

Testamento vital: o que pensam profissionais de saúde?

José Antonio Chehuen Neto ¹, Renato Erothildes Ferreira ², Natália Cristina Simão Da Silva ³, Álvaro Henrique De Almeida Delgado ⁴, Caio Gomes Tabet ⁵, Guilherme Gomide Almeida ⁶, Isadora Figueiredo Vieira ⁷

Resumo

O testamento vital é um documento em que os pacientes expõem suas vontades acerca de quais tratamentos serão realizados caso se encontrem em estado terminal. Por ser tema recente, tem gerado dúvidas em relação à sua difusão, aceitação social e princípios éticos. Nosso objetivo foi verificar o grau de conhecimento dos profissionais de saúde a respeito desse documento e analisar aspectos de sua regulamentação legal e aplicabilidade. Tratou-se de pesquisa transversal, descritiva e quantitativa, com 351 profissionais de saúde, mediante entrevista composta de 29 questões de múltipla escolha, 9 abrangendo o perfil sociodemográfico da amostra e 20, a opinião sobre o testamento vital. Entre os entrevistados, 7,98% declararam saber redigi-lo, 73,79% se sentiriam mais seguros com sua regulamentação e 61,82% o fariam para si próprios ($p < 0,05$). A maioria amostral declarou-se favorável ao documento e à sua regulamentação, apesar de desconhecê-lo previamente, o que sugere a necessidade de maior discussão e divulgação sobre o tema na área de saúde.

Palavras-chave: Bioética. Diretivas antecipadas. Estado terminal. Prática profissional.

Resumen

Testamento vital: ¿lo que piensan profesionales de la salud?

El testamento vital es un documento en el cual los pacientes exponen sus deseos acerca de qué tratamientos se realizarán si se encuentran en estado terminal. Por ser un tema reciente, ha generado dudas sobre su difusión, aceptación social y principios éticos. Nuestro objetivo consiste en verificar el grado de conocimiento de los profesionales de la salud sobre este documento y analizar aspectos de su regulación legal y aplicabilidad. Se trata de una investigación transversal, descriptiva y cuantitativa, con 351 profesionales de la salud, a través de una entrevista que consta de 29 preguntas de opción múltiple, 9 relativas al perfil sociodemográfico de la muestra y 20 a la opinión sobre el testamento vital. Un 7,98% afirmaron saber redactarlo. Un 73,79% demostraron más seguridad con respecto a su regulación y un 61,82% lo harían para ellos mismos ($p < 0,05$). La mayoría de la muestra resultó favorable al documento y a su regulación, aunque lo desconocía anteriormente, lo que sugiere la necesidad de continuar el debate y la divulgación sobre el tema en el área de la salud.

Palabras-clave: Bioética. Directivas anticipadas. Enfermedad crítica. Práctica profesional.

Abstract

Living will: What do healthcare professionals think about it?

The living will is a document in which the patients specify their wishes regarding what treatments should be carried out if they are in terminal condition. As it is a new subject, it has been generating doubts in relation to its diffusion, social acceptance and ethical principles. Our study is aimed at verifying the knowledge of healthcare professionals about this document, and analyzing different aspects related to its legal regulation and applicability. A cross-sectional, descriptive and quantitative study was performed in a sample of 351 healthcare professionals, through the application of a survey containing 29 multiple-choice questions, 9 about the sociodemographic profile and 20 about the opinion of the interviewees regarding the document. Among the respondents, 7.98% declared they knew how to write the document, 73.79% felt safer with its regulation, and 61.82% would do it for themselves ($p < 0.05$). Despite not previously knowing what a living will was, the majority of the sample stated they were in favour of the document and its regulation. This result suggests a need for further discussion and disclosure on the subject in the health sector.

Keywords: Advance directives. Bioethics. Critical illness. Professional practice.

Aprovação CEP/UFJF Parecer CAAE 30310314.3.0000.5147

1. **Doutor** chehuen.neto@yahoo.com.br 2. **Mestre** renato.eferreira@gmail.com 3. **Graduanda** natcssilva@yahoo.com.br 4. **Graduando** alvaro.delgado87@gmail.com 5. **Graduando** caiotabet@hotmail.com 6. **Graduando** guiaffs@yahoo.com.br 7. **Graduanda** isa.dora_94@hotmail.com – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora/MG, Brasil.

Correspondência

José Antonio Chehuen Neto – Av. Presidente Itamar Franco, 1.495/1001, Centro CEP 36016-320. Juiz de Fora/MG, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

As diretivas antecipadas de vontade podem ser definidas como instruções escritas nas quais a pessoa, de forma livre e esclarecida, expõe suas vontades e posicionamentos, com a finalidade de guiar futuras decisões quanto a sua saúde. São efetivadas a partir do momento em que há comprovação médica de que o paciente se encontra incapaz de tomar decisões, podendo ser redigidas por todos os indivíduos adultos, independentemente de seu estado atual de saúde. Temos dois tipos de diretivas antecipadas: o mandato duradouro e o testamento vital. O mandato duradouro corresponde à nomeação, pela pessoa, de alguém de sua confiança para tomar decisões sobre os cuidados de sua saúde, caso ela venha a tornar-se incapaz. O testamento vital é um documento de cunho jurídico, em que o paciente define a que tipo de tratamento e procedimento médico deseja ser submetido quando a reversão de seu quadro clínico não for mais possível e ele não se encontrar apto a tomar decisões¹⁻⁴. Tendo em vista que o presente estudo contempla a perspectiva da equipe de saúde, responsável direta pelos cuidados do paciente, optamos por dar enfoque ao testamento vital.

Ultimamente, os pacientes vêm adquirindo um perfil mais atuante, participativo e influente nos assuntos que envolvem sua saúde, inclusive nos mais críticos e conflitantes – como é o caso das doenças terminais⁵ –, o que contribui para aumentar a complexidade da sua relação com a equipe de saúde. Essa mudança comportamental surgiu em virtude da maior difusão do conhecimento técnico e jurídico pelos meios de comunicação, como a imprensa escrita, redes de rádio e televisão, além da internet. Os profissionais de saúde também assumiram nova postura nos últimos anos, influenciados pelas mudanças no currículo dos cursos de medicina, as quais buscam abrir maior espaço à participação do paciente nas decisões tomadas sobre o tratamento, estimuladas, em grande medida, pela bioética^{6,7}.

Algumas situações apresentam conflitos decorrentes da mudança na relação médico-paciente. Exemplo disso é questão relacionada ao direito à vida, em que não há certeza quanto ao custo-benefício de prolongá-la, caso a aplicação de tecnologias signifique apenas um meio de estender o sofrimento. Outro aspecto passível de gerar conflitos refere-se à autonomia do paciente, quando seu ponto de vista sobre as principais decisões a serem tomadas no tratamento difere da opinião dos parentes ou dos profissionais que o acompanham. Diante de circunstâncias como essa, o testamento vital surge como opção capaz de resguardar os direitos do paciente e

respaldar as atitudes dos profissionais em situações especiais⁸.

Certos autores acreditam que a regulamentação do testamento vital seria uma forma de estimular a eutanásia. Em contrapartida, outros estudiosos afirmam que sua adoção não significa preconizar a abreviação da vida nem a suspensão de tratamentos ordinários e paliativos, mas sim a suspensão daqueles procedimentos extraordinários e fúteis, que deixam de trazer quaisquer benefícios óbvios ao paciente^{4,9}. Ao seguir as determinações do testamento vital, o médico estaria respeitando o princípio bioético do respeito à autonomia, tendo em vista que o documento faz valer o direito do paciente de decidir, conscientemente, sobre os tratamentos aos quais deseja ser submetido ou não, mesmo que sua escolha vá de encontro ao parecer do médico^{5,10,11}. Respeitar a autonomia subentende reconhecer que o indivíduo deve deliberar e tomar ações de acordo com seu próprio plano de vida, crenças, aspirações e valores, mesmo quando contrários àqueles dominantes na sociedade¹².

Tais questões foram recentemente levantadas, com a publicação da Resolução 1.995/2012 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), a qual reconhece a validade das diretivas antecipadas de vontade e ampara o médico que seguir suas determinações⁷. Embora tenha força normativa, de forma que o descumprimento das ações previstas fere o Código de Ética Médica (CEM), a resolução não encontra regulamentação no Código Civil¹³. A ausência de posicionamento definitivo na área legislativa pode aumentar a insegurança dos profissionais em seguir as determinações de um paciente^{14,15}. Pesquisas que procuram identificar a atitude dos profissionais em relação ao testamento vital mostram que apenas 60,77% dos entrevistados declararam seguir as decisões dos pacientes¹⁶.

Outro questionamento ético relacionado ao testamento vital seria sobre a autenticidade e estabilidade da decisão do paciente, visto que a confecção do documento baseia-se em uma construção imaginária de como seria sua vida em determinada situação futura nunca antes experimentada, e que, a partir do momento em que realmente vivenciasse tal condição, ele poderia mudar seu ponto de vista. Além disso, outro fator de conflito seria a ambiguidade da terminologia “paciente terminal”, muitas vezes vinculada a esse documento, e atualmente alvo de críticas. No caso, a palavra “terminal”, por abranger diversas situações, é bastante vaga, razão pela qual pode interferir no entendimento e na precisão por parte daqueles que confeccionam o documento¹⁷.

Dada a importância da discussão do tema no Brasil, visto que o país apresenta cerca de 40% de seus leitos hospitalares ocupados por pacientes terminais, poucas são as pesquisas encontradas na literatura que aferem o nível de conhecimento a respeito do testamento vital (definição e aplicabilidade), quer entre pacientes, quer entre profissionais de saúde¹⁸. As investigações sobre os diferentes posicionamentos e concepções dos sujeitos envolvidos sempre permitirão compreender melhor os impactos desse documento e, eventualmente, auxiliar na tomada de decisões pelas autoridades quanto à sua divulgação e regulamentação.

Nosso estudo versa sobre um importante tema do contexto bioético brasileiro, em que o entendimento dos profissionais de saúde representa a possibilidade de conhecer os desafios éticos subjacentes às práticas profissionais diante do testamento vital. Dessa forma, a pesquisa concentrou-se na avaliação da equipe multiprofissional de saúde, que está em constante contato com os pacientes hospitalares. Objetivamos, com isso, verificar o grau de conhecimento desses profissionais acerca do documento, segundo as diferentes variáveis analisadas, bem como identificar aspectos relacionados tanto à sua regulamentação, na forma de leis e resoluções, quanto à sua aplicação no ambiente hospitalar.

Método

O estudo foi do tipo transversal, aplicado, original, de natureza descritiva e quantitativa, no qual fator e desfecho foram medidos concomitantemente, com estimativa da prevalência da variável de desfecho, no caso, *a opinião do profissional de saúde da cidade de Juiz de Fora sobre o testamento vital*¹⁹.

Os participantes foram abordados em seu ambiente de trabalho, como consultórios e clínicas, em toda a região central da cidade, sendo incorporados ao estudo de maneira aleatória. Quando o pesquisador não encontrou a pessoa qualificada no setor para realizar a entrevista, novas visitas foram feitas em horários diferenciados. Juiz de Fora caracteriza-se pela grande centralização dos locais de atendimento à saúde, enquanto as moradias dos profissionais estão situadas nas diversas regiões (centro, norte, sul, leste, oeste) e bairros da cidade.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde das áreas de medicina, enfermagem, nutrição, psicologia e fisioterapia; ter atividade profissional em ambiente hospitalar, pois esses profissionais têm maior probabilidade de lidar com doentes em situ-

ações clínicas mais graves e delicadas. Como perda amostral, definiram-se os questionários interrompidos por qualquer motivo, ou com dados incompletos, e a não devolução do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado.

O tamanho da amostra calculado para a investigação nesse desfecho de saúde foi de 351 indivíduos. Esse espectro amostral atende rigorosamente aos critérios e às necessidades estatísticas, sendo considerado um erro amostral de 4,5% (para mais ou para menos). O instrumento de coleta dos dados consistiu em um questionário composto por 29 questões, das quais 9 eram de múltipla escolha sobre o perfil sociodemográfico da amostra e 20, relativas ao conhecimento e opinião acerca do contexto estudado (Anexo).

As variáveis contextuais dos entrevistados foram divididas e apresentadas em grupos, da seguinte forma: profissão (médico e demais profissionais de saúde); idade estratificada (até 35 anos ou mais de 35 anos); sexo (feminino ou masculino); cor (branca ou não branca); renda (até 2 salários mínimos ou mais de 2 salários mínimos); crença religiosa; formação (curso técnico ou graduação superior); estado civil (solteiro ou outros); arranjo familiar (morar sozinho ou ter outro tipo de arranjo); local de moradia. Consideraram-se as seguintes definições para refinamento metodológico:

- *Doente terminal*: aquele cuja condição é irreversível, independentemente de ser tratado ou não, e que apresenta alta probabilidade de morrer em um período relativamente curto de tempo²⁰;
- *Unidade de terapia intensiva* (UTI): setor do hospital que provê assistência intensiva e contínua a pacientes em estado grave;
- *Eutanásia*: antecipação da morte de paciente incurável, geralmente terminal e em grande sofrimento, movido por compaixão para com ele²¹;
- *Distanásia*: adiamento do processo de morrer mediante terapêutica obstinada e uso excessivo de drogas e aparelhos²¹;
- *Ortotanásia*: fomento do uso de cuidados paliativos a fim de aliviar o sofrimento do paciente, abrindo mão de mecanismos que pretendam prolongar de maneira artificial e desproporcional o processo de morte, e aceitando, portanto, a condição da morte humana²¹.

Os profissionais foram abordados de forma padronizada por pesquisador treinado, que lhes transmitiu conhecimentos detalhados sobre o estudo, após o que os entrevistados foram convidados a

participar do estudo, manifestando voluntariamente sua aceitação por meio da assinatura do TCLE. O treinamento para o trabalho de campo foi feito por estudo-piloto com 12 indivíduos, e esteve voltado para a identificação de problemas na compreensão das perguntas, como forma de garantir a qualidade da coleta dos dados e obter melhor adesão dos entrevistados.

A pesquisa não traz benefícios imediatos a seus participantes; entretanto, permite que sejam identificadas a percepção e as expectativas da amostra, relacionadas ao testamento vital. Os dados coletados poderão ser fonte de informações sobre o tema, que venham a auxiliar na regulamentação do documento, contemplando a perspectiva dos profissionais de saúde. Além disso, possibilitarão debater eventuais críticas e questionamentos, tendo em vista a complexidade e divergências de opinião que cercam a questão. Portanto, ao se empreender tal debate, toda a sociedade será indiretamente beneficiada.

A participação na pesquisa implicou risco mínimo aos participantes, ou seja, não houve interferência do pesquisador em nenhum aspecto do bem-estar físico, psicológico e social dos entrevistados, bem como de sua intimidade, conforme estabelece a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde²², que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. As entrevistas foram realizadas individualmente, e a identidade do participante foi mantida em sigilo, sem nenhuma identificação em qualquer publicação. O entrevistado não teve nenhum custo, nem recebeu nenhuma vantagem financeira, sendo esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejou. Ele esteve livre para participar ou recusar-se a fazê-lo, já que lhe facultava retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Desse modo, sua participação foi voluntária, e os resultados da pesquisa permanecem à sua disposição.

Análise estatística

As variáveis investigadas foram divididas em dois grupos: 1) quantitativas contínuas (apenas para a idade), e 2) qualitativas dicotômicas. A análise descritiva e exploratória dos dados utilizou frequências absolutas (n), frequências relativas (%), medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvio-padrão) e a mediana, usada como ponto de corte para a idade.

Para a análise comparativa das proporções das variáveis dicotômicas (associação entre essas variáveis), aplicou-se o teste do qui-quadrado de in-

dependência (sem correção). O nível de significância adotado para esse teste foi de 5% ($p \leq 0,05$) para um intervalo de confiança de 95%.

Para uma variável dependente que assume apenas dois valores, como em nossa pesquisa, o *crosstabs* foi a estratégia analítica escolhida na estimação do risco de insucesso associado às diversas variáveis consideradas. Como é usual nesses casos, apresentamos os resultados com base na estimação do risco relativo (RR), mediante o cálculo de *odds-ratio* (OR), indicando como a probabilidade de ocorrência de um evento se modifica quando se transita entre diferentes categorias da mesma variável. Para o tratamento estatístico e montagem do banco de dados, utilizou-se o *software* estatístico SPSS Versão 15.0, 2010.

Resultados

No que se refere à variável “profissão”, 41,9% da amostra foi composta por médicos e 58,1%, por outros profissionais de saúde. A média de idade foi de $36,6 \pm 11,6$ anos, e a mediana, 35 anos. A porcentagem de entrevistados do sexo feminino foi de 63,5% e do sexo masculino, 36,5%. Na categoria “cor”, a amostra autodeclarada “branca” foi majoritária, com 78,9%, somando-se todas as regiões pesquisadas, contra 21,1% de não brancos (pardos, negros, amarelos e indígenas).

Para obter o estrato social dos entrevistados, ponderou-se sua renda. Foi estabelecido o ponto de corte de dois salários mínimos, e os resultados mostraram que 15,1% ganham até dois salários e 84,9% ganham mais de dois salários.

Em relação aos locais de moradia dos entrevistados, verificou-se que 39,9% deles residem na região central do município, enquanto 60,1% têm suas moradias distribuídas pelas regiões norte, sul, leste, oeste e região rural.

No que se refere à formação desses profissionais, os resultados revelaram que 20,2% têm curso técnico e 79,8%, curso superior.

Dentre as crenças religiosas dos participantes, o catolicismo destacou-se, com 62,1%, enquanto os espíritas somaram 16,8%, seguidos pelos evangélicos, com 11,4%, e outras crenças (ateus e outros), com 9,9%. O ponto de corte foi estabelecido entre católicos e não católicos: 62,1% e 37,9%, respectivamente.

Sobre o ambiente profissional, 64,6% dos médicos entrevistados relataram trabalhar em UTI; já,

entre os demais profissionais de saúde, esse valor foi de 50%, demonstrando que a maioria da amostra trabalha nesse setor (OR = 182%).

Em relação à obrigação do profissional de saúde em informar o paciente sobre o testamento vital, 79,6% dos médicos e 68,1% dos demais profissionais de saúde concordaram com essa afirmação, mostrando que a maioria é a favor de fornecer esse tipo de informação (OR = 182%). Ao serem questionados se os pacientes costumam manifestar opiniões relativas às condutas terapêuticas às quais serão submetidos, 81% dos médicos e 70,1% dos demais profissionais de saúde afirmaram que sim (OR = 181%).

Analisando a frequência com que os entrevistados lidam com pacientes graves, 25,9% dos médicos relataram lidar pouco com esse tipo de paciente. Já no grupo dos demais profissionais de saúde, esse valor corresponde a 35,8% (OR = 62%).

Quando perguntados sobre o conceito de eutanásia, a maioria dos médicos (74,8%) afirmou conhecê-lo e 55,9% dos demais profissionais, também (OR = 234%).

Quanto ao conceito de ortotanásia, a maioria dos entrevistados disse conhecê-lo, entre eles, 96,3% dos médicos e apenas 40,7% dos demais profissionais de saúde (OR = 341%). No que tange ao trabalho em UTI, 58,9% dos que trabalham e 45,5% dos que não trabalham nesse ambiente afirmaram conhecer o termo “ortotanásia” (OR = 172%).

Em relação ao conceito de distanásia, 58,5% dos médicos o conhecem, ao passo que, entre os demais profissionais de saúde, esse percentual é de 37,2% (OR = 237%). A respeito do fato de o profissional sentir-se ou não à vontade para seguir as determinações contidas em um testamento vital, a maioria dos participantes mostra-se não estar confor-

tável. Quando se consideram os grupos profissionais, 47,6% dos médicos e 27,9% dos demais profissionais de saúde afirmam sentir-se à vontade para segui-las (OR = 234%). Quanto à divisão dos grupos em relação ao ambiente de trabalho, 41,6% dos que trabalham e 29,2% dos que não trabalham em UTI declararam sentir-se à vontade diante de tal conduta (OR = 172%).

Ao serem questionados sobre a criação de uma lei para regulamentar o testamento vital, a maior parte afirmou ser a favor. Entre os grupos profissionais, 89,1% dos médicos e 77,9% dos demais profissionais de saúde apoiaram essa proposta (OR = 238%). Quanto a sentir-se seguro com a regulamentação desse documento, grande parcela da amostra (73,8%) respondeu afirmativamente. No que tange aos grupos, 83% dos médicos e 67,1% dos demais profissionais de saúde declararam sentir maior segurança caso haja uma regulamentação (OR = 238%).

Quando indagados se fariam um testamento vital para si próprios, a maioria dos entrevistados afirmou que sim. Nos grupos profissionais, 70,8% dos médicos e 55,4% dos demais profissionais de saúde compartilharam dessa opinião (OR = 195%). Já, quando se trata de trabalho em UTI, 67,5% dos que trabalham e 54,6% dos que não trabalham nesse ambiente disseram que o fariam (OR = 173%). Quanto ao conhecimento da Resolução CFM 1.995/2012, 82,1% da amostra responderam negativamente. Aqueles que afirmaram conhecê-la representam 21,8% dos que trabalham em UTI e apenas 13% dos que não trabalham (OR = 187%). Embora não tenhamos observado diferença estatisticamente significativa entre grupos nesse aspecto, o conhecimento da amostra sobre a definição de testamento vital de forma geral foi baixo, de forma que apenas 37,89% afirmaram conhecê-la.

Tabela 1 - Médicos versus outros profissionais de saúde

Questões	Médico		Não médico		Sig.	OR	IC 95%
	n	%	n	%			
Trabalha em UTI	95	64,6	102	50	0,006	1,82↑	1,18-2,82
Não trabalha em UTI	52	35,4	102	50			
O profissional de saúde deve informar sobre o testamento vital	117	79,6	139	68,1	0,017	1,82↑	1,10-3,00
O profissional de saúde não deve informar sobre o testamento vital	30	20,4	65	31,9			
Os pacientes costumam manifestar sua opinião	119	81	143	70,1	0,021	1,81↑	1,09-3,01
Os pacientes não costumam manifestar sua opinião	28	19	61	29,9			

(continua)

(conclusão)

Questões	Médico		Não médico		Sig.	OR	IC 95%
	n	%	n	%			
Lida pouco com pacientes graves	38	25,9	73	35,8	0,048	0,62↑	0,39-0,99
Lida muito com pacientes graves	109	74,1	131	64,2			
Sente-se à vontade para seguir as determinações do testamento vital	70	47,6	57	27,9	0,000	2,34↑	1,50-3,66
Não se sente à vontade para segui-las	77	52,4	147	72,1			
É interessante a criação de lei regulamentar sobre o testamento vital	131	89,1	159	77,9	0,006	2,31↑	1,25-4,28
Não é interessante a criação dessa lei	16	10,9	45	22,1			
Sentir-se-ia mais seguro com a regulamentação do testamento vital	122	83	137	67,1	0,001	2,38↑	1,41-4,01
Não se sentiria mais seguro com a regulamentação do testamento vital	25	17	67	32,9			
Faria um testamento vital	104	70,8	113	55,4	0,003	1,95↑	1,24-3,05
Não faria um testamento vital	43	29,2	91	44,6			

Nota 1. Os dados das colunas representam o total da amostra (100%) em cada categoria. Nota 2. OR (razão de chances): valores diferentes de (1) foram convertidos em porcentagem. Se ↑, é fator de risco; se ↓, é fator de proteção. Nota 3. Sig. (significância estatística das diferenças): teste de X^2 de Pearson.

Tabela 2 - Profissionais que trabalham em UTI versus Profissionais que não trabalham em UTI

Questões	Trabalha em UTI		Não trabalha em UTI		Sig.	OR	IC 95%
	n	%	n	%			
Lida pouco com pacientes graves	38	19,3	73	47,4	0,000	0,26↑	0,16-0,42
Lida muito com pacientes graves	159	80,7	81	52,6			
Tem conhecidos com doença terminal	45	22,8	13	8,4	0,000	3,21↑	1,66-6,20
Não tem conhecidos com doença terminal	152	77,2	141	91,6			
Sente-se à vontade para seguir as determinações do testamento vital	82	41,6	45	29,2	0,016	1,72↑	1,10-2,70
Não se sente à vontade para segui-las	115	58,4	109	70,8			
Conhece a Resolução CFM 1.995/2012	43	21,8	20	13	0,032	1,87↑	1,04-3,33
Não conhece a Resolução CFM 1.995/2012	154	78,2	134	87			
Faria um testamento vital	133	67,5	84	54,6	0,013	1,73↑	1,12-2,67
Não faria um testamento vital	64	32,5	70	45,4			

Nota 1. Os dados das colunas representam o total da amostra (100%) em cada categoria. Nota 2. OR (razão de chances): valores diferentes de (1) foram convertidos em porcentagem. Se ↑, é fator de risco; se ↓, é fator de proteção. Nota 3. Sig. (significância estatística das diferenças): teste de X^2 de Pearson.

Discussão

Os estudos sobre o testamento vital no Brasil ainda são muito recentes e escassos, especialmente quando seu enfoque recai sobre a prática dos profissionais de saúde. Dessa forma, é de se esperar que esses profissionais tenham pouco conhecimento a seu respeito, conforme se verifica no presente estudo – em que apenas 37,89% dos pesquisados

declararam conhecer o documento –, bem como na literatura específica¹⁶. Isso provavelmente ocorre em razão da atualidade do tema, e pelo fato de as apreciações a seu respeito ainda serem muitas vezes básicas e restritas ao ambiente acadêmico. Tais questões evidenciam a necessidade de ampliar o debate e as pesquisas sobre o tópico, considerando principalmente a mudança no panorama da relação entre a equipe de saúde e os pacientes terminais²³.

Hoje em dia, os pacientes trazem questionamentos éticos acerca do real valor das terapias que buscam protelar a morte sem, no entanto, promover a qualidade de vida. Profissionais que convivem mais frequentemente com o sofrimento dos pacientes sensibilizam-se diante das vontades por eles manifestadas, opondo-se a esse tipo de tratamento desnecessário. Em nosso estudo, aqueles que trabalham em UTI e lidam constantemente com pacientes em estado grave mostraram-se mais seguros para seguir as diretivas antecipadas do que aqueles que trabalham fora desse ambiente (Tabela 2). Esse fato é corroborado pela literatura, a qual demonstra que a percepção dos profissionais de saúde sobre a situação dos pacientes varia de acordo com o ambiente de trabalho ^{8,24,25}. Outro aspecto significativo que, no presente estudo, reafirma esse achado é que os profissionais de UTI mostram-se, também, mais propensos a elaborar um testamento vital para si próprios (Tabela 2).

Quando se trata da comunicação da equipe com o paciente, surge a questão de informá-lo ou não a respeito do testamento vital. Conforme evidenciado por Antolín e colaboradores ²⁶, cujo estudo averiguou se os pacientes se sentiam bem informados ou não, a grande maioria deles relatou não ter sido suficientemente esclarecida pelos profissionais. Entretanto, ao analisarmos o outro polo da relação, boa parte de nossa amostra (Tabela 1) considerou ser seu dever informá-los da existência desse documento após ter tido conhecimento dele. Essa diferença de perspectiva reforça a necessidade de aprimoramento da relação médico-paciente e da divulgação de informação acerca do tema.

Outra questão relevante é a participação dos pacientes nas decisões sobre a conduta terapêutica a que serão submetidos. Até recentemente, era uma realidade incomum esse diálogo; hoje, porém, percebe-se uma mudança nesse panorama, traduzida no maior interesse dos pacientes por seu tratamento. Em nossa pesquisa, a maioria dos profissionais afirmou que os pacientes costumam manifestar sua opinião (Tabela 1). É necessário, no entanto, que a equipe de saúde também se disponha ao diálogo e tente adequar suas condutas, de modo a criar uma relação de maior confiança e proporcionar cuidados paliativos mais eficazes. De acordo com Jones e colaboradores ²⁷, pacientes com idade superior a 65

anos, que demandam cuidados paliativos ou estão internados em instituições de longa permanência, tendem a participar das decisões tomadas acerca de seu tratamento, justamente por seu maior contato com a equipe que lhe presta cuidado.

Embora tenhamos identificado maior atenção da equipe multiprofissional às preferências dos pacientes, ainda paira certo receio quanto às diretivas antecipadas. No presente trabalho, a maioria da amostra declarou-se pouco à vontade para seguir as determinações de um testamento vital (tabelas 1 e 2). Isso possivelmente ocorreu por causa de discussões ainda primárias e incapazes de sanar dúvidas em relação à atitude a ser tomada quando a família não concorda com as determinações do paciente e às implicações éticas e legais que possam recair sobre o profissional de saúde. Na pesquisa de Piccini e colaboradores ¹⁶, a maioria dos médicos favoráveis ao testamento vital considera-o útil, porém limitado. Provavelmente, esse fato está associado a motivos semelhantes aos verificados por nossa pesquisa.

O documento já faz parte do contexto jurídico de vários países ²⁸⁻³³; mas, no Brasil, os profissionais são orientados tão somente pela Resolução CFM 1.995/2012, que reconhece as vontades do paciente expressas no testamento vital e tem força normativa, ao dispor que o médico está administrativamente vinculado às diretivas do paciente, devendo, portanto, seguir suas determinações. A resolução do CFM, em si, pode e deve ter respaldo legal, vez que, com o advento do neoconstitucionalismo, tudo que diz respeito aos direitos fundamentais dispensa a regulamentação em lei para que tenha eficácia ¹⁴. Apesar disso, nosso estudo demonstrou que a maioria dos profissionais desconhece tal resolução (Tabela 2), sendo aparentemente baixa sua aplicabilidade no cotidiano dos pacientes.

Apesar da não obrigatoriedade da inserção das diretivas antecipadas de vontade no contexto legislativo vigente, a presença de uma lei específica no âmbito jurídico nacional seria importante para aumentar a eficácia já existente, visto que supostamente conferiria mais segurança aos médicos, pacientes e familiares diante de tema tão delicado ¹⁴. Esse fato é confirmado por nosso estudo, ao verificar que a maior parte dos entrevistados relatou que

se sentiria mais segura com a regulamentação do testamento vital (Tabela 1).

Considerações finais

A maioria dos profissionais de saúde entrevistados desconhece o testamento vital e a Resolução CFM 1.995/2012. Todavia, apoiam a criação de lei específica, já que a regulamentação facilitaria a aplicabilidade do documento, trazendo mais conforto e segurança aos pacientes. Profissionais que atuam em UTI ou que têm mais experiência em lidar com doenças graves são mais inclinados a seguir

as determinações do testamento vital, bem como a confeccioná-lo para si.

Enfim, embora se trate de documento muito bem aceito entre os profissionais de saúde, o testamento vital encontra um grande entrave à sua aplicação: o fato de ser pouco conhecido pelos próprios profissionais. Os dados encontrados por este estudo, aliados ao grande número de questões éticas envolvidas, atentam para a importância de ampliar a discussão do tema entre os profissionais de saúde, o que contribuiria não só para a maior disseminação do conhecimento sobre a Resolução CFM 1.995/2012, mas também para a formação de uma postura mais uniforme diante das necessidades de um doente terminal.

Referências

1. Furtado GR. Considerações sobre o testamento vital. *Civilistica.com: revista eletrônica de direito civil*. [Internet]. 2013 [acesso 20 maio 2014];2(2). Disponível: <http://civilistica.com/wp-content/uploads/2015/02/Furtado-civilistica.com-a.2.n.2.2013.pdf>
2. Koch KA. Patient Self-Determination Act. *J Fla Med Assoc*. 1992;9(4):240-3.
3. Thompson AE. Advanced directives. *JAMA*. 2015;313(8):868. doi:10.1001/jama.2015.133.
4. Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2013;21(3):463-76.
5. Vaz WL, Reis C. Consentimento informado na relação médico-paciente. *Revista Jurídica Cesumar: Mestrado*. [Internet]. 2007 [acesso 1º jun 2014];7(1):489-514. Disponível: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/580/497>
6. Grinberg M, Chehaibar GZ. Living wills. *Arq Bras Cardiol*. 2012;99(6):1166.
7. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. [Internet]. 2012 [acesso 4 jun 2014]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf
8. Sánchez AV, Villalba SF, Romero PMG, Barragán SG, Delgado MTR, García MTM. Documento de voluntades anticipadas: opinión de los profesionales sanitarios de atención primaria. *Semergen*. 2008;35:111-4.
9. Dadalto L. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). *Rev. bioét. derecho*. 2013;28:61-71.
10. Beuchamp T, Childress J. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002. Capítulo 3, O respeito à autonomia; p. 185-208.
11. Ribeiro DC. Autonomia e consentimento informado. In: Ribeiro DC, organizador. *A relação médico-paciente: velhas barreiras, novas fronteiras*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2010. p. 197-229.
12. Fortes PAC. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética*. 1994;2(2):129-35.
13. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. [Internet]. 2002 [acesso 5 jun 2014]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/10406.htm#art2044
14. Bussinguer E, Barcellos I. O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2691-8.
15. Pessini L. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2007.
16. Piccini C, Steffani JA, Bonamigo EL, Bortoluzzi MC, Schlemper Jr BR. Testamento vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. *Revista Bioethikos*. 2011;5(4):384-91.
17. Nunes MI, Fabri dos Anjos M. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2014;22(2):241-51.
18. Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. *Ortotanásia deve entrar no novo Código de Ética Médica*. [Internet]. 25 ago 2009 [acesso 10 jun 2014]. Disponível: <http://www.cremeb.org.br/cremeb.php?m=site.item&item=241&idioma=br>

19. Chehuen Neto JA, Lima WG. Pesquisa quantitativa. In: Chehuen Neto JA, organizador. Metodologia da pesquisa científica: da graduação à pós-graduação. Curitiba: Editora CRV; 2012. p. 147-54.
20. Knobel M, Silva ALM. O paciente terminal: vale a pena investir no tratamento? *Einstein*. 2004;2(2):133.
21. Villas-Bôas ME. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2008;16(1):61-83.
22. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2013 [acesso: 28 maio 2014]. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
23. Rocha A, Buonicore G, Silva A, Pithan L, Feijó A. Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2013;21(1):84-95.
24. Moritz RD. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte [tese]. [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002 [acesso 15 jul 2014]. Disponível: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/84198/186845.pdf?sequence=1>
25. Westphal DM, McKee SA. End-of-life decision making in the intensive care unit: physician and nurse perspectives. *Am J Med Qual*. 2009;24(3):222-8.
26. Antolín A, Ambrós Á, Mangirón P, Alves D, Sánchez M, Miró O. Knowledge and awareness of their condition and advance directives documents among patients with decompensated progressive chronic diseases presenting at emergency departments. *Emergencias*. 2007;19(5):245-50.
27. Jones AL, Moss AJ, Harris-Kojetin LD. Use of advance directives in long-term care populations. NCHS Data Brief. [Internet]. 2011 [acesso 18 jun 2014];54:1-8. Disponível: <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db54.pdf>
28. Espanha. Ley nº 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial de España. [Internet]. 15 nov 2002 [acesso 5 jun 2014];(274):40126-32. Disponível: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
29. Espanha. Real Decreto nº 124/2007, de 2 de febrero de 2007, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. Boletín Oficial de España. [Internet]. 15 fev 2007 [acesso 5 jun 2014];(40):6591-3. Disponível: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/02/15/pdfs/A06591-06593.pdf>
30. Portugal. Lei nº 25, de 16 de julho de 2012. Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (Rentev). Diário da República. [Internet]. 16 jul 2012 [acesso 5 jun 2014];(136):3728-30. Disponível: <http://dre.pt/pdf1sdip/2012/07/13600/0372803730.pdf>
31. Porto Rico. Ley nº 160, de 17 de noviembre de 2001. Ley de declaración previa de voluntad sobre tratamiento médico en caso de sufrir una condición de salud terminal o de estado vegetativo persistente. LexJuris (P. de la C. 386). [Internet]. 2001 [acesso 5 jun 2014]. Disponível: <http://www.lexjuris.com/LEXLEX/Leyes2001/lex2001160.htm>
32. Argentina. Ley nº 26.529, de 21 de octubre de 2009. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. [Internet]. 2009 [acesso 5 jun 2014]. Disponível: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
33. Uruguai. Ley nº 18.473, de 3 de abril de 2009. Voluntad anticipada. Diario Oficial. [Internet]. 21 abr 2009 [acesso 5 jun 2014];(27714). Disponível: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18473&Anchor>

Participação dos autores

Álvaro Henrique de Almeida Delgado, Caio Gomes Tabet, Guilherme Gomide Almeida, Isadora Figueiredo Vieira e Natália Cristina Simão da Silva participaram da concepção do projeto de pesquisa, pesquisa bibliográfica, coleta de dados e redação do artigo. José Antônio Chehuen Neto participou da orientação, revisão do projeto, formatação e revisão do texto. Renato Erothildes Ferreira participou do desenho do estudo, análise estatística e sua interpretação.



Anexos

Instrumento de coleta de dados

Perfil sociodemográfico da amostra		
1	Idade em anos:	()
2	Sexo:	(1) Feminino (2) Masculino
3	Cor:	(1) Branco (2) Pardo (3) Negro (4) Amarelo (5) Indígena
4	Renda do entrevistado:	(1) Até 2 salários mínimos (2) Acima de 2 mínimos
5	Sua crença religiosa:	(1) Ateu (2) Católico (3) Evangélico (4) Espírita (5) Outra
6	Graduação:	(1) Curso técnico (2) Curso superior completo (3) Especialização (4) Mestrado (5) Doutorado
7	Estado civil:	(1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Divorciado (5) Outros
8	Arranjos de vida:	(1) Mora sozinho (2) Mora com os pais (3) Mora com parceiro (4) Lar de idosos (5) Outros
9	Onde você mora?	(1) Centro (2) Sul (3) Leste (4) Oeste (5) Norte (6) Zona rural

Opinião sobre o testamento vital (TV)		
1	Qual a sua profissão?	(1) Médico (2) Enfermeiro (3) Nutricionista (4) Psicólogo (5) Fisioterapeuta
2	Você trabalha em uma unidade de terapia intensiva?	(1) Sim (2) Não
3	Com que frequência você lida com pacientes graves?	(1) Pouco (2) Muito
4	Os pacientes costumam manifestar opiniões em relação às condutas às quais serão submetidos?	(1) Sim (2) Não
5	Você considera que os profissionais se preocupam em informar o paciente sobre sua condição de saúde?	(1) Sim (2) Não
6	Você acredita que os doentes terminais costumam estar devidamente informados sobre a sua condição?	(1) Sim (2) Não
7	Você afirma conhecer o conceito: Eutanásia ? Ortotanásia ? Distanásia ?	(1) Sim (2) Não (1) Sim (2) Não (1) Sim (2) Não
8	Tem parente ou conhecido próximo com doença em estado terminal?	(1) Sim (2) Não
9	Se respondeu “sim”, qual doença?	(1) DPOC (2) Insuficiência cardíaca (3) Cirrose do fígado (4) Câncer (5) Outros
10	Você conhece a resolução 1995/12 do CFM?	(1) Sim (2) Não
11	Você conhece a definição de testamento vital (TV)? *	(1) Sim (2) Não
12	Você considera dever do profissional de saúde informar os pacientes acerca do TV?	(1) Sim (2) Não
13	Você sabe como elaborar um TV?	(1) Sim (2) Não
14	Você já atendeu algum paciente que possuía ou que requereu um TV?	(1) Sim (2) Não
15	Você se sentiria à vontade em seguir as determinações de um TV?	(1) Sim (2) Não
16	Você considera interessante a criação de uma lei que regule o TV no Brasil?	(1) Sim (2) Não
17	Você se sentiria mais seguro com a regulamentação do TV?	(1) Sim (2) Não
18	Na sua opinião, é importante discutir esse tema entre os profissionais de saúde?	(1) Sim (2) Não
19	Você considera importante a divulgação de informações acerca do TV nos meios de comunicação?	(1) Sim (2) Não
20	Você faria um TV para si?	(1) Sim (2) Não

*Questão 11: Caso o entrevistado responda “não”, o entrevistador deve explicar sucintamente acerca do TV, possibilitando que o entrevistado tenha o conhecimento necessário para responder às questões de 12 a 20.