

# DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

## Anticipated Directives and Living will in Primary Health Care

Andressa Costa da Cunha<sup>1</sup>, Alexandre Carvalho Gliosci<sup>2</sup>, Marcio José de Almeida<sup>3</sup>, Giseli Cipriano Rodacoski<sup>4</sup>

1. Médica na Atenção Primária no Município de Ponta Grossa - PR, especialista em Saúde da Família, Especialista em Saúde Mental na Atenção Primária.
2. Médico na Atenção Primária no Município de Curitiba - PR, Especialista em Psiquiatria, Especialista em Saúde Mental na Atenção Primária.
3. Médico. Professor nas Faculdades Pequeno Príncipe. Doutor em Saúde Pública. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7094-9906>
4. Psicóloga na PUCPR: SEAP – Serviço de Apoio Psicopedagógico; Docente na Escola de Saúde Pública do Paraná. Curitiba-PR. Mestre em Educação, Doutora em Biotecnologia - linha de pesquisa: Ensino na Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4837-9331>

**CONTATO:** Andressa Costa da Cunha | Rua Doutor Dante Romanó, 120 | Tarumã | CEP 82821-016 | Curitiba | PR | Telefone: (42) 99155-8910 | E-mail: [costaa3@yahoo.com.br](mailto:costaa3@yahoo.com.br)

**COMO CITAR** Cunha AC, Gliosci AC, Almeida MJ, Rodacoski GC. Diretivas antecipadas de vontade na Atenção Primária. R. Saúde Públ. 2019 Jul.;2(Supl 2): 26-37.



**COPYRIGHT** Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

**RESUMO** Este Relato de Experiência apresenta o processo de elaboração de um Projeto de Intervenção no campo de concentração da Saúde Mental. Entre 2017 a 2018 foi realizada análise da situação de saúde da população local que resultou em um diagnóstico situacional e com base nos problemas foram propostas ações de saúde. O problema priorizado foi o processo de envelhecimento e morte da população de um município de médio porte. O objetivo foi apresentar possibilidades de intervenção para qualificação da equipe de saúde sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade. Foi utilizada a matriz 6W3H para descrever a metodologia do projeto, que foi planejado

para intervenção em uma Unidade de Saúde de referência na Atenção Primária para o cuidado de uma população com grande número de idosos. Foram planejadas ações de educação permanente, monitoramento, avaliação, bem como análise de viabilidade do projeto.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Mental. Saúde do Idoso. Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** This Experience Report presents the process of elaboration of an Intervention Project in the area of Mental Health. Between 2017 and 2018 an analysis of the health situation of the local population was carried out, resulting in a situational diagnosis; then, based on the problems, health actions were proposed. The problem prioritized was the process of aging and death of the population of a medium-sized municipality. The objective was to present possibilities of intervention for the qualification of the health team on Anticipated Directives and Living Will. The 6W3H matrix was used to describe the methodology of the project that was planned for intervention in a Health Unit of reference in Primary Care for the care of a population with a large number of older people. Permanent education actions, monitoring, evaluation, as well as feasibility analysis of the project were planned.

**KEYWORDS:** Mental Health. Health of the Elderly. Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

**A** discussão sobre o tema da finitude humana costuma ser acompanhada de sentimentos negativos e tratada como um assunto complexo, delicado e sofrido. Neste contexto, tem surgido uma preocupação dos profissionais da área da saúde e dos operadores do Direito com a questão do morrer<sup>1</sup>. Busca-se uma solução para o aumento das intervenções técnico-científicas sobre a vida humana, como também, trazer conhecimento e consciência das necessidades de determinar quando e como essas intervenções são benéficas para as pessoas, considerando o direito à morte digna, bem como o respeito pela autonomia dos pacientes<sup>2</sup>.

No Brasil não existe uma normativa jurisprudencial sobre Testamento Vital. O

Conselho Federal de Medicina – CFM, promulgou a Resolução nº1.995/2012 que dispõe, em três artigos, sobre a possibilidade de aplicação das Diretivas Antecipadas de Vontade – DAV<sup>3</sup>. Ainda há muito para entender e discutir em relação à sua aplicabilidade e polêmicas que permeiam esse assunto, bem como, à expectativa que a vontade das pessoas corresponda à decisão final; à inserção do profissional de saúde no processo das DAV e se esse pode ou tem capacidade para alterar a decisão do paciente, além de outras dúvidas. Contudo, há de se destacar que essa prática está vigente no Brasil e a preocupação com os procedimentos médicos a serem realizados no fim da vida ou em situações de estado terminal, fez crescer a procura por documentos assim.

## SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

No Brasil, a Saúde da Família (SF), estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica (AB), tem como desafio as práticas e ações de saúde, buscando fazer da SF a entrada prioritária do SUS, visando resolver cerca de 80% dos problemas de saúde na Atenção Primária. Para que isso aconteça, é preciso um vínculo entre a AB e a Saúde Mental (SM) configurando a união entre os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica<sup>4</sup>.

O cuidado com a saúde não é apenas responsabilidade da equipe médica; enfatiza-se a ampliação do conceito de saúde e a importância da responsabilidade e do compromisso com os ideais de saúde, do cidadão, dos profissionais da área e à delegação dos serviços de atenção à saúde pelos municípios<sup>5,6</sup>.

## BIOÉTICA E DIGNIDADE HUMANA NA TERMINALIDADE

A definição de bioética segundo CRM<sup>7</sup> é definida como:

É o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão e normas morais –, das ciências da vida e do cuidado à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar [...] A bioética analisa os problemas éticos – dos pacientes, dos médicos e de todos os envolvidos na assistência – relacionados com o início e o fim da vida, [...] com o prolongamento artificial da vida, a morte encefálica e as várias formas de eutanásia e com os direitos dos pacientes terminais, etc.

A bioética, segundo modelo “Georgetown”, trata de um campo interdisciplinar e deve atender três áreas<sup>8</sup>:

a) “os direitos e deveres dos pacientes e dos profissionais de saúde;

b) os direitos e deveres na pesquisa envolvendo seres humanos; e

c) a formulação de um *guideline* para a política pública, o cuidado médico e a pesquisa biomédica”.

Portanto, partindo desta premissa, a bioética vincula duas formas de conhecimento, Ciências Naturais e Ciências do Espírito, duas tradições, cada uma no seu campo de pertinência e de aplicação específico<sup>9</sup>.

Em situações nas quais pacientes estão em sua terminalidade de vida e/ou que sejam pacientes paliativos, assusta-nos a afirmação técnica de “morrer com dignidade”, que tem seríssimas consequências éticas. Um paciente em algumas dessas ou outras condições é um “quebra-cabeça” sem solução. Esses casos apontam para dilemas e conflitos éticos de extrema complexidade na hora de decidir ante situações envolvendo pacientes inconscientes. Partindo desta premissa, mostra a importância da elaboração de diretivas antecipadas de vontade, na qual os pacientes podem expressar sua vontade em relação a tratamentos que querem ou não receber<sup>10</sup>.

## EUTANÁSIA, DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA

Atualmente, existem preocupações notórias dos pesquisadores em debater questões geradoras de conflitos éticos, no âmbito assistencial, direcionadas ao ser humano em fase de terminalidade. Com isto, é imprescindível a discussão sobre métodos artificiais que prolongam a vida e a atitude de deixar a doença seguir sua história natural.

No que diz respeito à eutanásia, termo ilegal no Brasil, essa é conceituada como a ação que tem por finalidade levar à retirada da vida do ser humano por considerações tidas como

humanísticas, à pessoa ou à sociedade<sup>10</sup>. Ou seja, de maneira ampla, é a provocação intencional da morte a determinada pessoa que sofre de alguma doença incurável e degradante, visando privá-la de sofrimentos decorrentes da doença, morte sem dor, sem sofrimento. Atualmente, é entendida como uma prática para abreviar a vida.

A distanásia é um termo novo, pouco conhecido, conceituado como uma morte difícil ou penosa. Na Medicina é considerado como tratamento fútil ou inútil, sem benefícios para a pessoa em sua fase terminal. É um processo caracterizado como prolongamento do processo de morte, por meios que prolongam a vida do paciente, sem qualidade de vida e dignidade<sup>11,12,13</sup>.

Já a ortotanásia, significa a morte de maneira natural, ou seja, deixar que o paciente evolua naturalmente para a morte quando este processo já está em desenvolvimento<sup>14</sup>. Tem como grande desafio resgatar a dignidade do ser humano em seu processo final, proporcionando-lhe bem-estar.

De acordo com o bem-estar da pessoa em processo de morrer, os alicerces de sustentação das ações profissionais estão baseados em princípios bioéticos, levando em consideração a autonomia, justiça, beneficência e a não maleficência, com o objetivo de melhoria na qualidade de vida e dignidade humana.

### **DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE, TESTAMENTO VITAL E MANDATO DURADOURO**

No Brasil, a terminologia DAV é a denominação empregada conforme prevê a Resolução do CFM 1995/2012. Contudo, salienta-se que existem diversas maneiras de referenciar essa questão: manifestação explícita da própria vontade, testamento vital,

biotestamento, testamento biológico, diretivas avançadas, vontades antecipadas, além do termo ""declaração prévia de vontade, proposto por Luciana Dadalto – advogada e pesquisadora na área do direito, à implementação das diretivas antecipadas no Brasil<sup>15</sup>.

As diretivas antecipadas (*advanced care documents*), podem apresentar-se sob dois formatos: o testamento vital (*living will*) e o mandato duradouro (*durable power attorney*)<sup>16,17,18</sup>. Ambos os documentos poderão ser utilizados quando o paciente não puder se expressar, livre e conscientemente – ainda que por uma situação transitória, as diretivas antecipadas não se referem exclusivamente a situações de terminalidade<sup>17</sup>.

O Testamento Vital é um documento no qual uma pessoa é capaz de registrar instruções com o que deseja ser submetida no futuro, caso não esteja capaz de expressar sua vontade. Desta forma, o testamento vital garante que o paciente tenha o direito de definir sua morte, de acordo com suas concepções<sup>17</sup>, de acordo com questões éticas/jurídicas que permitem reforçar sua autonomia<sup>19</sup>.

Mandato duradouro é outra espécie de diretivas antecipadas, que designa uma nomeação ou um procurador, para tomar decisões em nome do paciente em caso de incapacitação do mesmo. Esse procurador, preferencialmente, deve ser uma pessoa com conhecimento profundo do paciente, com capacidade de identificar sua vontade<sup>20,21</sup>. Além disso, poderá haver simultaneidade entre o testamento vital e o mandato duradouro, apresentados como um único documento<sup>21</sup>.

As DAV são manifestações de vontades a serem seguidas quando a pessoa ainda está viva<sup>22</sup>. As DAV tratam especificamente sobre o pedido ou a recusa dos tratamentos

futuros, o qual se denomina Suspensão de Esforço Terapêutico (SET). Como o nome indica, trata-se de suspensão ou de não iniciar tratamentos. A finalidade da SET é suspender a obstinação terapêutica, a distanásia, a insistência tecnológica<sup>23</sup>.

As diretivas asseguram que um paciente capaz conserve sua autonomia e seu direito ao consentimento na eventualidade de se tornar incapaz para exercê-lo e que essas sejam respeitadas.

### **AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV) NO CONTEXTO BRASILEIRO**

No Brasil, até o surgimento das Resoluções do CFM, 1.805/2006<sup>24</sup> e 1.995/2012<sup>3</sup>, que tratam respectivamente sobre a prática da ortotanásia e das DAV, a participação do paciente no processo de decisões sobre seu tratamento apoiava-se no estabelecido no Código Civil<sup>25</sup>, que expõe: "Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica". Da mesma forma, o novo Código de Ética Médica (CEM) do CFM, aprovado em 2009, estabelece o reconhecimento à autonomia do paciente<sup>26</sup>.

No cenário brasileiro, o debate sobre o respeito à ortotanásia ganhou mais relevância após a publicação da Resolução n. 1.805/2006<sup>24</sup> do CFM, que não versa sobre direito penal, mas sim, sobre ética médica e consequências disciplinares; a ortotanásia não constitui crime de homicídio. A edição da Resolução determinou modificação significativa no dia a dia dos médicos que lidam com doentes terminais, incentivando-os a descrever os procedimentos que adotam, ou não, permitindo maior transparência e possibilitando maior controle da atividade médica.

Considerando a autonomia do paciente,

as Resoluções do CFM acima citadas dispõem sobre a atitude médica de levar em consideração as DAV nas decisões sobre os cuidados de pacientes que apresentam dificuldades de expressão e comunicação e também em caso de ter designado um representante para lhe representar. Entretanto, o profissional poderá desconsiderar as DAV que estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica<sup>26</sup>. As DAV garantem respaldo ao médico perante a justiça, principalmente pelo fato de que o profissional pode desconsiderar determinado procedimento contrário aos pressupostos de adequação da prática médica corrente<sup>22</sup>. É importante que não somente os médicos, mas que outros profissionais da saúde orientem o paciente no sentido de que possam compartilhar suas posições sobre procedimentos e tratamentos com os seus familiares e amigos de confiança, pois essas informações podem ser úteis no sentido de orientar futuras decisões que tenham que ser tomadas.

### **JUSTIFICATIVA**

A DAV auxilia na manutenção da dignidade humana e autonomia dos pacientes, portanto, é importante compreender como os profissionais da saúde entendem e utilizam a DAV; conhecer dificuldades, vantagens e limitações passadas pela equipe de saúde quanto a utilização deste instrumento e melhorar continuamente as ações para benefício dos pacientes. Desta forma, promover à saúde recursos de melhor qualidade, atendendo à vontade dos pacientes no final da vida, além de gerir o Sistema Municipal de Saúde e garantir respaldo jurídico para a equipe de saúde, minimizando conflitos entre profissionais-famílias-pacientes.

## OBJETIVOS

**Objetivo Geral:** Qualificar a equipe de saúde sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.

**Objetivos Específicos:** 1) Sensibilizar os profissionais quanto a importância da inclusão do atendimento de idosos e/ou pacientes com transtornos mentais na UBS em suas rotinas de trabalho; 2) Propor ações de atenção à saúde em pacientes geriátricos que estão em situação de terminalidade, de modo que auxilie o processo terapêutico em relação a uma morte digna; 3) Conhecer o entendimento dos profissionais da saúde quanto a aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade; 4) Conhecer vantagens,

dificuldades e limitações elencadas pela equipe de saúde da UBS relacionadas à aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade no contexto de atenção primária.

## METODOLOGIA

Para a elaboração do Projeto de Intervenção foi utilizada a ferramenta 6W3H. A escolha se deu por ser um instrumento que define claramente os objetivos do projeto, local de intervenção, prazos, quem executará cada tarefa, qual a maneira que será executada tal tarefa.

### ESCOPO DO PROJETO

Objetivo Específico 1:

**Objetivo Geral (o quê):** Qualificar a equipe de saúde sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.

<b>Objetivo específico 1 (o quê)</b>	Sensibilizar os profissionais quanto à importância da inclusão do atendimento de idosos e/ou pacientes com transtornos mentais na UBS em suas rotinas de trabalho.
<b>Ponto de Atenção (onde)</b>	UBS/ NASF
<b>Responsável (quem)</b>	01 Médica e 01 Enfermeira
<b>Público-alvo (para quem)</b>	Todos os profissionais da Atenção Primária vinculados à UBS
<b>Proposta de Intervenção (como)</b>	<p>Apresentação do projeto aplicativo Reunião e Oficina Teórico-vivencial</p> <p><b>1ª Ação – Apresentação do Projeto Aplicativo:</b> DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abertura com introdução para o tema do projeto;</li> <li>• Reunião com os envolvidos para apresentar o projeto, seus objetivos e metas a serem alcançadas;</li> <li>• Analisar viabilidades e adequações necessárias a fim de esclarecer dúvidas na sua aplicabilidade;</li> <li>• Apresentação do cronograma de atividades.</li> </ul> <p>Duração: 2 horas de duração no total das ações.</p>

	<p><b>2ª Ação – Mapeamento da população idosa no território</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar o levantamento de todos os idosos no território de abrangência.</li> </ul> <p>Duração: cerca de 10 min/ dia (50min a 1hora por semana) / 4 meses = 16 horas de duração no total das ações.</p> <p><b>3ª Ação – Sensibilizar os profissionais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficina prática/ Vivência;</li> <li>Discussão dos casos críticos;</li> <li>Valorização de todas as percepções e dos diferentes pontos de vista;</li> <li>Roda de conversa;</li> <li>Música/ vídeos;</li> <li>Depoimentos de pacientes.</li> </ul> <p>Duração: 4 horas de duração no total das ações.</p>			
<b>Duração total das Ações (quando)</b>	22 horas	<b>Frequência</b> min/sem	<b>Prazo execução</b>	4 meses
<b>Recursos (quanto)</b>	<b>Físico:</b>	Local para realizar as reuniões para no mínimo 10 pessoas.		
	<b>Humanos:</b>	Profissionais das Equipes UBS, equipe NASF.		
	<b>Materiais:</b>	computador, papel, caneta, retroprojeter, apostila DAV.		
	<b>Financeiro:</b>	Impressão de materiais, custos com alimentação.		

Objetivo Específico 2;

**Objetivo Geral (o quê): Qualificar** a equipe de saúde sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.

<b>Objetivo específico 2 (o quê)</b>	Propor ações de atenção à saúde em pacientes geriátricos que estão em situação de terminalidade, de modo que auxilie o processo terapêutico em relação a uma morte digna.
<b>Ponto de Atenção (onde)</b>	UBS
<b>Responsável (quem)</b>	Equipe NASF 01 advogado
<b>Público-alvo (para quem)</b>	UBS
<b>Proposta de Intervenção (como)</b>	<p>Discussão de conceitos e apresentação de instrumentos específicos de aplicabilidade das DAV, termos judiciais e plano de ação.</p> <p>Minicurso / Dinâmica / Roda de conversa</p> <p><b>1ª Ação – Minicurso sobre Morte digna, Diretivas Antecipadas de Vontade e a Legislação do Conselho Federal de Medicina acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação (Documento DAV);</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicabilidade das DAV;</li> <li>• Conceitos e Judicialização na terminalidade, Distanásia, Ortotanásia, Eutanásia, entre outros.</li> <li>• “O que é dignidade de acordo com sua bagagem cultural?”;</li> <li>• Histórias reais: Sucesso e falha – “Qual o plano de ação com os pacientes da UBS?”;</li> </ul> <p>Duração: 2 horas</p> <p><b>2ª Ação – Dinâmica de grupo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projeto terapêutico singular (individual e coletivo)</li> </ul> <p>Duração: 1 hora</p> <p><b>3ª Ação – Discussão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Roda de conversa com a equipe e equipe NASF acerca do assunto DAV e sua aplicação;</li> <li>• Dificuldades e impasses no acolhimento dessa demanda;</li> <li>• Troca de experiências entre os serviços referentes à SM.</li> </ul> <p>Duração: 1 hora</p>			
<b>Duração total das Ações (quando)</b>	4 horas	<b>Frequência</b> horas/sem	<b>Prazo execução</b>	1 mês
<b>Recursos (quanto)</b>	<b>Físico:</b>	Local para realizar o minicurso.		
	<b>Humanos:</b>	Profissionais das Equipes UBS, equipe NASF e advogado.		
	<b>Materiais:</b>	Papelaria, água e café.		
	<b>Financeiro:</b>	Impressão de materiais, custos com alimentação.		

Objetivo Específico 3:

**Objetivo Geral (o quê): Qualificar** a equipe de saúde sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.

<b>Objetivo específico 3 (o quê)</b>	Conhecer o entendimento dos profissionais da saúde quanto à aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade.
<b>Ponto de Atenção (onde)</b>	UBS, equipe NASF
<b>Responsável (quem)</b>	Médica da UBS
<b>Público-alvo (para quem)</b>	Equipe UBS, equipe NASF
<b>Proposta de Intervenção (como)</b>	Conhecimento e tomada de ação dos profissionais da saúde frente a idosos com ou não problemas de saúde mental

	<p>Questionário individual com espaço para sugestões/observações.</p> <p>Ação – Aplicação de um questionário individual para entender o conhecimento dos profissionais perante a DAV. Discussão coletiva após aplicação do questionário com espaço para debate.</p> <p>Tarefa para solução e aplicação da DAV, discussão de casos reais.</p>			
<b>Duração total das Ações (quando)</b>	2 horas	<b>Frequência</b> horas/mês	<b>Prazo execução</b>	1 mês
<b>Recursos (quanto)</b>	<b>Físico:</b>	Local para realizar o questionário.		
	<b>Humanos:</b>	Profissionais das Equipes UBS e NASF.		
	<b>Materiais:</b>	Papeleria, água.		
	<b>Financeiro:</b>	Impressão de materiais.		

Objetivo Específico 4:

**Objetivo Geral (o quê): Qualificar** a equipe de saúde sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.

<b>Objetivo específico 4 (o quê)</b>	Conhecer vantagens, dificuldades e limitações elencadas pela equipe de saúde da UBS relacionadas a aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade no contexto de atenção primária.			
<b>Ponto de Atenção (onde)</b>	UBS			
<b>Responsável (quem)</b>	Médica e enfermeira da UBS			
<b>Público-alvo (para quem)</b>	Equipe UBS			
<b>Proposta de Intervenção (como)</b>	<p>Conhecimento e tomada de ação dos profissionais da saúde frente a idosos com ou sem problemas de saúde mental.</p> <p>Avaliação dos resultados do questionário, discussão e melhorias.</p> <p>Ação – Avaliação do questionário individual, sugestões e melhorias.</p> <p>Através do questionário aplicado no objetivo 3, serão discutidos os pontos de maior dificuldade e determinar as propostas de ação e intervenção.</p>			
<b>Duração total das Ações (quando)</b>	2 horas	<b>Frequência</b> horas/mês	<b>Prazo execução</b>	1 mês
<b>Recursos (quanto)</b>	<b>Físico:</b>	Local para realizar a reunião.		
	<b>Humanos:</b>	Profissionais das Equipes UBS		
	<b>Materiais:</b>	Papeleria, água.		
	<b>Financeiro:</b>	Impressão de materiais.		

## ANÁLISE DE VIABILIDADE

A execução será de baixo investimento financeiro envolve profissionais que já atuam no serviço e são responsáveis por ações de cuidado à saúde.

Um fator de risco é a proposta de mudança de rotina dos profissionais de saúde na UBS para participação em eventos de educação em saúde. Será necessário sensibilizar gestores para que percebam a relevância social da integração ensino-serviço-comunidade.

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A proposta é que seja definida uma comissão de monitoramento e avaliação composta por 3 funcionários dentre os membros da equipe e que realizem reuniões mensais para identificação, monitoramento e avaliação de indicadores com base nos conteúdos trazidos pelas equipes que sejam decorrentes de sua experiência com a implementação do projeto. A princípio os indicadores sugeridos são os de adesão à proposta por meio de registro de participação nas ações propostas.

## RESULTADOS

Por tratar-se de um Projeto de Intervenção, serão apresentados neste artigo os resultados parciais obtidos com o diagnóstico situacional do território, bem como os resultados esperados com a implantação do projeto.

O município tem uma população estimada de 344.332 pessoas, com grande concentração na área urbana. Os idosos representam uma percentagem de 10,37% da população do município. A proporção de idosos aumentou em 41,23% entre os anos de 2000 e 2010, porém, manteve-se praticamente constante a diferença

entre número de mulheres e de homens. As mulheres idosas representam 57% e os homens 43%<sup>27</sup>.

**Tabela 1.** População de idosos por ano e sexo

Ano	Masculino	Feminino	Total
2000	9.712	13.173	22.885
2010	13.654	18.666	32.320

Fonte: DATASUS – IBGE<sup>27</sup>

Da análise das causas de morte e internamento no município em 2016, considerando as categorias descritas no CID-10, foram: Doenças do Aparelho Circulatório (588), seguido por Neoplasias (444) e Doenças do Aparelho Respiratório (268)<sup>27</sup>.

A Unidade Básica de Saúde da Família em estudo está em uma área carente de recursos financeiros, estruturais e de difícil acessibilidade. Apresenta apenas uma equipe, composta por médica de Saúde da Família (01), enfermeira (01), técnica de Enfermagem (01), auxiliar de Enfermagem (01), agentes comunitárias de saúde (06) – divisão do território de abrangência em seis microáreas, auxiliar de Serviços Gerais (01), apoio de dentista (01) no período da manhã e da equipe NASF – composta por assistente social (02), farmacêutica (01), nutricionista (01), educadora física (01) e fisioterapeuta (01). Recebe o apoio de serviços de atenção secundária e terciária, caso necessário.

## RESULTADOS ESPERADOS

O resultado esperado com este projeto é qualificar a equipe para a identificação e o cumprimento das vontades manifestadas do paciente, trabalhando de forma articulada, garantindo maior conforto e menor ansiedade

ao paciente idoso, maior eficácia no trabalho e eficiência da equipe de saúde, além de garantir amparo profissional relacionado às questões legais.

Ao longo do processo de implementação e fortalecimento do projeto espera-se que os profissionais da atenção primária estejam sensibilizados quanto à importância da inclusão do atendimento de idosos e/ou pacientes com transtornos mentais na UBS em suas rotinas de trabalho; que proponham ações de atenção à saúde em pacientes geriátricos que estão em situação de terminalidade, de modo que auxilie o processo terapêutico em relação a uma morte digna; que conheçam e compartilhem o entendimento quanto à aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade; que reconheçam os avanços e vantagens para o aumento da qualidade de vida e sejam assertivos para lidar com as dificuldades e limitações elencadas pelas equipes de saúde relacionadas à aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade no contexto de atenção primária.

É esperado ainda a elaboração de material para divulgar as DAVs para a população, de forma simples e objetiva, que seja uma ação em parceria com órgão de participação e controle social, outros órgãos governamentais e rede de apoio social.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o fortalecimento dos cuidados na atenção primária vem ocorrendo um movimento de retomada na tendência do processo de morrer fora do hospital, evidenciado nos atendimentos de *Home Care* em pacientes de cuidado paliativo, e também no aumento crescente

de visitas domiciliares a pacientes acamados acompanhados pela Unidade de Saúde. Tais pacientes estão na abrangência de atuação das Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as equipes devem estar preparadas para lidar com os desafios decorrentes deste nível de atenção.

As vantagens elencadas sobre a aplicabilidade das DAV são importantes e coerentes à assistência aos doentes. Contudo requerem uma prévia instrumentalização para amparar sua introdução no ambiente da atenção primária à saúde. Para tal, a necessidade de capacitação sobre o que realmente significa, pois, a equipe precisa aprender a usar e fazer o documento. A qualificação profissional é fundamental para a assimilação de novos conhecimentos e desenvolvimento de habilidades para o bom uso do instrumento. As reuniões para monitoramento serão importantes para compartilhamento de experiências e discussões sobre atitudes e condutas que favorecem e dificultam o alcance dos objetivos do projeto.

Em virtude da APS ser a porta de acesso aos serviços de saúde e ao usuário, este estudo das DAV neste âmbito de atuação será a porta de entrada para uma aproximação às informações reais, vivenciadas pela equipe de saúde diariamente, além de servir de embasamento para o processo de trabalho na aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade, e, com isso, poderá vir a ser a oportunidade de grandes transformações em todo o território brasileiro. As DAV irão auxiliar na manutenção da dignidade humana e na autonomia dos pacientes.

A partir da aplicação das DAV poderá ser ampliado o escopo de atuação da equipe que, por meio dos erros e dificuldades encontradas, poderá desenvolver soluções locais para

promover à saúde melhores ações e serviços com impacto no fortalecimento da relação profissional-família-paciente, sendo ainda um exemplo de boa prática de respeito, atenção de qualidade e segurança do paciente na atenção primária.

## REFERÊNCIAS

- Moreira MS. Diretivas Antecipadas de Vontade: um estudo sobre a declaração prévia para o fim da vida/ Análise a partir do contexto brasileiro contemporâneo. In: Dadalto L (coord). *Diretivas Antecipadas de Vontade: ensaios sobre o direito à autodeterminação*. Belo Horizonte: Letramento; 2013.
- Neves MEO. Percepção dos enfermeiros sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. Viseu, Portugal. Dissertação [Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica] - Escola Superior de Saúde de Viseu; 2013.
- Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM nº 1995/2012. Brasília; 2012.
- Botti NCL, Andrade WV. A saúde mental na atenção básica: articulação entre os princípios dos SUS e da Reforma Psiquiátrica. *Cogitare enferm* 2008 Jul-set;13(3):387-94.
- Nepomuceno L.B, Brandão IR. Psicólogos na Estratégia Saúde da Família: caminhos percorridos e desafios a superar. *Psicol Ciênc Prof* 2011;31(4):762-777.
- Nascimento GA. Saúde Coletiva e PSF: o campo de atuação do psicólogo. Monografia [Graduação em Psicologia] - Universidade Nove de Julho; 2015.
- Conselho Federal de Medicina - CFM. Código de ética médica. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília; 2009.
- Reich WT. Como surgiu o neologismo bioética? In: Pessini L, Barchifontaine CP. *Problemas atuais de bioética*. 10. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2012.
- Callahan D. Bioética: alguns aspectos de sua gênese e de seu desenvolvimento. In: Pessini L, Barchifontaine CP. *Problemas atuais de bioética*. 10. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2012.
- Pessini L. Dignidade humana nos limites da vida: reflexões éticas a partir do caso Terri Schiavo. *Bioética* 2005;13(2):65-76.
- Kipper DJ. Medicina e os cuidados de final de vida: uma perspectiva brasileira e latino-americana. In: Pessini L, Garrafa V, organizadores. *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola; 2003.
- Pessini L. Questões éticas-chave no debate hodierno sobre a distanásia. In: Pessini L, Garrafa V, organizadores. *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola; 2003.
- Carvalho RT. Legislação em cuidados paliativos. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidado paliativo*. São Paulo; 2008.
- Garcia JBS. Eutanásia, distanásia ou ortotanásia? *Rev. Dor*. 2011;12(1):3.
- Penalva LD. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. *Bioética* 2009;17(3):523-543.
- Dadalto L. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). *Bioética y derecho* 2013;28:61-71.
- Dadalto L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. *Bioética* 2013;21(1).
- Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Bioética* 2013;21(3):463-76.
- Nunes R. Testamento vital. *Pediatria do Centro Hospitalar do Porto* 2012;21(4).
- Dadalto L. Capacidade versus discernimento: quem pode fazer diretivas antecipadas de vontade? In: Dadalto L, coordenador. *Diretivas Antecipadas de Vontade: ensaios sobre o direito à autodeterminação*. Belo Horizonte: Letramento; 2013.
- Rajão RBD. Diretivas Antecipadas de Vontade e a Eutanásia. In: Dadalto L, coordenador. *Diretivas Antecipadas de Vontade: ensaios sobre o direito à autodeterminação*. Belo Horizonte: Letramento. 281p.; 2013.
- Alves CA, Fernandes MS, Goldim JR. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. *Rev HCPA* 2012; 32(3):358-362.
- Ribeiro DC. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cad Saude Publica* 2006;22(8):17-49.
- CFM - Conselho Federal de Medicina. Resolução n.1805/2006. Brasília: CFM, 2006. Acesso em 07 de abril 2018. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm)
- BRASIL. Código Civil. Lei 10406 de 10 de janeiro de 2002. Artigo nº15. Acesso em 07 de abril 2018. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91577/codigo-civil-lei-10406-02#art-15>
- CFM - Conselho Federal de medicina. Resolução CFM nº 1995/2012. Brasília; 2012.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>