

Estado da publicação: O preprint foi submetido para publicação em um periódico

## Diretivas antecipadas na perspectiva da população idosa

Gustavo Scherer Vanzella, Isadora Carolina Duarte de Souza, Juliano Cezar Ferreira, Vilma Beltrame, Sirlei Favero Cetolin, Elcio Luiz Bonamigo

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.5989>

Submetido em: 2023-04-29

Postado em: 2023-05-02 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

A moderação deste preprint recebeu o endosso de:

Jovani Antônio Steffani (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0914-7434>)

## **Diretivas antecipadas de vontade na perspectiva da população idosa**

### **Advance directives in the perspective of the elderly population**

#### **Diretivas Antecipadas de Vontade**

##### **Advance directives**

Gustavo Scherer Vanzella. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3160-3088>

Isadora Carolina Duarte de Souza. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4144-2898>

Juliano Cesar Ferreira. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4605-2909>

Vilma Beltrame. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9639-6403>

Sirlei Favero Cetolin. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2954-0815>

Elcio Luiz Bonamigo. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0226-7070>

Universidade do Oeste de Santa Catarina.

Financiamento: FAPESC - Fundação do Amparo à Inovação e Pesquisa do Estado de Santa Catarina.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

#### **Resumo:**

*Objetivo:* Analisar o conhecimento e a aceitação da pessoa idosa acerca da elaboração das Diretivas Antecipadas de Vontade, a sua preferência em relação aos modelos de preenchimento e a escolha do representante que irá substituí-la na tomada de decisão.

*Metodologia:* Estudo transversal realizado por meio da disponibilização aos participantes de dois modelos de Diretivas Antecipadas de Vontade para preenchimento e aplicação de um questionário sobre conhecimento, aceitação e avaliação do dispositivo. *Resultados:* A grande maioria dos participantes (85,63%) desconhecia as Diretivas Antecipadas de Vontade; 98,13% desconheciam os modelos do documento; 100% consideraram bom ou aceitável o modelo 1, mais completo; e 66,88% indicaram um filho como o seu representante legal. Quando questionados sobre a importância da elaboração, disponibilização à população e aprovação de lei que regulamente esse direito, as respostas foram afirmativas, respectivamente, para 91,88%, 91,25% e 91,25% dos participantes. *Conclusão:* Embora o desconhecimento fosse geral entre os participantes, após esclarecimento houve elevado índice de avaliação e aceitação das Diretivas Antecipadas de Vontade, bem como recomendação para sua legalização e disponibilização à população

como um dispositivo que contribui para a garantia da autonomia e dignidade humana, sobretudo durante a assistência à saúde no final da vida.

**Palavras-Chave:** Diretivas Antecipadas. Bioética. Autonomia pessoal. Direitos dos Idosos.

## **Abstract**

*Objective:* To analyze the knowledge and acceptance of the elderly person regarding the elaboration of the Advance Directives, their preference in relation to the filling models and the choice of the representative who will replace them in the decision-making process. *Methodology:* Cross-sectional study carried out by providing participants with two models of Advance Directives were made available to the participants for completion and applied a questionnaire on knowledge, acceptance, and evaluation of the device. *Results:* There were 85.63% of the participants who were unaware of the Advance Directives, 98.13% who were unaware of document models, 100% who considered model 1, more complete, to be good or acceptable, and 66.88% who indicated a son as its representative. When asked about the importance of preparing, making available to the population, and passing a law that regulates this right, the participants were assertive respectively by 91.88%, 91.25% and 91.25%. *Conclusion:* Although lack of knowledge was general among the participants, after clarification there was a high rate of evaluation and acceptance of the Advance Directives, as well as a recommendation for their legalization and availability to the population as a device that contributes to the guarantee of autonomy and human dignity, especially during the end-of-life health care.

**Keywords:** Advance Directives. Bioethics. Personal Autonomy. Aged rights.

## **INTRODUÇÃO**

A dignidade do paciente ampara-se pelo exercício da sua autonomia, direito expressamente garantido sobretudo pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos<sup>1</sup>, a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde<sup>2</sup> e o Código de Ética Médica<sup>3</sup>. A autonomia de uma pessoa capaz de se comunicar é exercida por meio do Consentimento Livre e Esclarecido e, caso esteja incapaz, através das suas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). No Brasil, as DAV foram introduzidas pela Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 1.995/2012<sup>4</sup>. Entretanto, o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), no seu artigo 17, garante às pessoas idosas o “direito de optar pelo tratamento que considera mais

favorável<sup>5</sup>. Todos os direitos estão fundamentados nos artigos 1º e 5º da Constituição Federal<sup>6</sup>.

O Ministério da Saúde estabeleceu as DAV como diretrizes para pacientes em cuidados paliativos por meio da Resolução n.º 41/2018<sup>7</sup> e da Portaria SAES/MS n.º 1.399/2019<sup>8</sup>. Contudo, não foram encontradas informações sobre a disponibilização de um modelo que facilite a sua elaboração pelos pacientes, a exemplo dos países que já as adotam. Embora não haja lei federal no Brasil, tramitava até o final de 2022 um Projeto de Lei (PLS n.º 149/2018)<sup>9</sup> com a finalidade de regulamentar nacionalmente as DAV e a sua discussão não deve ser cessada, sobretudo para evitar medidas diagnósticas ou terapêuticas que possam causar distanásia aos pacientes<sup>10</sup>. Porém, assim como os demais, o PLS n.º 149/2018 foi arquivado no final da legislatura de 2022 e não houve reapresentação até a data da elaboração deste artigo.

Em termos globais, os Estados Unidos foram o primeiro país a adotar as DAV em Lei Federal, através da PSDA (Patient Self-Determination Act)<sup>11</sup>; na Europa, iniciou com a Espanha, por meio da Lei n.º 41/2002, seguida por outros 15 países, entre os quais a França, Alemanha, Portugal e Itália<sup>12</sup>. Na América Latina, países como, Porto Rico, Argentina, México, Uruguai e Colômbia aprovaram lei federal sobre DAV<sup>11</sup>.

A existência de uma lei sobre DAV impulsiona a sua elaboração, assim mostrou um estudo realizado na Alemanha com mais de 500 pacientes hematológicos e oncológicos no qual a maioria somente as elaborou DAV após a previsão legal<sup>13</sup>. Na Espanha, até janeiro de 2023, 8,68 de cada 1.000 habitantes havia registrado as suas DAV no Registro Nacional<sup>14</sup>.

Quando a morte é vista como um insucesso e até incompetência profissional, o processo de assistência pode arrastar-se por mais tempo do que o necessário, propiciando a distanásia<sup>15</sup>. Embora os indivíduos sejam marcados pela temporalidade da vida, luta-se contra a ideia da finitude, aspecto que dificulta a abordagem das DAV no nosso país<sup>16</sup>. Desta forma, além da previsão legal, faz-se necessário aumentar o conhecimento sobre as DAV na população para melhorar a sua aceitação e fortalecer a sua autonomia, provendo uma forma de arquivamento juridicamente seguro que permita o seu acesso e compartilhamento com profissionais de saúde no momento da tomada de decisão<sup>17</sup>.

Estima-se que o desconhecimento sobre DAV seja elevado. Assim sendo, despontam vários problemas de pesquisa: qual o grau de conhecimento dos pacientes idosos sobre as DAV? Após conhecerem as DAV, qual o grau de aceitação e a importância atribuída a sua elaboração? Qual o modelo de DAV preferido? Quais as dificuldades de

preenchimento e compreensão dos modelos disponíveis? Quem será o escolhido como representante legal para garantir a sua autonomia?

Por estarem as pessoas idosas mais propensas a necessitar de instrumentos para manter a sua autonomia com mais brevidade, justifica-se a realização da presente pesquisa com esta categoria de pessoas, sobretudo para que o modelo disponibilizado seja o mais adequado e compreensível possível. Assim, os objetivos da presente pesquisa foram analisar o conhecimento e a aceitação da pessoa idosa sobre a elaboração das DAV, a sua preferência e as suas dificuldades em relação aos modelos de preenchimento e a escolha do representante que irá substituí-la na tomada de decisão.

## MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado por meio de preenchimento de dois modelos de DAV e aplicação de um questionário destinado às pessoas idosas do município de Joaçaba SC. Foram incluídos pacientes atendidos em três Estratégias de Saúde do Sistema Único de Saúde, durante a espera pelo atendimento ou por ocasião das visitas domiciliares pelas Agentes Comunitárias, e pacientes que participavam de atendimentos no Serviço de Oncologia do Hospital Universitário Santa Terezinha – HUST.

Pelas dificuldades significativas na obtenção do número de participantes, já que alguns não se sentiam bem em refletir sobre o fim de vida e, porque as entrevistas eram prolongadas, para completar a amostra foram incluídas as pessoas idosas que frequentavam a Universidade da Terceira Idade (UNITI), no âmbito da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), *campus* de Joaçaba, alcançando-se um número próximo à meta estipulada.

Nas Estratégias de Saúde, no serviço de oncologia e na UNITI a coleta de dados foi realizada por três dos autores e, no domicílio, pelas Agentes de Saúde durante os meses de março a setembro de 2022. Estimou-se haver uma população de aproximadamente 5.865 pessoas idosas no Município. No cálculo amostral, os parâmetros utilizados foram índice de confiabilidade de 90% e a margem de erro de 5%, estimando-se a necessidade de incluir 169 participantes. O índice de confiabilidade de 90% justifica-se pela semelhança de respostas que ocorria e pelo tempo prolongado para a realização das entrevistas. Ao final obtiveram-se respostas válidas de 160 participantes com idade igual ou superior a 60 anos, com base no estatuto do idoso<sup>3</sup>. Além desse critério de inclusão, as pessoas idosas precisavam estar lúcidas, capazes de compreender e responder às questões que lhes eram

apresentadas. Como critério de exclusão observou-se o preenchimento do questionário, onde os que estavam incompletos não foram considerados para o estudo.

A cada entrevistado foram explicados os objetivos do estudo e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), parte integrante do protocolo de pesquisa submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP da UNOESC, aprovado sob o parecer n. 4.868.841.

O instrumento de pesquisa, aplicado entre março e setembro de 2022, constou de dois modelos de Diretivas Antecipadas de Vontade para preenchimento, sendo o modelo 1 mais completo e o modelo 2 abreviado. Estes modelos foram elaborados pelos autores após consulta de vários modelos internacionais, sobretudo com base no modelo adotado pelo Condado de Yukon, no Canadá<sup>19</sup> por sua redação objetiva e pela facilidade de compreensão. Com a finalidade de perceber as dificuldades de resposta, os modelos passaram por várias discussões entre os membros do Comitê de Bioética do Hospital Universitário Santa Terezinha de Joaçaba SC, foram submetidos durante os últimos anos a vários pré-testes em diferentes contextos culturais, recebendo modificações pertinentes conforme as sugestões apresentadas. A seguir, de forma compacta, são transcritos os dois modelos.

**Modelo de Diretivas Antecipadas de Vontade 1.** Apresentamos, a seguir, um modelo indicativo para a elaboração de documento sobre Diretivas Antecipadas de Vontade no qual poderá registrar seus desejos a serem cumpridos numa situação em que estiver incapaz de comunicar-se, bem como designar representante para participar das decisões em seu lugar. Leia atentamente as explicações sobre as alternativas 1 e 2 e registre suas preferências. Eu ... CPF nº... RG nº... data de nascimento .../.../..., com domicílio em ..., na plenitude de minhas faculdades mentais, livremente e depois de prolongada reflexão, declaro: Parte 1. Manifestação de vontades sobre cuidados com a saúde. Se me encontrar em situação que não possa tomar decisões sobre os cuidados com minha saúde, minha vontade com respeito aos cuidados e tratamentos está assinalada nas alternativas 1 ou 2, que devem servir de guia aos profissionais que me assistem e ao meu representante que participará da decisão em meu lugar. Em ambos os casos se consideram incluídas as medidas de conforto e os cuidados paliativos quando indicados.

1. Cuidados limitados. Se, entre as alternativas A-E, que estão a seguir, assinalo “1. Cuidados limitados”, significa evitar medidas que não me beneficiam. Inclui somente medidas de conforto, tais como: cuidados de enfermagem, medicamentos para diminuir ao máximo a dor e o sofrimento, oxigênio, cuidados gerais e apoio emocional. 2. Cuidados específicos. Se, entre as alternativas A-E, que estão a seguir, assinalo “2. Cuidados

específicos”, além das medidas de conforto, eu desejo receber outros procedimentos que me forem indicados pelo médico assistente. Manifestarei meus desejos para cinco possíveis situações.

A. Doença terminal. Se me encontro no processo irreversível de morte, atestado por dois médicos, em que qualquer tratamento de manutenção da vida somente iria adiar-la e prolongar meu sofrimento, desejo receber:  1. Cuidados limitados.  2. Cuidados específicos. B. Inconsciência permanente. Se a doença não é terminal, mas me encontro em coma persistente, sem chance de recuperação da consciência, atestado por dois médicos, desejo receber:  1. Cuidados limitados.  2. Cuidados específicos. C. Lesão cerebral. Se a doença não é terminal, mas há comprovadamente uma lesão permanente e grave do cérebro que indique estado avançado de demência, meu desejo é receber:  1. Cuidados limitados.  2. Cuidados específicos. D. Insuficiência renal. Se me encontro com doença terminal (minha morte ocorrerá em alguns meses) e em meu corpo há uma falha permanente e grave de funções de meus órgãos vitais que não pode ser tratada, como a insuficiência dos dois rins, com necessidade de hemodiálise permanente, desejo receber:  1. Cuidados limitados.  2. Cuidados específicos. E. Insuficiência respiratória. Se me encontro com doença terminal (minha morte ocorrerá em alguns meses) e em meu corpo há uma falha permanente e grave de funções de meus órgãos vitais que não pode ser recuperada, como insuficiência respiratória grave, que exige ventilação mecânica contínua, desejo receber:  1. Cuidados limitados.  2. Cuidados específicos.

\*Preencha este item somente se assinalou alguma alternativa 2 nos itens A-E. Quando houver indicação médica, além das medidas de conforto e cuidados paliativos, desejo receber alguns cuidados específicos que assinalarei a seguir:  Cirurgia.  Radioterapia.  Intubação (em caso de insuficiência respiratória).  Diálise renal (em caso de insuficiência de ambos os rins).  Quimioterapia.  Transfusão de sangue.  Alimentação por sonda.  Antibioticoterapia.  Outras medicações.  Outros tratamentos.  Reanimação cardiorrespiratória. Explique caso queira esclarecer a escolha: ...

Parte 2. Manifestação de outras vontades: F. Quanto à doação de órgãos e tecidos minha vontade é:  Não doar.  Doar.  Doar somente os seguintes órgãos (descrever quais): ... G. Quanto à Cremação:  Sim, desejo ser cremado.  Não desejo ser cremado. H. Tenho outras vontades, por exemplo: receber assistência espiritual/religiosa, uso de medicamentos experimentais etc. (descrever): ...

Parte 3. Assinatura de testemunhas e designação dos representantes: Testemunhas: 1. Nome... CPF... Assinatura... 2. Nome... CPF... Assinatura... Designo o representante (1) e seu substituto (2) como pessoas que podem decidir por mim: 1) Nome

.... CPF ... Fone: ... Endereço completo (incluir e-mail): ... 2) Nome ... CPF... Fone: ...  
Endereço completo (incluir e-mail): ... Data e Assinatura do declarante.

**Modelo de Diretivas Antecipadas de Vontade 2.** Apresentamos, a seguir, um modelo abreviado para a elaboração de um documento de Diretivas Antecipadas de Vontade no qual poderá registrar seus desejos a serem cumpridos numa situação em que estiver incapaz de comunicar-se, bem como designar seu representante para participar das decisões em seu lugar. Leia atentamente as explicações sobre as alternativas 1 e 2 e registre suas preferências.

Eu... CPF nº.: RG nº ..., data de nascimento.../.../..., com domicílio em ..., na plenitude de minhas faculdades mentais, livremente e depois de prolongada reflexão, declaro: Parte 1. Manifestação de vontades sobre cuidados com a saúde. Se me encontrar incapaz de comunicar-me, sem condições de tomar decisões, com minha saúde muito ruim, que fará com que eu morra em meses, ou numa condição para a qual haja pouca esperança de que recuperarei uma qualidade de vida aceitável para mim, minha vontade com respeito aos cuidados e tratamentos que desejo receber está assinalada nas alternativas 1 ou 2, que devem servir de guia aos profissionais que me assistem e ao meu representante que participará da decisão em meu lugar. Em ambos os casos se consideram incluídas medidas de conforto e cuidados paliativos.

1. Cuidados limitados. Se assinalo a alternativa 1, eu desejo cuidados e tratamentos limitados. Significa evitar medidas que não me beneficiam, mas inclui: cuidados de enfermagem, medicamentos para diminuir ao máximo a dor e o sofrimento, oxigênio, cuidados gerais e apoio emocional. 2. Cuidados específicos. Se assinalo a alternativa 2, eu desejo receber alguns cuidados e tratamentos específicos.  1. Cuidados limitados. Somente medidas de conforto e cuidados paliativos.  2. Cuidados específicos. Inclui outros cuidados além das medidas de conforto e cuidados paliativos.

Caso tenha assinalado a opção 2, quando houver indicação médica, desejo receber os cuidados para os procedimentos ou tratamentos que assinalarei a seguir:  Cirurgia.  Radioterapia.  Intubação.  Diálise renal.  Quimioterapia.  Transfusão de sangue.  Alimentação por sonda.  Antibioticoterapia.  Outras medicações.  Outros tratamentos.  Reanimação cardiopulmonar.

Parte 2. Manifestação de outras vontades: 2.1 Quanto à doação de órgãos e tecidos minha vontade é:  Não doar.  Doar.  Doar somente os seguintes órgãos (descrever quais) ... 2.2 Quanto à Cremação:  Sim, desejo ser cremado.  Não desejo ser cremado. 2.3 Tenho outras vontades, por exemplo, receber assistência espiritual/religiosa, uso de medicamentos experimentais etc. (descrever): ...

Parte 3. Assinatura de testemunhas e designação dos representantes:  
Testemunhas: 1. Nome ... CPF ... Assinatura ... 2. Nome ... CPF... Assinatura ... Designo o representante (1) e seu substituto (2) como pessoas que podem decidir por mim: 1) Nome ... CPF... Fone: ... Endereço completo (incluir e-mail): ... 2) Nome ... CPF... Fone: ... Endereço completo (incluir e-mail): ... Data e Assinatura do declarante.

Antes de preencher os modelos, os participantes eram questionados se já conheciam as DAV. Após os esclarecimentos sobre a sua finalidade, os participantes respondiam um questionário composto por 7 perguntas sobre dados sociodemográficos e 14 específicas, totalizando 21 questões, contendo perguntas fechadas e abertas. As duas perguntas abertas referiam-se, respectivamente, a algum item das DAV que não entendeu e à designação de um representante não constante nas alternativas. A análise dos dados foi realizada por meio de técnicas de estatística bivariada, com o emprego de tabelas de frequências e apresentação dos resultados em tabelas e gráficos. Para definição do número de classes para construção da tabela de frequência da faixa etária dos participantes, foi utilizada a fórmula de Sturges. O teste de qui-quadrado (*chi-square*) foi utilizado para verificar a associação entre as variáveis sexo, faixa etária e escolaridade, e aspectos relacionados às DAV, sendo o resultado considerado significativo quando  $p < 0.05$ . Após a pesquisa, os modelos receberam as modificações pertinentes, podendo ser visualizados no website <https://diretivasantecipadas.com.br/modeos-de-diretivas/><sup>18</sup>. O estudo teve financiamento da FAPESC (Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina).

## RESULTADOS

Do total de 163 participantes que preencheram o questionário, três deles foram excluídos do estudo por preenchimento incompleto. A Figura 1 apresenta o perfil dos respondentes quanto a sexo, faixa etária e escolaridade. Observa-se que, dos 160 participantes do estudo, a maioria era do sexo feminino (69,37%) (Fig. 1a), com faixa etária entre 60 e 69 anos (55,65%) (Fig. 1b), e possuíam apenas o ensino fundamental (51,88%) (Fig. 3c). Quanto à profissão exercida, 55,7% eram aposentados, 10,7% trabalhavam na agricultura e 7,5% eram do lar. Os demais 26,1% distribuíam-se em 26 profissões distintas.

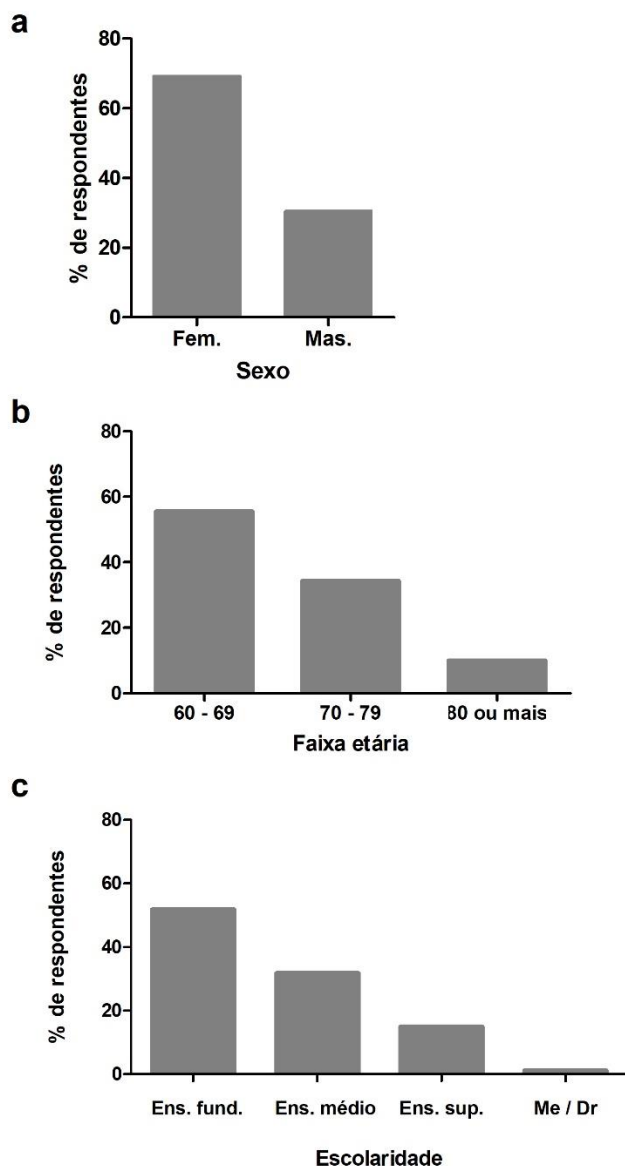


Figura 1 Perfil dos participantes da pesquisa quanto à: a) sexo (mas. = masculino; fem. = feminino); b) faixa etária; c) escolaridade (Ens. fund. = ensino fundamental; Ens. médio = ensino médio; Ens. sup. = ensino superior; Me = mestrado; Dr = doutorado). Joaçaba, Santa Catarina, Brasil, 2022.

Quanto ao conhecimento sobre DAV, 85,62% dos participantes nunca ouviram falar em DAV. Da mesma forma, ao serem indagados sobre conhecer modelos de DAV, 98,13% dos respondentes não conheciam nenhum modelo. A análise estatística mostrou que não houve diferença significativa quanto ao conhecimento das DAV com relação ao sexo ( $p=0,918$ ), faixa etária ( $p=0,915$ ) e escolaridade ( $p=0,325$ ) dos respondentes.

Diante de cada constatação de desconhecimento, foi apresentada os participantes uma explicação sobre as DAV, aproveitando para sanar as dúvidas referentes ao documento. Posteriormente, seguiu-se o questionário.

Após a explanação sobre as DAV, os respondentes foram questionados sobre a sua percepção a respeito da importância das DAV. Foram questionados três aspectos: importância da sua elaboração, importância de sua disponibilização à população e importância da aprovação de lei específica. Nestes aspectos, 91,88% dos participantes sinalizaram ser muito importante a sua elaboração, 91,25% ser muito importante sua disponibilização à população e 91,25% indicaram ser muito importante a aprovação de uma lei que regulamente as DAV (Tabela 1).

Tabela 1 Percepção dos respondentes quanto à importância da elaboração, disponibilização e aprovação de lei sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. Joaçaba, Santa Catarina, Brasil, 2022.

	Importância da elaboração	Importância da disponibilização	Importância da aprovação de lei
	% (n)	% (n)	% (n)
Muito importante	91,88 (147)	91,25 (146)	91,25 (146)
Pouco importante	6,88 (11)	7,50 (12)	6,88 (11)
Nada importante	1,25 (2)	1,25 (2)	1,88 (3)
Total	100 (160)	100 (160)	100 (160)

Comparando a percepção dos respondentes quanto à importância da elaboração, da disponibilização e da criação de lei específica para DAV entre os grupos separados por sexo, faixa etária e escolaridade, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

Após a explanação acerca das DAV, os participantes foram convidados a conhecer e avaliar os dois modelos de DAV colocados à disposição. A partir dos resultados (Figura 2), observa-se que o modelo 1 (completo) foi mais bem avaliado, recebendo classificação de “bom” por 72,50% dos respondentes.

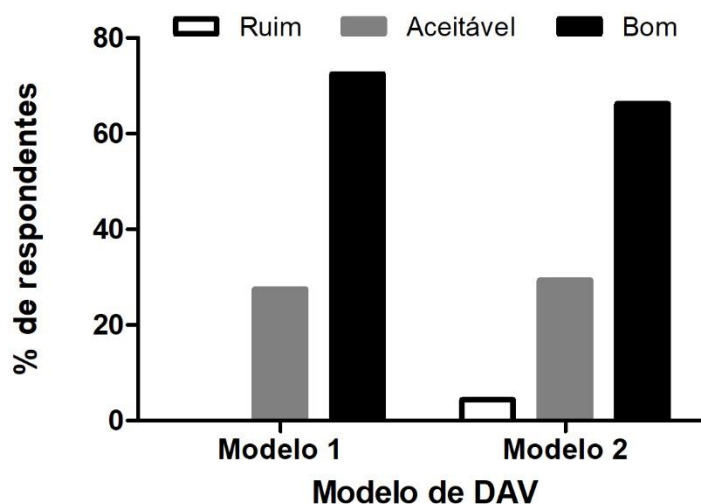


Figura 2 Avaliação, pelos participantes, dos modelos 1 (completo) e 2 (abreviado) de Diretivas Antecipadas de Vontade. Joaçaba, Santa Catarina, Brasil, 2022.

Quando solicitados a recomendar um dos modelos de DAV, 63,75% dos respondentes recomendaram ambos os modelos, 27,50% recomendaram o modelo 1 (completo) e 8,75% recomendaram o modelo 2 (abreviado). A análise estatística mostrou que não houve diferença significativa em relação à escolha do modelo e o sexo ( $p=0,969$ ), a escolaridade ( $p=0,814$ ) e a faixa etária ( $p=0,962$ ) dos respondentes. Entretanto, é importante destacar que 5% dos participantes apontaram dificuldades quanto ao entendimento dos modelos, sobretudo no que se referia à linguagem das questões (Tabela 2).

Tabela 2 Dificuldade de entendimento nos modelos de Diretivas Antecipadas de Vontade. Joaçaba, Santa Catarina, Brasil, 2022.

Dificuldade	Frequência	%	Especificação das dificuldades	n	%
Não	152	95	-	-	-
Sim	8	5	Linguagem	4	2,5
			Significado de “limitação de tratamento”.	1	0,65
			Significado de “cuidados com a saúde” do modelo 2.	1	0,65
			Não especificaram	2	1,2
Total	160	100	-	8	5

Os participantes foram indagados sobre quais itens da DAV eram mais importantes. Para 43,75% dos participantes, todos os itens das DAV eram importantes. No entanto, 15% destacaram como importante o item “designação de um representante legal”, 10% destacaram como importante o item “doação de órgãos”, 8,75% destacaram o item “limitação de tratamentos”, 8,13% destacaram os itens “limitação de tratamentos e designação de representante legal” e “doação de órgãos e designação de representante legal”, 5,63% destacaram como importante o item “doação de órgãos e limitação de tratamentos”, e 0,63% destacaram o item “designação de representante e cremação”, como importante.

Dada a importância da designação de um representante legal, sendo permitidas respostas múltiplas, foi questionado aos participantes quem escolheriam como representante legal. Para 107 (66,88%) participantes, a escolha ideal seria um filho(a), para 18 (11,25%) a escolha ideal seria o companheiro(a), para 3 (1,88%) a escolha ideal seria um neto(a), para 1 (0,63%) a escolha ideal seria um amigo(a) e para 31 (19,37%) a escolha poderia ser qualquer dessas indicações.

Por fim, os participantes foram questionados quanto à importância de profissionais de saúde conversarem com o paciente sobre o preparo para o processo de morte e de os pacientes deixarem orientação sobre as suas vontades na terminalidade da vida por meio de DAV. Sobre estes aspectos, 90% dos respondentes indicaram ser importante que profissionais de saúde e pacientes conversem sobre o preparo para o processo de morte, e 88,75% dos respondentes indicaram ser importante deixar orientação sobre as suas vontades na terminalidade da vida por meio de DAV.

## **DISCUSSÃO**

A população idosa está mais propensa à reflexão sobre o final da vida, instigando a abordagem do tema. Em relação ao conhecimento dos participantes sobre as DAV, a maioria desconhecia o dispositivo, resultado semelhante a uma pesquisa realizada em ambulatório de geriatria de Minas Gerais, com pacientes idosos e acompanhantes, em que apenas 3% conheciam as DAV e 2% a norma do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM 1995/12) que as regulamenta para os médicos no Brasil<sup>4</sup>.

Entretanto, o resultado foi distinto do que ocorreu em uma pesquisa realizada na Suíça, também aplicada às pessoas idosas, em que 78,7% já tinham ouvido falar nas DAV e 76,7% as aprovavam, sobretudo as mulheres, mostrando o descompasso existente entre os países<sup>19</sup>. Em estudo anterior realizado com pacientes oncológicos na mesma região da pesquisa atual, a maioria dos entrevistados, tanto pacientes quanto os seus acompanhantes, desconheciam os termos “diretivas antecipadas de vontade”, mas após o esclarecimento sobre o seu significado, a vontade de elaborar o seu próprio dispositivo foi quase unânime, evidenciando a relevância da informação para a evolução da implantação das DAV no Brasil<sup>20</sup>.

Quanto à dificuldade de compreensão dos entrevistados sobre os itens apresentados na pesquisa, foram apontadas sobretudo a manifestações de vontade sobre limitação de tratamento e cuidados com a saúde. Esta constatação evidencia a necessidade de haver esclarecimentos prévios aos que pretendem preencher o documento a serem feitos pelos profissionais de saúde. A tomada de decisão sobre o futuro da pessoa durante a elaboração das DAV ocorre num contexto de autonomia solidária onde a decisão é compartilhada<sup>21</sup>. As possíveis limitações quanto à escolaridade, crenças ou diferenças culturais exigem maior disponibilidade de tempo para a explanação sobre o significado das DAV pelos profissionais de saúde, para facilitar o entendimento dos pacientes e familiares, esclarecendo dúvidas e incertezas referentes às indicações e restrições de tratamentos, bem como contribuindo para a aplicabilidade das DAV<sup>22</sup>.

Frequentemente, a baixa adesão às DAV associa-se à cultura do país e à falta de costume ou resistência para conversar sobre finitude<sup>23</sup>. Nota-se, ainda, que o grau de escolaridade é um fator que influencia no conhecimento das DAV, conforme mostrado pelo menor índice de familiaridade entre as pessoas com baixo nível educacional de uma pesquisa realizada na Suíça<sup>19</sup>, embora não tenha sido estatisticamente significativo no presente estudo.

Estima-se que as dificuldades quanto à elaboração das DAV podem ser contornadas por meio de documentos cuidadosamente redigidos, com aconselhamento apropriado e com explicações especializadas sobre possibilidades médicas e opções de tratamento<sup>22</sup>. Assim, as diretivas constituem uma forma promissora de as pessoas exercerem a sua autonomia quando impossibilitadas de se comunicar. Quando os participantes da presente pesquisa foram questionados sobre a importância da elaboração das DAV, a maioria respondeu considerar importante, sem diferença por sexo, escolaridade ou faixas etárias. Assim, o oferecimento de informações associado a um bom modelo constitui o fundamento a ser solidificado para a maior aceitação desta forma de exercício da autonomia.

No que tange à avaliação dos participantes sobre os modelos de DAV apresentados, houve melhor aceitação do modelo 1, o mais completo, embora ambos tenham sido indicados para adoção pela maioria. Neste sentido, em iniciativa pioneira, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia criou e disponibilizou o aplicativo online “Minhas Vontades”, acompanhado de explicações detalhadas que possibilitam às pessoas manifestarem os seus desejos e elaborarem as suas próprias DAV<sup>24</sup>.

A aprovação de uma lei, pelo Congresso Nacional, que viabilize juridicamente o seu direito à autonomia, foi avaliada como muito importante, tanto por homens quanto por mulheres, sem variação entre as faixas etárias e escolaridade. No âmbito brasileiro, destaque-se a iniciativa do Ministério da Saúde que incluiu as DAV como diretrizes para a organização dos cuidados paliativos e pacientes oncológicos<sup>7</sup>.

O Projeto de Lei no Senado Federal (PL 149/2018)<sup>9</sup>, essencial para a implantação das DAV em todos os níveis, tramitou muito lentamente nos últimos quatro anos sendo arquivado no final de 2022 devido à mudança de governo<sup>9</sup>. Entretanto, constitui uma necessidade colocar o Brasil em harmonia com a tendência mundial para garantir, por meio de lei, a possibilidade de o paciente manifestar e ter respeitada a sua vontade, antecipadamente ao aparecimento ou ao agravamento de uma enfermidade, indicando expressamente com quais tratamentos concorda ou quais recusa.

Neste sentido, observa-se a existência de legislação estadual no Brasil que contribui para a execução do direito dos pacientes em recusarem tratamentos médicos dolorosos ou

extraordinários para prolongamento da vida<sup>25</sup>. Embora não citem diretamente as DAV no seu teor, entre as várias leis publicadas, a mais emblemática é a Lei n 10.241/1999, de São Paulo, denominada Lei Covas<sup>26</sup>.

Nesse panorama, a falta de evolução transparece em uma pesquisa recente realizada em um hospital-escola na cidade de Curitiba-PR com profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) e usuários do SUS (pacientes e acompanhantes) em que a maioria dos profissionais (61,9%) e usuários (91,7%) desconhecia qualquer instrumento de manifestação de vontade em fim de vida, bem como a Resolução CFM 1.995/2012, após quase 10 anos de vigência<sup>27</sup>.

Entre os itens que constituem os modelos de DAV apresentados aos participantes, todos foram considerados importantes, mas houve ênfase para a designação do representante e a doação de órgãos. Em relação aos representantes, os mais apontados foram os filhos e os cônjuges. A designação de um representante acompanha-se da necessidade de mantê-lo ciente das suas vontades. Um estudo coreano elucida que, entre as razões para o registro das suas vontades em uma DAV, destaca-se "não sobrecarregar as famílias com decisões de fim de vida" (82,1%), seguido por "possibilidade de diferenças de opinião entre eles mesmos e os outros membros da família" (78,9%) e "devido ao risco consciente de perder a capacidade de decisão no caso de um acidente inesperado ou doença grave" (75,9%)<sup>28</sup>. Quanto à ordem de escolha do representante, como ocorreu na presente pesquisa, em estudo realizado na Malásia, 38,8% dos entrevistados escolheram os seus filhos(as) e 22,4% seus cônjuges, revelando que a preferência pela pessoa, para atuar como o representante, está entre os familiares mais próximos<sup>29</sup>.

Neste contexto, quando se trata da equipe médica, uma pesquisa realizada em um hospital do Rio Grande do Sul apontou que médicos têm dificuldade em seguir o desejo manifestado pelo paciente em DAV quando a família é contrária, demonstrando a necessidade de maior comunicação prévia entre equipe, paciente e familiares, pois, caso contrário, novos dilemas podem surgir<sup>22</sup>.

No que se refere à importância da elaboração das DAV e a sua disponibilização à população, não houve diferença estatística por sexo, escolaridade e idade. Infere-se que a falta de legislação federal e o desconhecimento quase total dos participantes sobre DAV contribuem para o não surgimento de diferenças significativas do entendimento. Uma pesquisa mostrou que tanto profissionais como usuários dos serviços de saúde apontam para a necessidade do médico tomar a iniciativa de conversar sobre as DAV<sup>27</sup>. Um aspecto promissor foi que 95% dos estudantes de medicina brasileiros entrevistados em uma pesquisa atribuíram esta função ao médico, demonstrando já estarem cientes do tema<sup>30</sup>.

Por fim, na presente pesquisa quase todos os participantes consideraram importante que os profissionais de saúde adotem a iniciativa de falar sobre a morte e os pacientes deixem por escrito suas vontades. Todavia, quando se trata das variáveis que influenciam na aderência dos médicos às DAV, as mais apontadas foram: falta de conhecimento e experiência, paternalismo, dificuldades na definição do prognóstico do paciente, preocupações legais, influência de familiares, além de fatores culturais e religiosos<sup>31</sup>. Entretanto, é necessário que os profissionais de saúde tenham adquirido as competências sobre DAV para poderem orientar seus pacientes, além de empenhar-se para que a suas vontades sejam cumpridas<sup>32</sup>. Por outro lado, condições precisam ser criadas, sobretudo do ponto de vista legal, para que os pacientes tenham os meios de disponibilizar suas diretivas.

Esta pesquisa possui como limitações o caráter regional e o número da sua amostra, dificultando generalizações. Ademais, o desconhecimento da população sobre o tema pesquisado e os modelos de preenchimento podem ter causado um viés na aceitação e na avaliação dos modelos apresentados, bem como em explicar a ausência de diferença de respostas entre os grupos nas análises efetuadas.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados permitem concluir que a população idosa avaliada pouco conhecia sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. Entretanto, após conhecer sua finalidade, quase todos consideraram importante sua elaboração, preferiram o modelo mais completo e, como representante legal, a preferência recaiu sobre pessoas com vínculos mais próximos, sobretudo os filhos e cônjuges, dado o laço construído e a confiança existente.

Quase todos consideraram necessária a aprovação de uma lei para favorecer a implantação das Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil e garantir com mais eficácia a acessibilidade desse direito à população. Compreende-se que, para que os benefícios se tornem reais, são necessárias mudanças legais, culturais e estruturais nas instituições de saúde, entidades profissionais e instituições educacionais. Finalmente, destaca-se a necessidade de preparar os profissionais de saúde, sobretudo os médicos e profissionais de enfermagem, desde a graduação, para a abordagem deste direito tão importante à população, sobretudo às pessoas idosas.

## **REFERÊNCIAS**

1. UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Adoptada por aclamação

- no dia 19 de Outubro de 2005 pela 33ª sessão da Conferência Geral da UNESCO. [Internet]. 2005. [acesso em 10 nov 2021]. Disponível em: <https://bit.ly/1TRJFa9>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União. [Internet]. 2009. [acesso em 01 dez 2021]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html)
  3. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 , modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Conselho Federal de Medicina. [Internet]. 2018. [acesso em 09 jul 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)
  4. Conselho federal de medicina. Conselho federal de medicina. Resolução n. 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília-DF. [Internet]. 2012. [acesso em 09 jul 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)
  5. Brasil. Lei nº. 10.741, de 1º. de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. De 3 abril de 2014. Diário Oficial da União. [Internet]. 2003. [acesso em 01 dez 2021]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm)
  6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília-DF: Senado Federal, 1988.
  7. Brasil. Ministério da Saúde/Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. [Internet]. 2018. [acesso em 15 dez 2021]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html)
  8. Brasil. Ministério da saúde. Portaria SAES/MS Nº 1399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Brasília-DF. Diário Oficial da União. [Internet]. 2019. [acesso em 18 dez 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/portaria-saes-ms-1399-17-dezembro-2019>
  9. Brasil. Projeto de lei do Senado n. 149/2018. Brasília-DF. [Internet]. 2018. [acesso em 18 dez 2021]. Disponível em:

<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>

10. Freitas VP de. As diretivas antecipadas e o sofrimento nas doenças incuráveis. Consultor Jurídico. [Internet]. 2018. [acesso em 2 nov 2022]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-abr-01/segunda-leitura-diretivas-antecipadas-sofrimento-doencas-incuraveis>
11. Monteiro R da SF, Silva Junior AG da. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. Rev Bioética. [Internet]. 2019 [acesso em 22 jan 2023]; 27:86–97. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271290>
12. Dadalto L. A necessidade de um modelo de Diretivas Antecipadas de Vontade para o Brasil: estudo comparativo dos modelos português e franceses. Rev M Estud sobre a morte, os mortos e o morrer. [Internet]. 2019 [acesso em 22 jan 2023]; 1:443. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2016.v1i2.443-460>
13. Hubert E, Schulte N, Belle S, et al. Cancer Patients and Advance Directives: A Survey of Patients in a Hematology and Oncology Outpatient Clinic. Oncol Res Treat. [Internet]. 2013 [acesso em 22 jan 2023]; 36:398–402. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000353604>
14. Espanha. Ministerio de Sanidad. Registro Nacional de Instrucciones Previas. Enero 2023. [Internet]. 2023. [acesso em 11 jan 2023]. Disponível em: [https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/rnip/docs/Enero-2023/Declarantes\\_con\\_Instruccion\\_Previa\\_Activa\\_por\\_Comunidad\\_Autonomay\\_Sexo\\_Enero-2023.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/rnip/docs/Enero-2023/Declarantes_con_Instruccion_Previa_Activa_por_Comunidad_Autonomay_Sexo_Enero-2023.pdf)
15. Stolz C, Gehlen G, Bonamigo EL, et al. Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia. Rev Bioética. [Internet]. 2011 [acesso em 22 jan 2023]; 19: 833–845. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533257018.pdf>
16. Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. Psicol USP. [Internet]. 2003 [acesso em 22 jan 2023]; 14:115–167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642003000200008>
17. Silva CO, Crippa A, Bonhemberger M. Diretivas antecipadas de vontade: busca pela autonomia do paciente. Rev Bioética. [Internet]. 2021 [acesso em 22 jan 2023]; 29: 688–696. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294502>
18. Bonamigo EL, Steffani JA, Cetolin SF, Beltrame V. Mestrado em Biociências e Saúde da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Diretivas Antecipadas de Vontade: modelos de diretivas. Joaçaba SC, 2023. Disponível em: <https://www.diretivasantecipadas.com.br>.

19. Vilpert S, Borrat-Besson C, Maurer J, et al. Awareness, approval and completion of advance directives in older adults in Switzerland. *Swiss Med Wkly*. [Internet]. 2018 [acesso em 22 jan 2023]; 148(2930):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.4414/smw.2018.14642>
20. Campos MO, Bonamigo EL, Steffani JA, et al. Testamento vital: percepção de pacientes oncológicos e acompanhantes. *Bioethikos*. [Internet]. 2012 [acesso em 22 jan 2023]; 6(3):253–259. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/96/1.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/96/1.pdf)
21. Dadalto L. Testamento vital. 6<sup>th</sup> ed. Rio de Janeiro: Foco, 2022.
22. Cogo SB, Lunardi VL, Quintana AM, et al. Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2016 [acesso em 22 jan 2023]; 69:1031–1038. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0085>
23. Gomes BMM, Salomão LA, Simões AC, et al. Diretivas antecipadas de vontade em geriatria. *Rev Bioética*. [Internet]. 2018 [acesso em 22 jan 2023]; 26: 429–439. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263263>
24. SBGG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Minhas Vontades: o que importa no final. Rio de Janeiro. [Internet]. 2020. [acesso em 2 nov 2022]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/aplicativo-minhas-vontades-uma-ferramenta-para-exercicio-de-autonomia-em-saude/#>
25. Bevilaqua TF, Cogo SB, Venturini L, et al. Diretivas antecipadas de vontade: análise das tendências das produções científicas brasileiras na área da saúde. *Res Soc Dev* [Internet]. 2022 [acesso em 22 jan 2023]; 11: e6611628663. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28663>
26. São Paulo. Lei Estadual nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. [Internet]. 1999. [acesso em 2 nov 2022]. Disponível em: <https://bit.ly/3oZ3Dtp>
27. Guirro ÚB do P, Ferreira F de S, Vinne L van der, et al. Conhecimento sobre diretivas antecipadas de vontade em hospital-escola. *Rev Bioética*. [Internet]. 2022 [acesso em 22 jan 2023]; 30: 116–125. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301512pt>
28. Ryu E-J, Choi S-E. Relationships among Perceptions of Dying Well, Attitudes toward Advance Directives, and Preferences for Advance Directives among Elderly Living Alone. *Korean J Hosp Palliat Care*. [Internet]. 2020 [acesso em 22 jan 2023]; 23:

- 241–251. Disponível em: <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2020.23.4.241>
29. Koh T, Lei C, Tajudin T, et al. Advance Directives among Elderly Population: A Malaysian Experience. *J Indian Acad Geriatr*. [Internet]. 2017 [acesso em 22 jan 2023]; 13(2):62-67. Disponível em: <https://doi.org/10.35262/jiag.v13i2.62-67>.
30. Kulicz MJ, Amarante DF, Nakatani HTI, et al. Terminalidade e testamento vital: o conhecimento de estudantes de medicina. *Rev Bioética*. [Internet]. 2018. [acesso em 22 jan 2023]; 26: 420–428. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263262>
31. Arruda LM de, 0000-0003-2491-4272 KPBA, Santana LBC, et al. Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care. *Einstein (São Paulo)*. [Internet]. 2019. [acesso em 22 jan 2023]; 18: 1-8. Disponível em: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020RW4852](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020RW4852).
32. Lima JS, Lima JGSR, Lima SISR, et al. Diretivas antecipadas da vontade: autonomia do paciente e segurança profissional. *Rev Bioética*. [Internet]. 2022 [acesso em 22 jan 2023]; 30: 769–779. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304568pt>

### Questionário aplicado

Número para Identificação: \_\_\_\_\_ (uso dos pesquisadores)

**V. S. acaba de preencher dois modelos de Diretivas Antecipadas de Vontade. Agora pedimos que responda o questionário abaixo.**

1. Sexo: ( ) Masculino. ( ) Feminino.
2. Idade em anos: \_\_\_\_\_.
3. Estado civil: ( ) Solteiro. ( ) Casado/União estável. ( ) Viúvo.
4. Possui Filhos: ( ) Sim. ( ) Não.  
Se sim, quantos? \_\_\_\_\_
5. Anos de estudo:  
( ) Até 4 anos (fundamental).  
( ) De 5 a 8 anos (Médio).  
( ) De 9 a 12 anos (Superior).  
( ) Mais de 12 (mestrado/doutorado).
6. Profissão \_\_\_\_\_
7. Município de residência: \_\_\_\_\_
8. Já tinha ouvido falar em Diretivas Antecipadas de Vontade?

Sim.  Não.

9. Conhecia algum modelo de Diretivas Antecipadas de Vontade?

Sim.  Não.

10. Como você avalia o modelo 1 (completo) de Diretivas Antecipadas de Vontade que preencheu?

Bom.  Aceitável.  Ruim.

11. Como você avalia o modelo 2 (abreviado) de Diretivas Antecipadas de Vontade que preencheu?

Bom.  Aceitável.  Ruim.

12. Qual dos dois modelos recomenda seja adotado para disponibilizar à população?

Modelo 1 (completo) (Modelo 2 (abreviado)).  Ambos e a pessoa escolhe qual.

13. Qual item das Diretivas Antecipadas de Vontade considera mais importante? (Pode assinalar mais de uma):

Limitação ou não de tratamentos.

Designação de um representante.

Doação de órgãos.

Outra: Qual?.....

14. Houve algum item das Diretivas Antecipadas de Vontade que não entendeu?

Não.  Sim. Qual? .....

15. Considera importante que todas as pessoas façam suas Diretivas Antecipadas de Vontade?  Muito importante.  Pouco importante.  Nada importante.

16. Considera importante que as Secretarias de Saúde dos municípios disponibilizem o preenchimento de Diretivas Antecipadas de Vontade para as pessoas interessadas?

Muito importante.  Pouco importante.  Nada importante.

17. Considera importante o Congresso Nacional aprovar uma lei sobre Diretivas Antecipadas de Vontade para disponibilizar seu preenchimento a toda a população?

Muito importante.  Pouco importante.  Nada importante.

A seguir responderá três perguntas sobre sua vontade quanto à doação ou não de órgãos que poderá ser registrada em Diretivas Antecipadas de Vontade.

A seguir responderá quatro perguntas sobre a designação de representante e planejamento antecipado dos cuidados com familiares e profissionais de saúde.

18. Considera necessário deixar um representante designado para decidir em seu lugar quando estiver incapaz de comunicar-se?

Sim.  Não.

19. Quem deixaria como seu representante para decidir em seu lugar?

- Filho/a.
- Esposo/a.
- Pai/Mãe.
- Neto/Neta.
- Avô/Avó.
- Amigo/a Outro. Quem?.....

20. Considera importante que os profissionais de saúde conversem com o/a paciente sobre o preparo para a morte para registrar sua vontade em uma diretiva antecipada de vontade?

- Sim.  Não.

21. Considera necessário deixar orientações aos profissionais de saúde e familiares sobre sua terminalidade da vida (fim de sua vida) em suas Diretivas Antecipadas de Vontade?

- Sim.  Não.

#### Contribuição dos autores:

GSV participou da concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, coleta de dados, redação do manuscrito. ICD participou da concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, coleta de dados, redação do manuscrito. JCF participou da coleta de dados e redação do manuscrito. VB participou da concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. SFC participou da concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. ELB participou da concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do texto e foi o responsável geral pelo estudo. Todos aprovaram a versão final do manuscrito.

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.