigo, na ordem numérica correspondente.

- Todas as citações das fontes apresentadas no texto devem fazer parte das referências, incluindo documentos, tratados, reportagens, livros e capítulos de livros.

- Todas as referências eletrônicas utilizadas também devem informar na lista ao final o link e a data de acesso.

- Referências literais, que reproduzem *ipsis litteris* texto já publicado, devem informar na lista de referências ao final o número de página no original da qual o trecho foi retirado.

- As referências citadas apenas em quadros ou legendas de figuras devem estar de acordo com a sequência estabelecida.

- Nas referências, artigos com até seis autores devem informar todos os nomes, conforme exemplo a seguir. Quando esse número for excedido, deve-se informar os primeiros seis autores seguidos de *et al.*

- Deve-se sempre buscar a referência original que se quer destacar e evitar referência de segunda ordem, ou seja, quando o autor citado está se referindo a outro. Se o *apud* for inevitável, isso deve ser explicitado no texto. Por exemplo: “Analisando o trabalho de Potter, Pessini 3 descreve...”.

- Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo, conforme os exemplos a seguir. Títulos de livros, local e nome de editoras não devem ser abreviados.

- Não serão aceitos – em hipótese alguma – artigos com referências feitas por meio de recursos de formatação de programas de edição de texto, como “Controle de alterações”, “Notas de rodapé” e/ou “Notas de fim”.

- Não serão aceitos artigos com referências em ordem alfabética.
- A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade dos autores.

## 2.2 Parecer de aprovação Comitê de Ética



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Conhecimento e aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade na prática médica

**Pesquisador:** JONILSON ANTONIO PIRES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 30717720.8.0000.8947

**Instituição Proponente:** CLINICA DE REABILITACAO LTDA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.497.297

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se da apreciação do projeto de pesquisa intitulado Conhecimento e aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade na prática médica, de interesse e responsabilidade do(a) proponente JONILSON ANTONIO PIRES.

A Diretiva Antecipada de Vontade está relacionada às vontades manifestadas pelo paciente de forma antecipada, em relação aos cuidados e tratamentos, que deseja ou não receber, para momentos que se encontra incapacitado de se manifestar (PATTELA; ALVES; LOCH, 2014). Diante disso, faz-se necessária a pesquisa sobre o conhecimento e a aplicabilidade da diretiva na prática médica, que contribuirá com a autonomia do paciente diante de situações complexas. Será formulado um questionário eletrônico, que será encaminhado à 100 médicos vinculados às unidades de atendimento do município de Guarapuava – Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Centro da Mulher e Serviço de Atendimento Especializado. Os resultados serão analisados quantitativamente, identificando possíveis associações. Espera-se encontrar pouco conhecimento acerca do assunto, assim como não aplicação da diretiva na prática clínica diária.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Avaliar o grau de conhecimento e se ocorre a aplicação das Diretivas antecipadas de vontade na

**Endereço:** Rua Comendador Norberto, 1299, Santa Cruz, Bloco I, Térreo, Sala Triângulo  
**Cidade:** Santa Cruz **CEP:** 85.815-240  
**UF:** PR **Município:** GUARAPUAVA  
**Telefone:** (41)3621-5200 **E-mail:** etica@camposreal.edu.br



Continuação de Parecer: 4.697.267

prática médica.

**Objetivo Secundário:**

Verificar por meio de questionário respondido pelos médicos se há o conhecimento das Diretivas Antecipadas de Vontade, assim como os requisitos

para o seu preenchimento; se realizam a sua aplicação; se já se depararam com casos na prática clínica envolvendo as Diretivas; se sabem da responsabilidade médica no quesito de orientação e esclarecimento quanto ao uso das DAV; a conduta que tomariam diante de um paciente inconsciente, mas que possua a DAV; se veriam importância na regulamentação de lei envolvendo tal diretiva e, questionar sobre o conhecimento da população, na visão dos profissionais, acerca do tema e, quem seria o responsável por informá-los.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Os riscos e desconfortos desta pesquisa são considerados mínimos. A aplicação do questionário poderá causar desconfortos leves de origem psicológica e emocional, como a possibilidade de constrangimento, cansaço e aborrecimento ao responder as perguntas. Isto será minimizado pelo uso de ferramenta online de formulário, podendo o voluntário(a) participar da pesquisa no momento que julgar mais adequado e sem a interferência dos pesquisadores. Além disso, a pessoa terá a liberdade para não responder questões ou então interromper o questionário a qualquer momento. Há o risco de perda dos dados obtidos por respostas através do questionário. Isto será minimizado pelo uso de computador com senha e proteção da planilha de dados com senha. Será respeitada a privacidade e sigilo e os documentos serão devidamente armazenados em locais adequados com uso restrito apenas aos pesquisadores, os quais se responsabilizarão pelo conteúdo.

**Benefícios:**

A pesquisa não traz benefícios imediatos a seus participantes, entretanto, permite que sejam identificadas a percepção dos médicos acerca das DAV. Como benefícios indiretos, esta pesquisa poderá contribuir para a comunidade científica com informações a respeito da utilização e aplicação das Diretivas Antecipadas de Vontade na prática clínica, assim como debater eventuais críticas e questionamentos que cercam tal questão, devido à complexidade e divergências que cercam o assunto. Portanto, toda a sociedade será indiretamente beneficiada.

**Endereço:** Rua Comendador Norberto, 1299, Santa Cruz, Bloco I, Térreo, Sala Triângulo  
**Bairro:** Santa Cruz **CEP:** 85.015-240  
**UF:** PR **Município:** GUARAPUAVA  
**Telefone:** (42)3621-3200 **E-mail:** etica@camporeal.edu.br



Continuação do Parecer: 4.687.2017

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A presente pesquisa apresenta relevância científica com método adequado para atingir aos objetivos propostos.

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

- 1) Check List inteiramente preenchido;
- 2) Folha de rosto com campos preenchidos e com carimbo identificador e assinada por JONILSON ANTONIO PIRES e Guilherme Ribas Taques;
- 3) Carta de anuência/autorização (da instituição co-participante /local onde será efetuada a coleta de dados. Deve ser assinada e redigida em papel timbrado; ou assinada e carimbada pelo responsável pela instituição (o carimbo deve discriminar o nome e a função do responsável dentro da instituição);
- 4) TCLE ( termo de consentimento livre e esclarecido). (Deve estar no modelo atualizado, disponibilizado na página do CEP).
  - 4.1) TALE (Termo de Assentimento para menores de idade ou incapazes);
- 5) Projeto de pesquisa completo (anexado pelo pesquisador);
- 6) Instrumento para coleta dos dados (questionário/roteiro/questões norteadora): Deve estar anexado separadamente na plataforma e/ou constar junto aos anexos do projeto completo;
- 7) Cronograma do projeto completo e da Plataforma (devem estar completos e atualizados). A vigência da pesquisa é de mês/ano a mês/ano. (Verificar as datas de início e término da pesquisa e informar no relato);
- 8)- Orçamento (deve estar detalhado no projeto completo e na Plataforma).

**Recomendações:**

(1)- Ressalta-se que segundo a Resolução 466/2012, item XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, parágrafo f), é de responsabilidade do pesquisador "manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da

Endereço: Rua Comendador Norberto, 1299, Santa Cruz, Bloco I, Térreo, Sala Triângulo  
 Bairro: Santa Cruz CEP: 85.015-240  
 UF: PR Município: GUARAPUAVA  
 Telefone: (42)3621-5200 E-mail: etica@camposreal.edu.br



Continuação do Parecer: 4.097/2017

pesquisa."

(2)- O TCLE, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve ser emitido em duas vias de igual teor. Todas as vias devem ser assinadas pelo pesquisador responsável e pelo participante. Uma via deverá ser entregue ao participante e a outra fará parte dos documentos do projeto, a serem mantidas sob a guarda do pesquisador.

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

A presente pesquisa está em conformidade com a Resolução 466/2012. Este CEP considera que todos os esclarecimentos necessários foram devidamente prestados, estando este projeto de pesquisa apto a ser realizado, devendo-se observar as informações presentes no item "Recomendações".

**Considerações Finais e critério do CEP:**

Em atendimento à Resolução CNS/MS- 466/2012, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e relatório final em até trinta dias após o término da pesquisa. Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_167354 § E1.pdf	30/11/2020 13:45:55		Aceito
Outros	Emenda.jpg	30/11/2020 13:43:41	ESTELA JULIANNI MAUS	Aceito
Outros	Cara_anuencia_HSV.pdf	30/11/2020 12:09:29	ESTELA JULIANNI MAUS	Aceito
Outros	Carta_anuencia_IV.pdf	30/11/2020 12:08:52	ESTELA JULIANNI MAUS	Aceito
Outros	Questionario_TCC.pdf	30/11/2020 12:08:47	ESTELA JULIANNI MAUS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ek.pdf	29/10/2020 14:38:29	JONILSON ANTONIO PIRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pre_projeto_Estela_Oi.pdf	29/10/2020 14:38:05	JONILSON ANTONIO PIRES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	29/10/2020	JONILSON	Aceito

Endereço: Rua Comendador Norberto, 1299, Santa Cruz, Bloco I, Térreo, Sala Triângulo  
 Bairro: Santa Cruz CEP: 85.015-240  
 UF: PR Município: GUARAPUAVA  
 Telefone: (42)3621-5200 E-mail: etica@camporeal.edu.br



Continuação do Parecer: 4.097.201

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	14:35:20	PIRES	Aceito
Outros	Carta_Anuencia.pdf	28/10/2020 16:51:40	JONILSON ANTONIO PIRES	Aceito
Outros	CHECKLIST.docx	28/10/2020 16:49:08	JONILSON ANTONIO PIRES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GUARAPUAVA, 13 de Janeiro de 2021

---

**Assinado por:**  
**Filipe Quadros Mariani**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Comendador Norberto, 1299, Santa Cruz, Bloco I, Térreo, Sala Triângulo  
**Bairro:** Santa Cruz **CEP:** 85.015-240  
**UF:** PR **Município:** GUARAPUAVA  
**Telefone:** (42)3621-5200 **E-mail:** etica@camposul.edu.br

## 2.3 Termo de aceite orientador



### TERMO DE ACEITE DO PROFESSOR ORIENTADOR

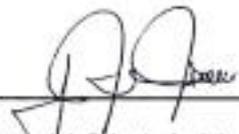
Eu, Professor Jonilson Antonio Pires, do Curso de Medicina do Centro Universitário Campo Real, aceito orientar a acadêmica Estela Julianni Maus durante o processo de elaboração do Projeto de Pesquisa e do Trabalho de Conclusão de Curso provisoriamente intitulado "Conhecimento e aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade na prática médica".

Declaro ter conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, de acordo com o manual de normalização da IES.

Estou ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho, bem como verificar as alterações determinadas pela banca examinadora antes do depósito final.

Guarapuava, 16 de setembro de 2020.

Assinaturas:

  
 \_\_\_\_\_  
 Professor(a) Orientador(a)

  
 \_\_\_\_\_  
 Acadêmico(a)

\_\_\_\_\_  
 Central de Estágio e TCC – CCET

\_\_\_\_\_  
 Coordenador(a) do curso