



Universidade de Brasília  
Instituto de Psicologia  
Departamento de Psicologia Clínica  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**CONHECIMENTOS SOBRE PLANEJAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS E  
DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: UM ESTUDO COM PSICÓLOGAS/OS  
DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Cibele Dayana de Souza

Brasília

2023



Universidade de Brasília  
Instituto de Psicologia  
Departamento de Psicologia Clínica  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**CONHECIMENTOS SOBRE PLANEJAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS E  
DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: UM ESTUDO COM PSICÓLOGAS/OS  
DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Cibele Dayana de Souza

Texto submetido ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliane Maria Fleury Seidl.

Brasília, Janeiro de 2023

Cibele Dayana de Souza

**CONHECIMENTOS SOBRE PLANEJAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS E  
DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: UM ESTUDO COM PSICÓLOGAS/OS  
DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eliane Maria Fleury Seidl  
Universidade de Brasília – UnB  
Presidente da Banca

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elizabeth Queiroz  
Universidade de Brasília – UnB  
Membro Titular

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Caroline Mota Branco Salles  
Centro Universitário do Centro-Oeste - IESB  
Membro Titular

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sílvia Maria Coutinho  
Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal  
Membro Suplente

*Dedico à minha tia, Olivia Souza (in memoriam),  
que me apresentou o sentido pragmático de  
diretivas antecipadas de vontade por meio de  
suas convicções e valores de vida.*

## Agradecimentos

Sou grata pela saúde e pelo sentido da pesquisa científica em minha carreira.

Meus agradecimentos à minha querida orientadora, Profa. Eliane Seidl, por acreditar na potencialidade da investigação sobre o tema. Nunca esquecerei de sua compreensão durante a pandemia de Coronavírus (COVID-19) e durante os quatro falecimentos dos meus familiares ao longo do mestrado. Agradeço pela transmissão de suas orientações e ensinamentos.

À Cibelle Antunes Fernandes, psicóloga hospitalar, preceptora e coordenadora do programa de residência em terapia intensiva da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Sou grata por sua grandiosa contribuição em minha carreira. Esse tema surgiu ainda na residência em um dos nossos diálogos sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), quando você disse que poderíamos ir mais à frente e me apresentou o tema de Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC).

À Caroline Mota Branco Salles, psicóloga hospitalar e minha primeira professora ainda no curso de graduação em psicologia. Seu apoio contribuiu para que eu chegasse até aqui. Você foi minha professora em psicologia hospitalar, preceptora de estágio hospitalar e primeira incentivadora para que eu acreditasse na aprovação no programa de residência da SES e no mestrado na UnB.

Agradeço às professoras Dr<sup>a</sup> Elizabeth Queiroz e Dr<sup>a</sup> Silvia Maria Coutinho por aceitarem prontamente e gentilmente comporem essa banca examinadora.

Sou grata a cada um dos pacientes que acompanhei ao longo da minha atuação como psicóloga hospitalar e clínica. Agradeço por me oferecerem fôlego, sentido para lutar e dedicar esforços para a pesquisa científica no Brasil.

Agradeço por estar numa profissão que desbrava sentidos de humanização, intermedeia espaços de fala, escuta e luta por autodeterminação. Meus sinceros agradecimentos a toda/os as/os psicólogas/os que contribuíram com prontidão para que essa dissertação fosse possível.

Agradeço pela existência de ferramentas humanizadoras em saúde, PAC e DAV, instrumentos fortalecedores da expressão da subjetividade, individualidade, valorização da fala, escuta, mecanismo de respeito, prevalência da vida, mesmo na incapacidade de comunicação.

Agradeço à minha mãe, Gilsa Souza. Certamente a inspiração pelos estudos surgiu por meio dos seus conselhos “estude e seja independente”. Agradeço pelo seu exemplo de vida: mulher negra, mãe solo, analfabeta, formou os filhos sendo empregada doméstica. Sou testemunha da sua luta por autonomia e por espaço de fala.

Agradeço à minha irmã, Camila Souza, primeira pessoa da família a concluir o ensino superior, única aprovada em um concurso público federal em nossa ascendência, até o momento. Certamente esse mestrado só foi possível por sua influência, seu apoio e afeto ao longo dos desafios que vivemos juntas nesses últimos anos.

*“Dada a brevidade da vida, a única urgência é que não seja em vão”.*

Lucas Lujan (2021)

## Resumo

Os psicólogos da saúde, especialmente os que atuam em contextos hospitalares, se deparam com estratégias de cuidado centradas no paciente como o Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC), as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), o Testamento Vital (TV) e o Mandato Duradouro (MD), recursos que valorizam e respeitam a autonomia e a dignidade humana, em tratamentos recebidos em momentos futuros. O objetivo da dissertação consiste em investigar se psicólogos/os atuantes no Distrito Federal, inseridas/os em equipes multidisciplinares de saúde, têm o conhecimento, sobre PAC, DAV, TV e MD. Este estudo justifica-se pela necessidade de aprofundar a investigação sobre a prática profissional das/os psicólogas/o quanto a ferramentas de humanização do cuidado. Trata-se de estudo transversal, na modalidade online, com técnicas qualitativas e quantitativas de análise de dados. Utilizou-se um questionário eletrônico elaborado para o estudo, com questões abertas e fechadas. Participaram 69 psicólogos, a maioria mulheres (91,3%), com formação diversificada (em pós-graduação *latu e strictu sensu*) e inserção profissional com predomínio em serviços hospitalares (79,7%). Resultados revelaram que de 17,3% até 50% dos participantes relataram não terem tido contato com os temas PAC, DAV, TV e MD, sendo que a atuação profissional foi a que mais oportunizou obtenção de conhecimentos sobre DAV ( $n=43$ ; 62,3%) e sobre TV ( $n=37$ ; 53,6%). Com base nas conceituações adotadas acerca de PAC, DAV, TV e MD, os relatos escritos dos respondentes foram analisados e categorizados em quatro níveis por dois pesquisadores de forma independente (índices de concordância variaram de 82,6% a 97,1%). As quatro categorias e suas distribuições, com destaque para as mais frequentes, foram: Desconhecimento sobre MD ( $n=45$ ; 65,2%); a categoria Não abrangência (descrição insatisfatória dos conceitos) teve maior frequência acerca de DAV ( $n=25$ ; 36,2%); Descrição precária teve o percentual mais frequente para PAC ( $n=22$ ; 31,9%); a categoria Descrição suficiente, revelando maior conhecimento, teve mais acertos para DAV ( $n=28$ ; 40,6%). Com o propósito de agrupar o conhecimento sobre os quatro temas, definiu-se uma pontuação com base nos erros e acertos dos participantes, permitindo classificá-los em: conhecimento nulo; conhecimento precário; conhecimento de regular a bom. Associações entre essa variável foram analisadas mediante testes qui quadrado, com variáveis da formação em nível de pós-graduação, tempo de formado e inserção profissional. A inserção profissional (atuação em UTI e/ou unidades de urgência/emergência versus outras inserções) diferenciou os três grupos, com maior conhecimento de psicólogos/os que atuavam em UTI/urgência e emergência ( $\chi^2=6,17$ ;  $df=2$ ;  $p\leq 0,05$ ). As demais associações não foram significativas. Os resultados apontam conhecimento restrito por parte das/os psicólogas/os em relação aos conceitos, fato que está em consonância com o caráter relativamente recente desses temas na assistência, não obstante a expansão desse conhecimento no Brasil. O papel da/o psicóloga/o da saúde no país torna-se parte fundamental no processo de implementação de PAC, DAV, TV e MD, pois a atuação psicológica em equipes oportuniza a implementação da humanização, da integralidade e da qualidade da atenção.

Palavras-chave: psicologia da saúde, planejamento antecipado de cuidados, diretivas antecipadas de vontade, testamento vital, mandato duradouro.

## Abstract

Health psychologists, especially those who work in hospital contexts, are faced with patient-centered care strategies such as the Advance Care Planning (ACP), the Advance Directives (AD), the Living Will (LW) and the Durable Mandate (DM), resources that value and respect autonomy and human dignity, in treatments received in the future. The aim of the dissertation is to investigate whether psychologists working in the Federal District, inserted in multidisciplinary health teams, have knowledge about PAC, DAV, VT and MD. This study is justified by the need to investigate the professional practice of psychologists regarding tools for the humanization of care. This is a cross-sectional study, in the online modality, with qualitative and quantitative data analysis techniques. A questionnaire designed for the study was applied, with open and closed questions. Sixty-nine psychologists participated, most of them women (91.3%), with diversified training (graduated courses) and professional insertion, with predominance in hospital services (79.7%). Results revealed that from 17.3% to 50% of the participants reported not have had contact with the themes ACP, AD, LW and DM and professional activity was the one that most provided the opportunity to obtain knowledge on AD ( $n=43$ ; 62.3%) and about LW ( $n=37$ ; 53.6%). Based on the concepts adopted about ACP, AD, LW and DM, the written reports of the respondents were analyzed and categorized into four levels by two researchers independents (agreement rates ranged from 82.6% to 97.1%). The four categories and their distributions, highlighting the most frequent ones, were: Lack of knowledge about DM ( $n=45$ ; 65.2%); the Non-coverage category (unsatisfactory description of the concepts) had more frequency about AD ( $n=25$ ; 36.2%); Poor description had the most frequent percentage for ACP ( $n=22$ ; 31.9%); the Sufficient description category, revealing greater knowledge, had more correct answers for AD ( $n=28$ ; 40.6%). With the purpose of grouping knowledge about the four themes, a score was defined based on the mistakes and successes of the participants, allowing them to be classified into null knowledge; precarious knowledge; knowledge from fair to good. Associations between this variable were analyzed using chi-square tests, with variables of graduate training, time since under graduation and professional insertion. Professional insertion (acting in the ICU and/or urgency/emergency units versus other insertions) differentiated the three groups, with greater knowledge of psychologists/those who had this insertion ( $\chi^2=6.17$ ;  $df=2$ ;  $p\leq.05$ ). The other associations were not significant. The results indicate limited knowledge on the part of psychologists in relation to these concepts, a fact that is in line with the relatively recent nature of these themes in care, despite the expansion of this knowledge in Brazil. The role of the health psychologist in the country becomes a fundamental part in the process of implementing ACP, AD, LW and DM, as the psychological work with the patient provides opportunities for the implementation of humanization, the comprehensive care and quality of care.

Keywords: health psychology, advance care planning, advance directives, living will, lasting mandate

## Sumário

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Agradecimentos.....</b>                                       | <b>5</b>  |
| <b>Resumo.....</b>   | <b>8</b>  |
| <b>Abstract.....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>Lista de Tabelas.....</b>                                     | <b>12</b> |
| <b>Lista de Siglas.....</b>                                      | <b>13</b> |
| <b>Apresentação.....</b>   | <b>14</b> |
| <b>Capítulo 1.....</b>   | <b>17</b> |
| Revisão de Literatura.....                                       | 17        |
| Planejamento Antecipado de Vontade (PAC) .....                   | 18        |
| Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) .....                     | 22        |
| Conhecimento de profissionais de saúde sobre DAV.....            | 27        |
| Inserção da/o psicóloga/o em PAC, DAV, TV e MD.....              | 31        |
| <b>Capítulo 2.....</b>   | <b>34</b> |
| Justificativa e Objetivos.....                                   | 34        |
| <b>Capítulo 3.....</b>   | <b>36</b> |
| Método.....  | 36        |
| Participantes.....   | 36        |
| Instrumento de coleta de dados.....                              | 36        |
| Procedimentos de coleta de dados.....                            | 37        |
| Análise de dados.....  | 38        |
| <b>Capítulo 4.....</b>   | <b>41</b> |
| Resultados .....   | 41        |
| Inserção profissional nas modalidades de serviços de saúde ..... | 42        |

|   |           |
|---|-----------|
| Conhecimento dos profissionais sobre PAC, DAV, TV e MD.....   | 43        |
| Conhecimento sobre Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC) .....                                  | 45        |
| Conhecimento sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) .....                                     | 46        |
| Conhecimento sobre Testamento Vital (TV) .....  | 47        |
| Conhecimento sobre Mandato Duradouro (MD) .....   | 49        |
| Investigando associações entre nível de conhecimento e outras variáveis do estudo.....              | 50        |
| <b>Capítulo 5.....</b>  | <b>53</b> |
| Discussão.....  | 53        |
| <b>Capítulo 6.....</b>  | <b>59</b> |
| Considerações finais.....   | 59        |
| <b>Referências.....</b>   | <b>61</b> |
| <b>ANEXO 1</b> Instrumento da pesquisa.....   | <b>68</b> |
| <b>ANEXO 2</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....                               | <b>78</b> |
| <b>ANEXO 3</b> Parecer Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências<br>Humanas e Sociais (CEP CHS) ..... | <b>79</b> |

**Lista de Tabelas**

|  | Pág. |
|--|------|
| Tabela 1. <i>Crêterios de Avalia o quanto a Defini es e, Palavras/expressões Presentes nas Respostas dos Participantes acerca de PAC, DAV, TV e MD</i> | 39   |
| Tabela 2. <i>Caracteriza o da Forma o dos Participantes (N=69)</i>   | 42   |
| Tabela 3. <i>Inser o profissional nas modalidades de serviços de saúde</i>   | 43   |
| Tabela 4. <i>Autoavalia o de obten o de conhecimento sobre PAC, DAV, TV e MD</i>   | 44   |
| Tabela 5. <i>Análise dos Níveis de Conhecimento sobre PAC, conforme Relatos Escritos dos Participantes</i>   | 46   |
| Tabela 6. <i>Análise dos Níveis de Conhecimento sobre DAV, conforme Relatos Escritos dos Participantes</i>   | 47   |
| Tabela 7. <i>Análise dos Níveis de Conhecimento sobre TV, conforme Relatos Escritos dos Participantes</i>  | 48   |
| Tabela 8. <i>Análise dos Níveis de Conhecimento sobre MD, conforme Relatos Escritos dos Participantes</i>  | 49   |
| Tabela 9. <i>Associa o entre Níveis de Conhecimento e as Variáveis Inser o Profissional, Forma o em Pós-gradua o e Tempo de Formado (N=69)</i>         | 51   |

## Lista de Siglas

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>BVS</b>       | Biblioteca Virtual em Saúde Brasil                   |
| <b>CFM</b>       | Conselho Federal de Medicina                         |
| <b>CFP</b>       | Conselho Federal de Psicologia                       |
| <b>COFEN</b>     | Conselho Federal de Enfermagem                       |
| <b>CP</b>        | Cuidados Paliativos                                  |
| <b>CPPAS</b>     | Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde |
| <b>CRP</b>       | Conselho Regional de Psicologia                      |
| <b>DAV</b>       | Diretivas Antecipadas de Vontade                     |
| <b>DF</b>        | Distrito Federal                                     |
| <b>MD</b>        | Mandato Duradouro                                    |
| <b>NASF</b>      | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                   |
| <b>PAC</b>       | Planejamento Antecipado de Cuidados                  |
| <b>PubMed</b>    | Nacional Library of Medicine                         |
| <b>PUC Minas</b> | Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais     |
| <b>RSV</b>       | Redes Sociais Virtuais                               |
| <b>SESDF</b>     | Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal    |
| <b>SciELO</b>    | Scientific Electronic Library Online                 |
| <b>TCLE</b>      | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido           |
| <b>TV</b>        | Testamento Vital                                     |
| <b>UFMG</b>      | Universidade Federal de Minas Gerais                 |
| <b>UTI</b>       | Unidade de Terapia Intensiva                         |

## **Apresentação**

O aprofundamento dos estudos a partir da ótica da Psicologia, enquanto ciência e profissão, sobre Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC), Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), Testamento Vital (TV) e Mandato Duradouro (MD) fortalece a soberania do ser humano autônomo e contribui para a diminuição da passividade no que tange a direitos da população usuária de serviços de saúde. Dessa forma, este estudo surge diante da necessidade de trazer à luz da produção científica da psicologia brasileira construtos possíveis de serem vivenciados na atuação prática assistencial psicológica no âmbito da saúde, especialmente no contexto hospitalar.

Tendo por base a minha experiência profissional, comumente o/a psicólogo/a depara-se com o PAC por meio de muitas facetas em sua atuação, pois pode ser considerado um recurso de enfrentamento adaptativo frente ao sofrimento ocasionado pelo adoecimento e interrupções da vida cotidiana. Já as DAV, apesar de serem consideradas ferramentas que exigem comunicação, muitas vezes chegam informalmente ao psicólogo/a nos relatos de famílias que estão incumbidas da transmissão do desejo do seu ente querido para possíveis tomadas de decisões. Os instrumentos de TV e MD costumam ser compartilhados em visitas à beira do leito e nos relatos de vida em cada escuta clínica na esfera da atenção em saúde.

Desse modo, as DAV no contexto de saúde revelam-se como um instrumento de grande valor às demandas pessoais dos usuários dos serviços de saúde. Ainda por meio dos recursos supracitados, é possível vislumbrar, nos aspectos pragmáticos, caminhos potenciais da aplicabilidade do cuidado humanizado centrado no paciente.

Nesse sentido, no que se refere ao entendimento da saúde como um direito universal e equânime da população, é pertinente compreender PAC, DAV, TV e MD segundo os valores

e convicções de vida do usuário, como possibilidades de democratização do acesso e de escolhas acerca do tratamento em saúde.

O interesse pelo estudo sobre o tema surgiu no contexto da Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva, realizada na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), momento em que se constatou importante fragilidade na educação em saúde por parte da população usuária dos serviços de atenção terciária e alta complexidade. À beira do leito, foram observadas famílias se despedindo dos seus entes queridos, muitas vezes com limitada comunicação e incompreensão de suas preferências e valores em relação aos ciclos de vida, em específico o adoecer e morrer.

Torna-se pertinente a discussão de que a dimensão da saúde é um aspecto pertencente à pessoa humana, sendo necessário autonomia para compreensão, espaço de fala e compartilhamentos de desejos e vontades. Sendo assim, tais instrumentos norteadores oferecem oportunidades de mudanças em tabus sociais frente a temas complexos como o adoecer e o morrer.

Ainda na residência multiprofissional realizada por esta mestranda, foi publicado o artigo científico “Desfechos do Planejamento Antecipado de Cuidados e Diretivas Antecipadas em Unidade de Terapia Intensiva: Revisão Integrativa”, sob preceptoria e orientação de Cibelle Antunes Fernandes. Desse modo, como uma proposta de continuidade acerca da investigação do tema, surgiu a oportunidade de aprofundar uma lacuna a partir da perspectiva da psicologia na presente dissertação de Mestrado.

Assim, a seguinte pergunta norteou o presente estudo: psicólogas/os atuantes no Distrito Federal, inseridos em equipes multidisciplinares de saúde, responsáveis pela assistência aos pacientes, têm conhecimento sobre PAC e DAV? Dessa forma, esta dissertação está composta por seis capítulos.

O Capítulo 1 consiste em aspectos relevantes da revisão de literatura em relação aos temas acerca de PAC, DAV, MD e TV. Ademais, há uma explanação sobre aspectos da literatura que investigou o conhecimento de profissionais de saúde sobre DAV e temas correlatos, bem como a inserção da/o psicóloga/o em PAC, DAV, TV e MD. No Capítulo 2 constam as justificativas e os objetivos da pesquisa. O Capítulo 3 apresenta o método adotado para o desenvolvimento do estudo. O Capítulo 4 consiste dos resultados encontrados, incluindo os dados qualitativos e quantitativos. O Capítulo 5 apresenta a discussão dos resultados. Já o Capítulo 6 descreve as considerações finais. As referências e os anexos estão nos elementos finais da dissertação.

## Capítulo 1

### Revisão de Literatura

Os psicólogos da saúde, notadamente aqueles que atuam em contextos hospitalares, fornecem assistência aos pacientes em diversos estágios do adoecimento desde o diagnóstico, incluídos o curso da doença, sua potencial gravidade, o prognóstico de irreversibilidade e o óbito (Teixeira, 2022). Dessa forma, estratégias de cuidado centradas no paciente, como o Planejamento Antecipado de Cuidado (PAC) e as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), o Mandato Duradouro (MD) e o Testamento Vital (TV) se apresentam como possibilidades de harmonizar as preferências e os valores individuais, bem como garantir a autonomia e a dignidade humana com o tratamento multidisciplinar a ser recebido em momentos futuros (Bielinska et al., 2021; Detering & Silveira, 2018; Killackey et al., 2020).

A manifestação de vontade expressa pelo paciente, planejada antecipadamente com a família, sua rede de apoio e as equipes de saúde, em consonância com os aspectos elementares de PAC, DAV, TV e MD, tem como objetivo otimizar espaços de discussão em torno dos adoecimentos e possibilidades de tratamentos. Configuram-se também como uma proposta de humanização, que preconiza a comunicação como um de seus pilares fundamentais (Jain & Bernacki, 2020).

Nesse sentido, destaca-se a prática profissional da psicologia junto ao paciente e sua família por meio da valorização da oferta de espaço de acolhimento, visando sua compreensão acerca da doença, do prognóstico, dos planos de tratamento, perspectivas interdisciplinares e metas de cuidado (Milani & Milani, 2022). Esses autores enfatizam a importância do psicólogo como integrante de equipes multidisciplinares. Afirmam as diferentes formas de intervenção do psicólogo, perpassando a dimensão física,

familiar/social, espiritual e emocional. É nesse cenário que tanto a psicologia, quanto os demais profissionais das equipes multidisciplinares, são incumbidos na missão de garantir, proteger e perpetuar os direitos de acesso ao conhecimento em relação ao processo de adoecimento e tratamento, de forma que cada profissional possua tarefa específica no processo de cuidado (Santos et al., 2021).

Silva et al. (2022) sinalizaram a importância de as equipes estarem sintonizadas harmonicamente e preconizarem a escuta e o acolhimento na assistência. Desse modo, há necessidade de os profissionais de saúde apropriarem-se dos conceitos de PAC, DAV, TV e MD, principalmente com a finalidade de proporcionar acesso integral às possibilidades de humanização do tratamento do paciente, mediante a inserção dessas ferramentas no processo de cuidado (Werneck-leite & Antunes, 2021).

Assim, o objetivo foi investigar se psicólogas/os atuantes no Distrito Federal, inseridas/os em equipes multidisciplinares de saúde, têm o conhecimento, sobre PAC, DAV, TV e MD.

### **Planejamento Antecipado de Vontade (PAC)**

Na literatura, é possível encontrar diversas definições divergentes de PAC. Neste estudo, foi considerada a definição apresentada por Sudore et al. (2017). Seu estudo desenvolveu uma definição consensual para PAC utilizando um método de elaboração de um painel multidisciplinar de Delphi que contou com a participação de especialistas internacionais multidisciplinares, formado por 52 clínicos, pesquisadores e líderes políticos de quatro países e um comitê consultivo de pacientes e familiares. Sua definição de PAC é:

Planejamento de assistência antecipada é um processo que apoia adultos em

qualquer idade ou estágio de saúde na compreensão e compartilhamento de seus valores pessoais, objetivos de vida e preferências em relação ao atendimento médico futuro. O objetivo do planejamento antecipado de cuidados é ajudar a garantir que as pessoas recebam assistência médica consistente com seus valores, objetivos e preferências durante doenças graves e crônicas (p. 1)

Detering e Silveira (2018) realizaram um *guideline* internacional, com recomendações técnicas e científicas, com foco em estudos sobre benefícios, eficácia e orientações, visando apresentar um modelo de 12 passos práticos para profissionais médicos sobre PAC e DAV. O *guideline* aponta que PAC é um processo amplo, que pode ou não incluir uma DAV. Os autores sugerem um modelo de inclusão de PAC na assistência composto pelos seguintes passos, a saber: 1) Obter permissão do paciente para discutir sua condição atual e futuros cuidados médicos; 2) Avaliar junto ao paciente se deve haver outras pessoas envolvidas; 3) Estabelecer a linha de base para a conversa, ou seja, o conhecimento do paciente sobre sua saúde atual; 4) Fornecer informações específicas; 5) Apresentar os dilemas em questão – se o paciente já pensou sobre o tipo de atendimento médico que gostaria de receber no futuro; 6) Explorar valores e crenças; 7) Discutir as preferências do paciente sobre o planejamento antecipado de cuidado: perguntando ao paciente desejaria em relação a questões como reanimação cardiopulmonar, utilização de suporte de vida (por exemplo, ventilação mecânica, alimentação por sonda, diálise), internação hospitalar e local de morte; 8) Identificar um substituto/representante do paciente para as questões de assistência médica; 9) Informar ao paciente sobre o que seria esperado de um substituto agindo em seu nome; 10) Incentivar o paciente a divulgar suas preferências, inclusive para a família e, especialmente, com o tomador de decisão

substituto escolhido; 11) Documentar as decisões do paciente em prontuário do paciente; 12) Revisar regularmente as decisões.

O PAC pressupõe que indivíduos com capacidade de decisão identifiquem seus valores, reflitam sobre os significados e consequências de cenários de doenças graves, definam metas e preferências para tratamento e cuidados futuros e discutam com familiares e profissionais de saúde (McMahan et al., 2020; Wang et al., 2021).

É pertinente a discussão de que o desafio mundialmente vivido nos sistemas de saúde em relação à pandemia de COVID-19 apontou ainda mais a necessidade da aplicabilidade de PAC. Um estudo destacou a importância de PAC nos contextos de doença aguda grave com admissão hospitalar e, em especial, na pandemia de COVID-19. Os autores afirmaram que se tornou ação preventiva documentar antecipadamente e claramente os desejos de fim de vida em razão do desespero vivido pelos familiares na ocorrência de mortes abruptas ou inesperadas no contexto pandêmico (Nguyen et al., 2021).

Curtis et al. (2020) também defenderam o dever de garantir que os pacientes recebam os cuidados que desejam. Os autores abordam ainda que alinhar os cuidados prestados com os valores e preferências dos pacientes não é objetivo novo na assistência, porém tornou-se intensificado com a pandemia do coronavírus.

Fleuren et al. (2020), por meio de um estudo de revisão de 183 artigos científicos, encontraram cinco objetivos subjacentes ao PAC. O primeiro objetivo diz respeito à base primordial do PAC: respeitar a autonomia do paciente. O segundo objetivo refere-se a melhorar a qualidade do atendimento. Nesse sentido, identifica-se as necessidades dos pacientes e verifica-se a possibilidade de integrá-las com as necessidades do tratamento. O terceiro objetivo condiz com o fortalecimento dos relacionamentos, pois PAC estimula a demonstração de empatia. O quarto objetivo se

refere à preparação emocional e aceitação para o fim da vida. Por fim, o quinto objetivo identifica que a comunicação adequada potencializa a redução do tratamento excessivo, prevenindo medidas de obstinação terapêutica.

No Brasil, os estudos sobre PAC publicados em periódicos são escassos, sendo mais frequentes em revistas da bioética e da medicina. Por meio de uma busca não sistemática com o descritor “Planejamento Antecipado de Cuidados”, nas plataformas *Google Acadêmico*, SciELO Brasil (Biblioteca Científica Eletrônica On-line) e Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS), em dezembro/2022, foi possível localizar apenas dois artigos científicos publicados em periódicos sobre PAC.

O primeiro, intitulado Desfechos do planejamento antecipado de cuidado e diretivas antecipadas em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa (Werneck-Leite & Fernandes, 2021), objetivou identificar os desfechos de PAC e DAV no cuidado do paciente crítico em UTI por meio de uma revisão na modalidade integrativa. Entre outros resultados, o estudo apontou os desfechos de tomada de decisão compartilhada, melhora na comunicação entre paciente, família e médicos e maior probabilidade de que médicos e familiares compreendessem e cumprissem os desejos do paciente.

O segundo, Planejamento antecipado de cuidados: guia prático (Dias et al. 2022) apresentou uma proposta de guia baseada em revisão integrativa da literatura, pesquisando as bases PubMed e SciELO, com recomendações de evidências atuais, incluindo instrumentos validados para o português do Brasil, visando facilitar a implementação na prática clínica. O artigo auxilia na compreensão do uso de PAC especificamente para profissionais de saúde com foco em preservar a autonomia do paciente. Dessa maneira, o artigo elenca quatro elementos que compõem o espectro de PAC:

1. Compreensão do diagnóstico e prognóstico pelo paciente;
2. Identificação de seus desejos, preferências, prioridades e preocupações;
3. Discussão das melhores opções de tratamento disponíveis adequadas às necessidades e aos valores do paciente;
4. Elaboração de uma diretiva antecipada de vontade (DAV) na forma de testamento vital ou de nomeação de um procurador de cuidados de saúde (p. 526).

Esse estudo elaborou um guia prático baseado em evidências sobre orientações do profissional para inclusão do PAC em sua rotina clínica. Sugeriu ainda quatro instrumentos já validados para o português do Brasil para aplicação de DAV. Especificamente no PAC, o guia sugere um modelo prático que se inicia com um momento de preparação, no qual o profissional se dedica ao entendimento do diagnóstico, prognóstico e opções de tratamento disponíveis. Em seguida realiza uma conversa com o paciente focando na obtenção de permissão, estabelecimento de vínculo, convite para a conversa e percepção sobre expectativa, estabelecimento de um ponto de partida, conhecimento dos valores e objetivos de vida e possíveis dilemas e preferências de cuidados. Finaliza com tomada de decisões e plano de cuidados, documentando as decisões, identificando-se um procurador de cuidados de saúde do paciente, se houver e revisando junto ao paciente o PAC elaborado conjuntamente. Trata-se de uma publicação valiosa que pode orientar ações concretas voltadas para a capacitação em serviço da equipe de saúde.

### **Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)**

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são ferramentas que formalizam a manifestação expressa antecipadamente pelo paciente sobre procedimentos

terapêuticos. Na presente dissertação será adotada a definição apresentada na Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina em seu Artigo 1º: “Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade” (p. 1).

As DAV incluem duas modalidades, o Testamento Vital (TV) e o Mandato Duradouro (MD). TV é o documento com a descrição de desejo específico sobre medidas de tratamento expressado antecipadamente pelo paciente. Nesse estudo será adotada a definição de Dadalto (2013):

O testamento vital é um documento feito por uma pessoa com discernimento, civilmente capaz, com o objetivo de dispor acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos que deseja ou não ser submetida quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora de possibilidades terapêuticas curativas e impossibilitada de manifestar livremente sua vontade (p.107).

O Mandato Duradouro (MD), por sua vez, se refere à “intitulação prévia de outro responsável para responder pelo paciente quando esse estiver incapacitado de fazê-lo” (Dadalto et al., 2013, p.107).

Um estudo recém-publicado avaliou a percepção e as expectativas de 346 pacientes com câncer acerca do conceito e aplicabilidade das DAV, vinculados a uma instituição hospitalar de referência em oncologia no município de Recife-PE (Santana & Câmara, 2022). O estudo concluiu que o conhecimento sobre DAV entre os pacientes era reduzido, mas esses reconheceram que se tratava de um instrumento capaz de preservar sua dignidade e autonomia. Os pacientes demonstraram interesse, tanto por sua elaboração quanto por sua aplicabilidade, no entanto, esperavam receber

mais informações e orientações dos profissionais em relação a essa temática.

O estudo de Bevilaqua et al. (2022), por meio de uma análise das tendências da produção brasileira de teses e dissertações na área da saúde sobre DAV, identificou maior número de dissertações ( $n=18$ ) entre as produções, principalmente da Região Sudeste, no ano de 2019, e na área de Bioética. Dois grandes temas ficaram evidentes nos trabalhos identificados: o uso de tecnologias como dispositivo auxiliar à aplicabilidade das DAV; e a percepção de pacientes, familiares e profissionais de saúde sobre essas diretrizes.

Atualmente, tanto o Conselho Federal de Medicina quanto o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, recomendaram aos profissionais de suas categorias levarem em consideração as DAV dos pacientes (CFM nº 1.995/2012; COFEN Nº564/2017). A adoção de DAV, como parte direcionadora do tratamento do paciente, engloba atividade privativa do médico, conforme as condutas de tratamento previstas na Lei nº 12.842, de 10 de junho de 2013 (Brasil, 2013), extraídas a seguir:

Art. 2º O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

Parágrafo único. O médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para:

- I - a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;
- II - a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;
- III - a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

Art. 3º O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de

saúde que a compõem.

Contudo, nessa lei ficam resguardadas, portanto, as competências próprias das demais profissões de saúde (Lei n. 12.842/2013). Nesse sentido, ressalta-se a necessidade do entendimento do âmbito de atuação específico de cada profissão atuante em PAC e DAV. Apesar do médico ser o profissional de referência para aplicação de PAC e DAV devido ao seu lugar de competência no processo do tratamento clínico, os demais profissionais da equipe multidisciplinar participam concomitantemente e recebem constantemente as demandas pelas necessidades dos pacientes.

Assim, entende-se que o caminho de maior proteção para o paciente e para a eficiência da aplicação de PAC e DAV é o trabalho em conjunto pelas equipes. É possível, portanto, que em uma conversa que o médico possa vir a ter com um paciente, surjam questões relativas às necessidades de amparo psicológico, ou nutricional, por exemplo. Dito de outro modo, para que o paciente seja atendido integralmente e haja continuidade em seu cuidado, além das conversas com os médicos, é necessário que a demanda pertinente a cada profissão seja acionada.

Ainda nesse contexto, a SES-DF, por meio da Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde (CPPAS), elaborou uma Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com o propósito de nortear as prioridades de cuidado. A diretriz recomenda, após a admissão do paciente na UTI, identificar se o paciente possui DAV, TV, manifestação prévia do paciente ou existência de familiares ou responsável legal que oriente as decisões. Após a identificação, sugere-se o registro dessa informação no prontuário do paciente (CPPAS/SESDF, 2017).

No Brasil, houve um importante avanço sobre DAV por meio dos estudos

realizados pela pesquisadora Luciana Dadalto, advogada e bioeticista, doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e mestre em Direito Privado pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Seus artigos científicos perpassam as seguintes temáticas: a) História do Testamento Vital: entendendo o passado e refletindo sobre o presente (Dadalto, 2015); b) Reflexos Jurídicos da Resolução CFM 1.995/12 (Dadalto, 2013); c) Aspectos registrais das diretivas antecipadas de vontade (Dadalto, 2013); d) Distorções acerca do testamento vital no Brasil (Dadalto, 2013); e) Diretivas antecipadas de vontade em geriatria (Gomes et al., 2018).

Destaca-se ainda o *site* na internet ([www.testamentovital.com.br](http://www.testamentovital.com.br)), no qual Dadalto aborda em uma linguagem acessível, de possível alcance tanto para profissionais de saúde como para usuários dos serviços de saúde, sobre DAV, TV, MD, ordens de não reanimação, diretivas antecipadas psiquiátricas, diretivas para demência e plano de parto. Ante o exposto, os artigos publicados valorizam as reflexões sobre o percurso histórico nacional, fazendo menção ao início do tema no Brasil e o estado atual que se encontra em termos de aplicabilidade na assistência. Em suas publicações, Dadalto levantou possibilidades de aplicação em termos documentais, bem como discutiu possibilidades de utilização de DAVs pelos profissionais de saúde e usuários de saúde, ou seja, a população geral, não exclusivamente os profissionais de saúde.

Além dos artigos publicados, a pesquisadora contribuiu com o tema por meio da publicação dos seguintes livros: Testamento Vital (Dadalto, 2022); Dos Hospitais aos Tribunais (Teixeira et al., 2013); Diretivas Antecipadas de Vontade - Ensaios sobre o Direito a Autodeterminação (Dadalto et al., 2018); Bioética e Diretivas Antecipadas de Vontade (Dadalto et al., 2014); e) Tratado brasileiro sobre o direito

fundamental a morte digna (Godinho et al., 2017). Por meio dos seus estudos, enfatiza-se o Direito como campo principal de atuação de Dadalto. No que se refere ao âmbito jurídico brasileiro, ressalta-se que não há até o momento legislação que disponha sobre as DAV. Sendo assim, considera-se um avanço no território nacional a edição da Resolução 1.995 do Conselho Federal de Medicina, de 31 de agosto de 2012, que dispõe sobre as DAV.

Ressalta-se o projeto de lei elaborado pelo Senador Lasier Martins, em 2018, que propõe legislar sobre as DAV (Senado Federal, 2018). O projeto tem como objetivo suprir a lacuna legal existente no país sobre essa ferramenta. As justificativas para esse projeto de lei perpassam temas como a bioética, a terminalidade da vida e a autonomia das pessoas sobre decisões acerca de seus tratamentos, em especial nos casos de doença em estágio avançado e sem nenhuma perspectiva de cura.

Dessa maneira, a falta de legislação oferece fragilidade para a atuação das equipes na assistência ao paciente. À guisa de exemplo, o estudo de Cogo et al., (2016) entrevistou oito enfermeiros e sete médicos. Dessa amostra, entre outras categorias, emergiu uma categoria “receio de implicações legais” por parte dos profissionais ao comunicarem sobre DAV. Em síntese, diante do panorama atual sobre PAC e DAV no Brasil, torna-se importante destacar a função de fortalecimento e expansão do conhecimento dos estudos científicos sobre as temáticas.

### **Conhecimento de Profissionais de Saúde sobre DAV**

Na literatura brasileira, é possível, até o momento, encontrar um número maior de estudos que investigam conhecimento dos profissionais de saúde sobre DAV, talvez pelo seu caráter mais prático e operacional, comparado à PAC, por exemplo. Contudo,

o foco de tais pesquisas está direcionado a investigar duas categorias de profissionais: os médicos e os enfermeiros. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de inclusão dos demais profissionais das equipes multidisciplinares nesse momento atual em que a pesquisa nacional se concentra em investigar o conhecimento dos profissionais de saúde.

São exemplos de artigos científicos que tinham como objetivo conhecer a opinião, entendimento ou conhecimento de profissionais médicos e enfermeiros a respeito de DAV: Stolz et al., (2011), Cassol et al., (2015), Silva et al., (2015), Cogo et al., (2016), Moreira et al., (2017), Cogo et al., (2017), Kulicz et al., (2018), Cogo et al., (2021), Fusculim et al., (2022), Guirro et al., (2022). Não foram encontrados artigos científicos que investigassem o conhecimento de outra categoria profissional, além de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem ou acadêmicos de medicina ou de enfermagem sobre DAV.

Dentre estes estudos, o mais recente foi o de Guirro et al., (2022) que objetivou avaliar o conhecimento de profissionais de saúde sobre DAV, mas que também incluiu usuários. Realizado em um hospital-escola de Curitiba. O estudo pesquisou 145 pessoas, sendo 66,9% ( $n=97$ ) profissionais de saúde (médicos e enfermeiros e técnicos de enfermagem) e 33,1% ( $n=48$ ) usuários. A maioria dos participantes não conhecia diretivas antecipadas de vontade, com maior incidência entre usuários: 61,9% dos profissionais e 91,7% dos usuários. Após serem instruídos acerca das diretivas antecipadas, 97,9% dos profissionais e 95,8% dos usuários afirmaram que pessoas deveriam elaborar diretivas e que a responsabilidade de iniciar a conversa sobre o assunto deveria ser do médico.

Outro estudo também mais recente foi o realizado por Fusculim et al. (2022), no qual aplicou-se um questionário eletrônico em plataforma *online*, objetivando

analisar o contexto atual de implementação das diretivas antecipadas de vontade no Brasil a partir da percepção de médicos(as) e enfermeiros(as). Participaram do estudo 143 profissionais, sendo 90 médicos e 51 enfermeiros. As regiões representadas foram: Sul ( $n=86$ ), Sudeste ( $n=86$ ), Centro-Oeste ( $n=33$ ), Nordeste ( $n=10$ ) e Norte ( $n=1$ ). Os resultados mostraram, por meio de respostas “sim” ou “não”, se os profissionais conheciam sobre DAV. Dentre os participantes, 115 afirmaram ter conhecimento sobre o termo DAV e 26 informaram que não conheciam; 76 relataram saber fazer ou registrar DAV e 26 não sabiam; e 133 afirmaram que acreditavam que as pessoas precisam ter suas DAV no contexto dos tratamentos de saúde. Apesar das limitações da pesquisa, o estudo representou uma contribuição para o desenvolvimento de DAV no Brasil ao pesquisar duas categorias de profissionais de saúde.

Cogo et al. (2021) realizou um estudo qualitativo com 20 enfermeiros atuantes em um hospital universitário e público do Sul do Brasil, por meio de entrevista, com o objetivo de verificar como atuariam em casos de pacientes em fase final de vida providos de DAV. Da análise dos dados emergiram categorias que representavam como os enfermeiros atuariam, hipoteticamente, ao cuidar de pacientes em fase final de vida providos de DAV. Foram elencadas três categorias: aceitação da morte no contexto hospitalar como pressuposto para cumprir as diretivas; autonomia do paciente, respeitando limites; DAV, do (des)conhecimento à possibilidade de respaldo profissional. Novamente, conforme demonstrado por este estudo, a falta de legislação específica enfraquece tanto o conhecimento dos profissionais como também a aplicação de DAV.

O estudo de Kulicz et al. (2018) foi desenvolvido com método quali-quantitativo, transversal, descritivo, de coleta prospectiva, utilizando questionário elaborado por meios próprios com 348 discentes de medicina. O objetivo do estudo foi

avaliar o conhecimento dos estudantes de medicina do primeiro ao sexto ano em relação a conceitos, condutas éticas diante de pacientes em terminalidade e TV. O estudo mostrou que 251 (72,1%) conheciam questões relacionadas a condutas na terminalidade, mas apenas 23,5% conheciam sobre TV e 8,1% sobre a resolução do CFM que o embasa. Quase um quarto (22,4%) dos estudantes revelou ter tido contato com o tema durante a graduação. Quanto às decisões éticas, 80,1% informaram que respeitariam o TV do paciente. Dessa forma, destaca-se a importância, tanto de pesquisas quanto da introdução de conhecimento sobre esses temas ainda na graduação, com intuito de na formação já preparar o profissional para a aplicação futura em sua atuação prática.

Ainda sobre os estudos com objetivo de pesquisar os profissionais, Cogo et al. (2017) adotaram como objetivo conhecer o entendimento de enfermeiros, médicos e cuidadores familiares sobre DAV. Utilizou-se estudo qualitativo por meio de entrevista semiestruturada. Participaram 22 pessoas, sendo 8 enfermeiros, 7 médicos residentes e 7 cuidadores familiares. Da análise dos dados, os participantes relataram sobre suas inseguranças e dessas falas emergiram três categorias: aplicabilidade das DAV; desejos de profissionais e familiares na manutenção da dignidade e autonomia pessoal; e a insegurança da aplicabilidade das DAV.

Em síntese, conforme supramencionado, os artigos citados até o momento investigaram o conhecimento dos profissionais, focalizando no âmbito da enfermagem e da medicina. Ademais, conforme relatado, o campo do Direito também apresentou suas contribuições a respeito das temáticas. Diante disso, considera-se o presente estudo como uma possibilidade de inserção de outra categoria profissional nesse momento da pesquisa científica brasileira, em especial a profissão de psicologia.

### **Inserção da/o Psicóloga/o em PAC, DAV, TV e MD**

A inserção do psicólogo integrante da equipe multidisciplinar, responsável pelo acolhimento, avaliação, escuta ativa, intervenção e atendimento psicológicos, como um dos mecanismos para o fortalecimento e/ou modificação de estratégias de enfrentamento no tratamento em saúde, está intrínseca à atuação no contexto do PAC e DAV. Dito de outro modo, o/a psicólogo/a se depara constantemente com situações nas quais é necessário realizar procedimentos para formalizar valores, vontades e desejos dos pacientes associados ao seu tratamento, em consonância ao que preconiza o PAC e as DAV.

Um estudo publicado no *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* relatou uma investigação preliminar sobre o papel do psicólogo na avaliação e na facilitação do conhecimento do paciente sobre DAV. Os autores descreveram várias atribuições pertinentes ao psicólogo, como a avaliação do estado mental do paciente para a tomada de decisões; a necessidade de intervenção em situação de crise emocional provocada pela doença subjacente ou possibilidade da iminência de morte; necessidade de intervenção psicológica em situações de depressão grave, desesperança, alterações de humor e preparo técnico para auxiliar na clarificação das preocupações do paciente e de sua família nas tomadas de decisões em saúde. Além dessas atribuições, o artigo apontou que a entrevista sobre DAV, quando conduzida por um psicólogo, é particularmente sensível, sendo fundamental para a abordagem humanizada (Johnson-Greene et al., 1996).

A atuação da psicologia no contexto de PAC e DAV intermedeia os espaços de atenção ao paciente, em torno de um objetivo central de fortalecimento emocional e psicológico, em momento de fragilidade física e emocional, caracterizado pela perda

da constituição do ser saudável. Aos psicólogos, o código de ética preconiza: “baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos” (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2005, p.7).

Diante dessa ótica, o papel do psicólogo da saúde no Brasil torna-se parte fundamental no processo de implementação de PAC e DAV, pois a intervenção psicológica junto ao paciente oportuniza o protagonismo do aspecto humano e individual em detrimento da perspectiva focada na doença.

Haley et al. (2013) publicaram um artigo sobre as possibilidades de atuação do psicólogo no contexto de PAC e DAV. Esses pesquisadores dos Estados Unidos descreveram algumas funções clínicas da atuação da psicologia em cuidados de final de vida, considerando momentos distintos, a saber: (a) antes da instalação da doença, em uma perspectiva preventiva; (b) no diagnóstico e início do tratamento; (c) durante o avanço da doença e o processo de morte; e (d) após a morte do paciente, com os familiares enlutados. De fato, são etapas importantes que se iniciam antes da instalação do processo de adoecimento.

Recentemente, o Conselho Federal de Psicologia lançou as referências técnicas para atuação de psicólogas/os nos serviços hospitalares do SUS (CFP, 2019), destacando as seguintes atividades:

Aumentar o conforto físico durante as diferentes fases do tratamento dos doentes; atender às necessidades psicológicas, sociais e espirituais; atender às necessidades dos familiares e cuidadores; responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em cuidados paliativos (CP) (para o médico, a hora de parar com procedimentos desnecessários, seguindo os

protocolos já estabelecidos); implementar e coordenar equipes de cuidados paliativos; promover autoconhecimento e desenvolvimento profissional (p. 87).

Nesse sentido, a aquisição de conhecimento do psicólogo sobre PAC e DAV podem ampliar as possibilidades de atuação e harmonizar os valores e preferências dos pacientes com o tratamento de saúde a ser recebido em processo de final de vida. Seidl et al. (2019) descreveram o perfil de psicólogos com atuação na rede pública e em serviços privados de saúde do Distrito Federal (DF) e apontaram que, nos últimos cinco anos, houve um aumento do número de psicólogos atuando em saúde. A pesquisa realizada com 96 psicólogas/os mostrou, entre diversos resultados, os locais de atuação dos profissionais, merecendo destaque: Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ( $n=24$ ); unidade de emergência / pronto socorro ( $n=10$ ); enfermaria ( $n=47$ ); ambulatório de unidade hospitalar ( $n=63$ ), entre outros. Muitos participantes referiram atuação em mais de um setor do serviço de saúde. Nota-se, assim, que um número elevado de profissionais atuava em setores onde esse tema é prioritário e muito presente.

## Capítulo 2

### Justificativa e Objetivos

Este estudo justifica-se a partir da necessidade de aprofundar a investigação sobre a prática profissional da/o psicóloga/o nas estratégias e ferramentas de humanização do cuidado, como o PAC e as DAV. A atuação humanizada, centrada no paciente e em sua família, pode convergir com as necessidades sociais, psicológicas, emocionais e espirituais. Ademais, por serem demandas atuais e presentes, o psicólogo ao lidar com processos de final de vida, se depara cotidianamente com a tarefa de proporcionar cuidado humanizado às pessoas e suas famílias, valorizando sua autonomia. Além disso, não foram encontrados estudos brasileiros que abordassem, esclarecessem e nortearassem o papel do profissional psicóloga/o em contexto multidisciplinar com foco em PAC e DAV.

Entende-se ainda a necessidade da psicologia se aproximar dessa discussão sobre temas já presentes em outras profissões da saúde. No Brasil, PAC e DAV estão presentes em argumentos teóricos e práticos nos campos do Direito, Medicina e Enfermagem. Ademais a atuação multidisciplinar preconiza a qualidade da assistência ao paciente. Trata-se também do desejo de oferecer contribuição para a tarefa árdua, intrínseca à psicologia da saúde: continuar reafirmando os lugares de direito dos profissionais de psicologia em prol do benefício científico e social para a saúde dos brasileiros.

Diante desse contexto, a seguinte pergunta norteou o presente estudo: psicólogos atuantes no Distrito Federal, inseridos em equipes multidisciplinares de saúde, responsáveis pela assistência aos pacientes, têm conhecimento sobre PAC e DAV? Há níveis distintos de conhecimento e de aprofundamento acerca desses

conceitos? Quais perfis profissionais (formação em nível de pós-graduação, tipo de serviço onde estão inseridos e acerca do tempo de formada/o) se associam a níveis de informação e conhecimento sobre os temas?

Destaca-se que uma primeira etapa do presente estudo foi a busca de artigos científicos nacionais que investigaram ou incluíram psicólogos na amostra, até o momento, no Brasil. Para tal objetivo, foram consultadas as principais bases de dados oficiais da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde – Bireme), SciELO e Portal de Periódicos CAPES, com as seguintes estratégias de busca: “Planejamento Antecipado de Cuidado” AND “Diretivas Antecipadas de Vontade” AND “Psicologia”, em língua portuguesa. Como resultados, não foram identificados estudos prévios que integrassem essas palavras-chave. Dessa forma, ratifica-se a relevância quanto ao seguimento do estudo sobre esse tema, especialmente no âmbito da psicologia.

Assim, o objetivo geral da pesquisa consiste em investigar o conhecimento de psicólogas/os que trabalham no Distrito Federal, inseridas/os em equipes multidisciplinares de saúde responsáveis pela assistência a pacientes sobre PAC, DAV, TV e MD. Os objetivos específicos foram: a) identificar os níveis de conhecimento e de aprofundamento acerca desses conceitos; b) identificar os perfis profissionais (de formação em nível de pós-graduação, quanto ao tipo de serviço onde estão inseridos e tempo de formada/o) que se associam a níveis de informação e conhecimento sobre os temas; c) descrever o perfil de profissionais que conhecem mais sobre essas temáticas.

## Capítulo 3

### Método

Foi realizada uma pesquisa de levantamento, descritiva, transversal, de abordagem mista (qualitativa e quantitativa).

#### Participantes

Os participantes foram 69 psicólogos/as atuantes em unidades de saúde públicas e privadas do Distrito Federal. Os critérios de inclusão foram: psicólogos com CRP ativo; tempo de atuação mínima de seis meses; inseridos em unidades de serviços de saúde (hospital; unidades básicas de saúde; ambulatório especializado; estratégia saúde da família), pesquisadores e docentes em temas da área de saúde. Os critérios de exclusão foram psicólogos com CRP inativo, tempo de atuação menor que seis meses no ambiente de saúde, estagiários e estudantes de psicologia.

#### Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento utilizado na pesquisa foi um questionário eletrônico elaborado para o estudo, instalado na plataforma do *Google forms* com possibilidade de preenchimento *online* pelos participantes. O instrumento possui cinco seções. A primeira seção incluiu o convite e a explanação sobre a temática da pesquisa. A segunda seção consistiu no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foi oportunizada livre e voluntária participação aos psicólogos. A terceira seção incluiu dados da formação e atuação em saúde onde os participantes respondiam 10 questões sobre aspectos como gênero, ano em que o participante se formou no curso de graduação em psicologia, Unidade Federativa da instituição onde fez a graduação,

realização de pós-graduação, inserção profissional e modalidade de serviço onde atuava no momento da pesquisa. A quarta seção do questionário abordou aspectos de conhecimento sobre os temas de PAC, DAV, TV e MD, em questões fechadas e abertas.

Inicialmente foi perguntado se os participantes já tinham tido contato com cada um dos temas; no caso daqueles que já obtiveram conhecimento, foram fornecidas opções de locais onde o participante obteve esse conhecimento, como por exemplo: faculdade (graduação), especialização, mestrado, doutorado, na atuação profissional ou por meio das redes sociais, jornais ou outras fontes de mídia. Em seguida, foi solicitado que o participante descrevesse o que entendia/conhecia sobre cada um dos temas (Anexo 1).

### **Procedimentos de Coleta de Dados**

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília - UnB (Parecer nº 4.994.713). Inicialmente foi feito um estudo piloto com cinco participantes. O objetivo do estudo piloto foi avaliar a adequação do instrumento elaborado. Dessa maneira, foi enviado um convite a prováveis participantes. O critério de seleção para o piloto foi a aceitação dos cinco primeiros participantes da pesquisa. Após aceitação e preenchimento do questionário de forma remota, foi realizada entrevista individual para *feedback* acerca do instrumento. Os ajustes apontados pelos participantes foram em relação à formatação do questionário. Não houve nenhuma informação no piloto a respeito da falta de compreensão das perguntas solicitadas ou dificuldade de entendimento do questionário.

O método de levantamento de dados utilizado nessa coleta foi o Bola de Neve

Virtual (Costa, 2018), que se baseia no uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. Sendo a *internet* um canal de interação, adotou-se essa estratégia devido à maior possibilidade de alcance das/os psicólogas/os.

A coleta teve início com o envio e apresentação do *link* de acesso ao questionário eletrônico, por meio das redes sociais virtuais (RSV), especificamente os grupos de *WhatsApp* com temática de saúde/hospitalar de Brasília. Os/as psicólogos/as foram convidados/as a participar da pesquisa mediante o preenchimento de questionário eletrônico e solicitado o encaminhamento do convite a outros profissionais que fizessem parte da rede de contatos do convidado/participante, mas que atuassem em saúde.

### **Análise de Dados**

A análise de dados foi realizada, inicialmente, por meio de planilha de Microsoft Excel após conclusão da coleta, quando o questionário foi fechado no *Google forms*, sem condições de receber mais respostas. Também foi utilizado o programa estatístico SPSS, versão 20.0, para armazenamento de dados, tabulação e análise de estatísticas descritivas e inferenciais.

A análise de dados das questões abertas, que traziam o conhecimento acerca dos temas em tela, foi realizada pelas pesquisadoras, utilizando a avaliação por pares. Após identificação dos critérios para estabelecimento do nível de conhecimento dos participantes, as duas pesquisadoras trabalharam de forma individual e independente. Com base nas conceituações adotadas acerca de PAC, DAV, TV e MD, os relatos escritos dos respondentes foram classificados quanto às categorias pactuadas previamente (Tabela 1). Com o objetivo de analisar as respostas escritas fornecidas

pelos participantes, foram elencadas expressões ou palavras-chave com base nos conceitos de PAC, DAV, TV e MD adotados no estudo.

**Tabela 1**

*Critérios de Avaliação quanto a Definições e Palavras/expressões Presentes nas Respostas dos Participantes acerca de PAC, DAV, TV e MD*

| Conceito | Definição  | Palavras-chave/expressões na descrição do conceito pelo participante  | Critérios de avaliação   |
|----------|--|---|--|
| PAC      | Planejamento de assistência antecipada é um processo que apoia adultos em qualquer idade ou estágio de saúde na compreensão e compartilhamento de seus valores pessoais, objetivos de vida e preferências em relação ao atendimento médico futuro. O objetivo do planejamento antecipado de cuidados é ajudar a garantir que as pessoas recebam assistência médica consistente com seus valores, objetivos e preferências durante doenças graves e crônica (Sudore et al., 2017 p.1) | Processo de apoio a adultos em qualquer idade ou estágio de saúde; compreensão; compartilhamento; valores pessoais; objetivos de vida; preferências em relação ao tratamento; doenças graves e crônicas.                              | Presença de 1 a 2 termos: descrição precária<br><br>Presença de 3 ou mais termos: descrição suficiente |
| DAV      | Conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade (Conselho Federal de Medicina, 2012, p. 1) <sup>1</sup>   | Ferramenta/formalização/vontade expressa antecipadamente; desejos/preferências/decisão do paciente; procedimentos terapêuticos; incapacitado de expressar; autonomamente.   | Presença de 1 a 2 termos: descrição precária<br><br>Presença de 3 ou mais termos: descrição suficiente |
| TV       | O testamento vital é um documento feito por uma pessoa com discernimento, civilmente capaz, com o objetivo de dispor acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos que deseja ou não ser submetida quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora de possibilidades terapêuticas curativas e impossibilitado de manifestar livremente sua vontade (Dadalto, 2013, p. 107).  | Documento; pessoa/discernimento/civilmente capaz; desejo acerca de cuidados/tratamentos/procedimentos; doença ameaçadora da vida; fora de possibilidades terapêuticas curativas; impossibilitado de manifestar livremente sua vontade | Presença de 1 a 2 termos: descrição precária<br><br>Presença de 3 ou mais termos: descrição suficiente |
| MD       | Intitulação prévia de outro responsável para responder pelo paciente quando este estiver incapacitado de fazê-lo (Dadalto, 2013 p.107)   | intitulação prévia; incapacidade de decidir   | Presença de 1 termo: descrição precária<br><br>Presença de 2 termos: descrição suficiente              |

*Nota.* <sup>1</sup> Critério de exclusão, palavras-chave deveriam estar presentes: Ferramenta/formalização/Vontade expressa antecipadamente ou sinônimos.

Além das palavras-chave, a clareza da redação e a coerência interna do texto da resposta eram levadas em conta pelas avaliadoras. Dessa forma, foi possível avaliar os níveis de abrangência da descrição de cada conceito, conforme apresentado na quarta coluna da Tabela 1.

Dessa forma, foram utilizados critérios norteadores para quatro tipos de respostas: (1) desconhece o conceito; (2) relato não abrangeu o conceito (não usou palavras-chave elencadas na Tabela 1); (3) relato destacou entre um e dois aspectos corretos do conceito (descrição precária); (4) relato destacou entre três ou mais aspectos corretos do conceito (descrição suficiente). No caso de MD, a descrição precária abarcou um termo e a suficiente, 2 termos (Tabela 1).

Em seguida, as pesquisadoras confrontaram suas avaliações dos 69 participantes, com base nas respostas escritas. Os índices de concordância entre ambas as análises foram: PAC = 82,6%; DAV = 92,76%; TV = 97,1% e MD = 88,4%, observando-se, portanto, percentuais elevados de concordância. Nos casos em que houve discordância entre as pesquisadoras, buscou-se um consenso acerca do nível de conhecimento do respondente para inserção no banco de dados do SPSS. Assim, cada participante recebeu sua classificação com base nas respostas acerca dos quatro conceitos.

Análises estatísticas descritivas, como média, mediana, desvio padrão e valores máximo e mínimo, foram feitas para as variáveis contínuas, bem como frequência e proporção para as variáveis categóricas. Procedeu-se a análises de qui quadrado para investigar associações entre nível de conhecimento sobre os quatro conceitos (nulo, precário e de regular a bom) e inserção profissional, tempo de formado e formação em nível de pós-graduação. Foi considerado o nível de significância  $p \leq 0,05$  no estudo.

## Capítulo 4

### Resultados

Participaram do estudo 69 psicólogos, com predominância do gênero feminino (91,3%;  $n=63$ ). A Tabela 2 evidencia os dados relativos à formação dos participantes, revelando que a amostra foi diversa e ampla quanto ao ano de conclusão da graduação, variando de 1992 a 2022. Os anos com maiores conclusões de curso ( $n=31$ ) foram entre 2013 a 2018. O tempo de formado variou entre menos de um ano a 30 anos, sendo 11,16 anos o tempo médio ( $DP= 6,97$ ;  $Mdn=9$ ).

No que tange à instituição onde fez o curso de graduação, a maior frequência foi em instituição de ensino superior privada (58%;  $n=40$ ), sendo que curso em instituição de ensino superior pública chegou a 42% ( $n=29$ ). A maioria dos participantes realizou o curso de graduação no Distrito Federal (DF) (62,3%;  $n=43$ ); já 37,7% ( $n=26$ ) realizaram o curso de graduação em instituição de ensino localizada em outro estado do país.

Quase um quarto dos participantes (23,3%;  $n=16$ ) relatou possuir título de Especialista em Psicologia Hospitalar conferido por Conselho Regional de Psicologia. Abordou-se sobre a formação dos participantes quanto à realização de cursos de especialização *lato sensu* com mais de 360 horas, além de residência em saúde e as pós-graduações *strictu sensu*, como mestrado e doutorado (Tabela 2). Observou-se que aproximadamente metade dos participantes possuía algum tipo de especialização, sendo a *lato sensu* em psicologia hospitalar em maior frequência ( $n=38$ ; 55%) na amostra. Entre os participantes, 23(33,3%) afirmaram terem residência. O mesmo número referiu ter curso de mestrado ( $n=23$ ;33,3%). No que concerne a curso de doutorado, 10,2% ( $n=7$ ) referiram ter esse título.

**Tabela 2***Caracterização da Formação dos Participantes (N = 69)*

| Aspectos da formação                                     |                             | F (%)     |
|--|-----------------------------|-----------|
| Ano de conclusão   | Graduação: 1992 a 2000      | 08 (11,6) |
|  | 2001 a 2010                 | 22 (31,8) |
|  | 2011 a 2022                 | 39 (56,5) |
| Instituição de ensino                                    | Graduação: Pública          | 29 (42)   |
|  | Privada                     | 40 (58)   |
| Estado de formação                                       | Graduação: Distrito Federal | 43 (62,3) |
|  | Outros Estados              | 26 (37,7) |
| Título de Especialista por CRP                           | Sim                         | 16 (23,3) |
|  | Não                         | 53 (76,8) |
| Pós-graduação <i>lato sensu</i> em Psicologia Hospitalar | Sim                         | 38 (55,1) |
|  | Não                         | 31(44,9)  |
| Pós-graduação <i>lato sensu</i> em nível de Residência   | Sim                         | 23 (33,3) |
|  | Não                         | 46 (66,6) |
| Pós-graduação em nível de Mestrado                       | Sim                         | 23 (33,3) |
|  | Não                         | 46 (66,6) |
| Pós-graduação em nível de Doutorado                      | Sim                         | 07 (10,2) |
|  | Não                         | 62 (89,8) |

### **Inserção Profissional nas Modalidades de Serviços de Saúde**

Foi investigado junto aos participantes a inserção profissional nas diferentes modalidades de serviço e setores da unidade de saúde onde trabalhavam, no momento da resposta ao questionário. Foi habilitado que os participantes assinalassem mais de uma opção de atuação e inserção profissional, visando atender à realidade da diversidade profissional da amostra.

Entre os participantes que trabalhavam com assistência ao paciente em instituição pública ( $n=31;44,9\%$ ), a diferença para os que trabalhavam em instituições privadas ( $n=28; 40,6\%$ ) foi de apenas 4,3%. A participação em nível de docência ( $n=11; 15,9\%$ ) e em instituição de pesquisa ( $n=4; 5,8\%$ ) totalizou 21,7% ( $n=15$ ) da amostra.

Observou-se uma quantidade relevante de participantes inseridos em serviços hospitalares ( $n=55; 79,7\%$ ), sendo que eles atuavam em diferentes setores do hospital. Entre os

que trabalhavam em serviço hospitalar, os setores de atuação com maior frequência foram Unidade de Terapia Intensiva ( $n=33$ ; 47,8%), ambulatório ( $n=29$ ; 42%), enfermaria ( $n=31$ ; 44,9%) e pronto-socorro/serviço de urgência ( $n=18$ ; 26,1%). Seis profissionais referiram atuar em serviço extra hospitalar, como ambulatório especializado, dois em Unidades Básicas de Saúde e em ESF/NASF. Como muitas pessoas atuavam em mais de um setor do hospital, a soma totaliza mais de 69 participantes.

### Tabela 3

*Inserção Profissional nas Modalidades e Setores de Serviços de Saúde*

| Modalidades e setores de serviços de saúde    | F (%)     |
|---|-----------|
| Hospital - Ambulatório                        | 29 (42,0) |
| Hospital - Unidade de Terapia Intensiva       | 33 (47,8) |
| Hospital - Enfermaria                         | 31 (44,9) |
| Hospital - Pronto-socorro/serviço de urgência | 18 (26,1) |
| Hospital – Saúde Ocupacional/Med. do Trabalho | 2 (2,8)   |
| Hospital – Maternidade ou UTI Neonatal        | 2 (2,8)   |
| Ambulatório Especializado                     | 6 (8,7)   |
| Unidade Básica de Saúde                       | 1 (1,4)   |
| Estratégia Saúde da Família (ESF)/NASF        | 1 (1,4)   |

*Nota.* Foi habilitado ao participante assinalar mais de uma modalidade de setor ou serviço de saúde

### Conhecimento dos Profissionais sobre PAC, DAV, TV e MD

Primeiramente, foi pedido que os profissionais, por meio de autopercepção, assinalassem as fontes de acesso à obtenção de conhecimentos acerca de PAC, DAV, TV e MD. O participante deveria apontar se obteve conhecimento a partir de sua formação (graduação, especialização, residência, mestrado, doutorado), atuação profissional ou por meio de redes sociais, jornais ou outras fontes de mídias. Poderia indicar também que ainda não tinha tido contato com o tema ou se já tinha ouvido sobre o tema, mas não sabia ao certo o que significava. Na Tabela 4 está o resultado desse levantamento: cada  $n$  refere-se à quantidade de participantes

que assinalou as alternativas. O valor percentual foi calculado em relação ao número total de participantes ( $N=69$ ). Ressalta-se que cada participante podia assinalar mais de uma fonte ou local onde obteve algum conhecimento sobre os temas. Dessa forma, as frequências brutas ultrapassam 69 e os percentuais são maiores que 100%.

Observa-se que de 17,3% até 23% dos participantes relataram não terem tido contato com os temas PAC, DAV e TV. Ademais, a metade dos respondentes relatou não terem tido contato com o conceito de MD.

**Tabela 4**

*Autopercepção sobre a Obtenção de Conhecimento sobre PAC, DAV, TV e MD*

| Autopercepção   | PAC<br>F(%) | DAV<br>F(%) | TV<br>F(%) | MD<br>F(%) |
|---|-------------|-------------|------------|------------|
| Ainda não tive contato com o tema                                       | 16(23)      | 14(20,2)    | 12(17,3)   | 35(50,7)   |
| Já ouvi sobre o tema, mas não sei ao certo o que significa              | 16(23)      | 8(11,6)     | 12(17,3)   | 13(18,8)   |
| Obtive conhecimento na graduação  | 8(11,5)     | 6(8,6)      | 8(11,5)    | 1(1,4)     |
| Obtive conhecimento no curso de especialização                          | 21(30,4)    | 25(36,2)    | 26(37,6)   | 10(14,4)   |
| Obtive conhecimento no Mestrado/Doutorado                               | 9(13)       | 6(8,6)      | 7(10)      | 5(7,2)     |
| Obtive conhecimento na atuação profissional                             | 10(14,4)    | 43(62,3)    | 37(53,6)   | 22(31,8)   |
| Obtive conhecimento em redes sociais, jornais ou outras fontes de mídia | 10(14,4)    | 14(20,2)    | 14(20,2)   | 6(8,6)     |

*Nota.* Foi habilitado ao participante assinalar mais de uma opção sobre obtenção de conhecimento.

Uma quantidade menor de participantes (cerca de 11,5%) referiu ter obtido conhecimento sobre os temas nos contextos de faculdade (graduação), mestrado e doutorado (até 13%) respectivamente. Em seguida, uma quantidade de participantes mostrou ter tido conhecimento sobre o tema por meio dos cursos de especialização *lato sensu*, sendo que 37% deles informaram ter obtido conhecimento sobre TV e 36% sobre DAV.

A atuação profissional foi o contexto que mais oportunizou obtenção de conhecimento sobre DAV ( $n=43$ ; 62,3%) e sobre TV ( $n=37$ ; 53,6%). Além disso, as redes sociais e/ou outras fontes de mídia também oportunizaram obtenção de conhecimento sobre os temas, embora em menor quantidade, equiparando-se aos contextos de faculdade e atuação profissional em relação

ao PAC.

Desse modo, antes de averiguar o conhecimento dos participantes sobre os conceitos, a Tabela 4 apresentou um panorama da autopercepção quanto à obtenção de conhecimento sobre as temáticas, ao lado dos relatos de não obtenção. Já as Tabelas 5 a 8 sintetizam os resultados sobre o conhecimento acerca de cada um dos aspectos solicitados.

### **Conhecimento sobre Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC)**

A Tabela 5 evidencia o panorama de respostas sobre o conhecimento dos participantes da pesquisa, com base na definição de Sudore et al, (2017), que é recolocada aqui:

Planejamento de assistência antecipada é um processo que apoia adultos em qualquer idade ou estágio de saúde na compreensão e compartilhamento de seus valores pessoais, objetivos de vida e preferências em relação ao atendimento médico futuro. O objetivo do planejamento antecipado de cuidados é ajudar a garantir que as pessoas recebam assistência médica consistente com seus valores, objetivos e preferências durante doenças graves e crônica (p.1).

Por meio das quatro categorias (desconhece, não abrangeu, descrição precária e descrição suficiente), observa-se que o desconhecimento apresentou menor frequência entre os participantes: 11 (15,9%) relataram não terem conhecimento sobre PAC, tal como exemplificado nos relatos extraídos. As categorias de desconhecimento e de não abrangência revelaram a ausência de conhecimento por parte dos participantes. Somadas as duas categorias — desconhecimento e não abrangência dos termos —, obteve-se o total de 29 (42%) dos participantes.

A categoria descrição precária foi a mais frequente entre os respondentes ( $n=22$ ; 31,9%). As categorias de desconhecimento, não abrangência e descrição precária reuniram o

total de 51 (73,9%) participantes da amostra em relação ao conhecimento sobre PAC. Assim, pouco mais de um quarto ( $n=18$ ; 26,1%) responderam com descrição suficiente em relação à PAC, ilustrados por relatos inseridos na Tabela 5. Dessa forma, observa-se que em relação ao conhecimento de PAC, quase três quartos dos participantes ( $n=51$ ; 73,9%) apresentaram limitada compreensão do conceito.

**Tabela 5**

*Análise dos Níveis de Conhecimento sobre PAC, conforme Relatos Escritos dos Participantes*

| Nível de conhecimento | F (%)    | Exemplos de relatos   |
|-----------------------|----------|---|
| Desconhece            | 11(15,9) | <i>Não possuo compreensão acerca; Não conheço o termo.</i>  |
| Não abrangeu          | 18(26,1) | <i>Seria algo como tratamento preventivo; Acordo entre equipe, família e pacientes sobre o uso de procedimentos, especialmente em situações críticas</i>  |
| Descrição precária    | 22(31,9) | <i>São as decisões do paciente acerca de seus cuidados em fim de vida; Planejamento de cuidado que aceita ser submetido de acordo com seus valores.</i>   |
| Descrição suficiente  | 18(26,1) | <i>Processo de construção e comunicação de valores e preferências de adultos sobre cuidados e assistência em saúde futuros; Consiste em, primeiramente, esclarecer o paciente sobre o próprio quadro e seu prognóstico para, então, auxiliar na definição de seus desejos de como ser cuidado. É importante esclarecer sobre as possibilidades e deixá-lo decidir de acordo com o que ele avalia como melhor para si.</i> |

### **Conhecimento sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)**

A Tabela 6 apresenta o conhecimento dos participantes sobre DAV, com base na análise do conceito adotado pelo Conselho Federal de Medicina (2012): “Conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade” (p.1). Dessa forma, na Tabela 6 consta a frequência de respostas em cada uma das quatro categorias com base na análise dos conteúdos expostos pelos participantes sobre os seus conhecimentos/entendimentos sobre DAV.

Os resultados mostraram que em relação ao conhecimento sobre DAV, a categoria de desconhecimento foi a segunda menor em termos de frequência ( $n=11$ ; 15,9%), ficando abaixo apenas da categoria de descrição precária, com uma diferença de seis participantes (8,7%). Uma quantidade expressiva de respostas foi categorizada na categoria de não abrangência: equivaleu a 36,2% ( $n=25$ ) dos participantes. Dessa maneira, observou-se que 36 (52,1%) dos participantes com limitada compreensão em relação às DAV, seja por desconhecimento ou por não abrangência dos termos relatados. Além disso, a categoria descrição precária foi a menor entre os participantes, apenas cinco (7,2%).

**Tabela 6**

*Análise dos Níveis de Conhecimento sobre DAV, conforme Relatos Escritos dos Participantes*

| Nível de conhecimento | F (%)    | Exemplos de relatos   |
|-----------------------|----------|---|
| Desconhece            | 11(15,9) | <i>Não entendo, não conheço sobre...; Não conheço esse conceito.</i>  |
| Não abrangeu          | 25(36,2) | <i>Manifestação do usuário de saúde em cuidados paliativos; Busca pela autodeterminação e respeito.</i>   |
| Descrição precária    | 5(7,2)   | <i>Registro das vontades dos pacientes; Sistematizar/descrever em um documento as vontades do paciente.</i>   |
| Descrição suficiente  | 28(40,6) | <i>Declaração expressa de vontade antecipada sobre cuidados e assistência em saúde nos casos de diagnóstico de doença ameaçadora de vida e diante de quadros sem perspectiva curativas e irreversíveis; Servem para que os indivíduos possam documentar expressamente seus desejos em relação a cuidados de saúde em casos de doença grave, degenerativa e sem possibilidade de cura.</i> |

Sendo assim, 59,3% dos participantes demonstraram compreensão restrita em relação às DAV, por meio das categorias de desconhecimento, não abrangência e descrição precária. Contudo, a categoria descrição suficiente foi frequente entre os participantes ( $n=28$ ; 40,6%), o que revela uma boa quantidade de profissionais com conhecimento do tema no presente estudo.

### **Conhecimento sobre Testamento Vital (TV)**

A partir da definição de Dadalto (2013), a Tabela 7 relata a análise de respostas dos participantes sobre o conhecimento em relação ao TV:

O testamento vital é um documento feito por uma pessoa com discernimento, civilmente capaz, com o objetivo de dispor acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos que deseja ou não ser submetida quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora de possibilidades terapêuticas curativas e impossibilitado de manifestar livremente sua vontade (Dadalto, 2013, p.107).

**Tabela 7**

*Análise dos Níveis de Conhecimento sobre TV, conforme Relatos Escritos dos Participantes*

| Nível de conhecimento | F(%)      | Exemplos de relatos  |
|-----------------------|-----------|--|
| Desconhece            | 21 (30,4) | <i>Ainda não tenho uma compreensão sobre o assunto, alguns termos ainda me confundem. Mas penso que o testamento vital é parte das diretivas antecipadas de vontade; Não sei diferenciar dos demais itens.</i>   |
| Não abrangeu          | 17 (24,6) | <i>Declaração por escrito da vontade da pessoa antes de falecer; Forma pela qual a pessoa expressa de maneira escrita sua vontade em relação a partilha de imóveis e bens após seu falecimento.</i>  |
| Descrição precária    | 12 (17,4) | <i>Imagino que seja basicamente o mesmo que a diretiva antecipada de vontade, uma declaração formal; Testamento vital é um documento que pode ter fê pública. Em geral, pode ser feito pelo indivíduo junto a seu médico e também um advogado especialista no tema. Tem pouco valor prático, diante da cultura social e médica de obstinação terapêutica.</i>  |
| Descrição suficiente  | 19 (27,5) | <i>Documento que descreve o que se deseja ou não, antecipadamente, em termos de cuidados e assistência em saúde, para as situações de doenças ameaçadoras da vida, irreversíveis e sem perspectiva de cura; Documento no qual a pessoa determina quais os procedimentos médicos aos quais desejaria ou não ser submetida no caso de ser acometida de doença grave e/ou terminal, numa situação em que esteja incapacitada de tomar suas próprias decisões.</i> |

No que se refere ao conhecimento sobre TV, os resultados apontaram que o desconhecimento foi o mais frequente entre os participantes ( $n=21$ ; 30,4%). A categoria de não abrangência equivaleu a 24,6% ( $n=17$ ) das respostas. A categoria descrição precária foi a menor entre os participantes, (7,2%;  $n=5$ ). Apesar da categoria descrição suficiente ter sido observada em 19 relatos (27,5%), ainda assim representa uma quantidade menor da amostra, comparado ao índice total de respostas com limitações, segundo as demais categorias ( $n= 43$ ; 62,2%).

## Conhecimento sobre Mandato Duradouro (MD)

A Tabela 8 apresenta o conhecimento dos participantes conforme o conceito de Dadalto (2013) “Intitulação prévia de outro responsável para responder pelo paciente quando este estiver incapacitado de fazê-lo” (p. 107).

### Tabela 8

*Análise dos Níveis de Conhecimento sobre MD, conforme Relatos Escritos dos Participantes*

| Nível de conhecimento | F(%)       | Exemplos de relatos   |
|-----------------------|------------|---|
| Desconhece            | 45(65,2)   | <i>Não tenho conhecimento a respeito; Não consigo elaborar.</i>   |
| Não abrangeu          | 3(4,3)     | <i>Documento legal que faz valer as suas vontades em situação crítica ou de terminalidade; Que a autonomia do indivíduo em suas escolhas seja preservada.</i>   |
| Descrição precária    | 9 (13%)    | <i>Seria o repasse desse norteamto de cuidados para um responsável capaz, se possível, que tenha sido eleito pelo sujeito em questão; Tenho pouco conhecimento sobre. Até onde eu sei, trata-se da escolha de um procurador de saúde para tomar as decisões para si</i>   |
| Descrição suficiente  | 12 (17,3%) | <i>O paciente nomeia um terceiro nos casos em que o mesmo esteja impossibilitado de tomar decisão a respeito de quaisquer procedimentos relacionados aos cuidados paliativos; É a pessoa legalmente investida de direitos e poderes de decisão sobre a terapêutica de outrem em situações de fim de vida ou de tratamentos invasivos previamente apontados pelo adoecido, que na atual circunstância não pode ou não consegue verbalizar por sua própria vontade.</i> |

Em relação à análise de conhecimento sobre MD, a categoria com mais respostas entre os participantes foi o desconhecimento ( $n=45$ ; 65,2%). Três respostas dos participantes (4,3%) foram categorizadas em não abrangência. A categoria “descrição precária” foi a terceira mais frequente entre os profissionais, ( $n=9$ , 13%). A categoria descrição suficiente obteve a frequência de 17,3% ( $n=12$ ). Somadas as categorias de desconhecimento, não abrangência e descrição precária tem-se o quantitativo de 57 (79,5%).

## **Investigando Associações entre Nível de Conhecimento e outras Variáveis do Estudo**

Para proceder a análises de associação, ajustes foram implementados entre variáveis do estudo. Visando obter um panorama mais global do nível de conhecimento de cada participante sobre os quatro temas, foi adotada a estratégia de agregar a informação acerca desses conhecimentos em uma única variável. Os valores foram obtidos a partir da soma dos pontos que cada participante obteve, conforme suas respostas para PAC, DAV, TV e MD. Assim, quem desconhecia ou descreveu de forma insuficiente (não abrangeu) obteve zero ponto. Aquelas/es fizeram uma descrição precária receberam um ponto. Os que responderam na categoria de descrição suficiente receberam 2 pontos. Mediante a soma dos pontos obtidos nas respostas sobre PAC, DAV, TV e MD, os valores variaram de zero a oito para cada participante. Em seguida, três níveis de conhecimento foram definidos, com as seguintes distribuições da amostra: 0 ou 1 ponto, conhecimento nulo ( $n=23$ ; 33,3%); 2 a 4 pontos, conhecimento precário ( $n=26$ ; 37,7%); 5 a 8 pontos, conhecimento regular a bom ( $n=20$ ; 29,9%).

Ainda com o propósito de agregar a quantidade e diversidade da formação em nível de pós-graduação, foi dado a cada participante um ponto por curso informado, partindo-se da hipótese que a maior quantidade de cursos realizados poderia representar mais conhecimento sobre os temas em foco. Assim, a soma variou de zero (apenas graduação) até cinco pontos. Com base nos valores obtidos, observou-se a seguinte distribuição: 9 (13%) das/os psicólogas/os possuíam a graduação, 19(27,5%) possuíam um curso de pós-graduação, 26 (37,7%) dois cursos de pós-graduação e 15(21,7%) cursaram três ou mais atividades de pós-graduação.

O tempo desde a formatura também foi trabalhado. Essa variável contínua teve média igual a 11,16 anos ( $DP= 6,97$ ;  $Mdn=9$ ), variando de menos de um ano a 30 anos. Optou-se em

transformá-la em variável categórica em três faixas: menos de um ano a sete anos de formada/o ( $n=26$ , 37,7%), 8 a 15 anos ( $n=16$ ; 23,2%) e mais de 16 anos ( $n=16$ ; 23,2%).

Outro aspecto de interesse foi a inserção profissional em termos de local de atuação, dividindo a amostra em dois grupos: as/os profissionais que informaram ter atuação em UTI e/ou unidade de urgência/emergência (exclusivamente ou não) e as/os que referiram outras inserções nos serviços de saúde. A distribuição encontrada foi: 42(60,9%) em UTI e/ou unidade de urgência/emergência e 27 (39,1%) profissionais com outras inserções. Essa divisão foi escolhida pela hipótese de que a atuação em ambientes de UTI e de urgências propicia lidar mais com situações e quadros clínicos graves, sem perspectiva de cura, muitos com risco de morte, o que pode favorecer o conhecimento sobre conteúdos e procedimentos voltados para os objetos do estudo.

**Tabela 9**

*Associação entre Níveis de Conhecimento e as Variáveis Inserção Profissional, Formação em Pós-graduação e Tempo de Formado (N=69)*

| Variáveis                        | Conhecimento nulo |      | Conhecimento precário |      | Conhecimento regular ou bom |      | $\chi^2$ (df) |
|----------------------------------|-------------------|------|-----------------------|------|-----------------------------|------|---------------|
|                                  | N                 | %    | N                     | %    | n                           | %    |               |
| <b>Inserção profissional</b>     |                   |      |                       |      |                             |      |               |
| UTI e/ou serviços de urgência    | 16                | 38,1 | 11                    | 26,2 | 15                          | 35,7 | 6,7(2)*       |
| Outras inserções                 | 7                 | 25,9 | 15                    | 55,6 | 5                           | 18,5 |               |
| <b>Formação em pós-graduação</b> |                   |      |                       |      |                             |      |               |
| Graduação                        | 2                 | 22,2 | 3                     | 33,3 | 4                           | 44,4 | 4,8(6)        |
| Um curso de pós                  | 6                 | 31,6 | 9                     | 47,4 | 4                           | 21,1 |               |
| Dois cursos de pós               | 9                 | 34,6 | 11                    | 42,3 | 6                           | 23,1 |               |
| Três ou mais cursos de pós       | 6                 | 40,0 | 3                     | 20,0 | 6                           | 40,0 |               |
| <b>Tempo de formado</b>          |                   |      |                       |      |                             |      |               |
| Menos de um a 7 anos             | 7                 | 30,4 | 11                    | 42,3 | 8                           | 40,0 | 6,9(4)        |
| De 8 a 15 anos                   | 12                | 52,2 | 11                    | 42,3 | 4                           | 20,0 |               |
| 16 anos ou mais                  | 4                 | 17,4 | 4                     | 15,4 | 8                           | 40,0 |               |

Nota. \*  $p \leq 0,05$

A Tabela 9 apresenta as análises de qui quadrado que foram realizadas entre nível de conhecimento e as três variáveis de interesse. Evidenciou-se que inserção profissional diferenciou os grupos com base no nível de conhecimento, alcançando significância estatística ( $\chi^2= 6,7$ ;  $df=2$ ;  $p \leq 0,05$ ). A distribuição das três categorias de nível de conhecimento não se diferenciou de forma relevante quanto ao tempo de formado e formação em nível de pós-graduação.

Optou-se ainda por descrever o perfil de seis participantes que obtiveram em todas as temáticas descrição suficiente, totalizando 8 pontos, demonstrando melhor compreensão sobre PAC, DAV, TV e MD. Observou-se que o sexo feminino foi predominante (o que era esperado pelo grande número de mulheres na amostra), uma pessoa se formou em Goiás, as demais fizeram a graduação em cursos de psicologia do DF. Duas psicólogas possuíam título de especialista do CRP, uma tinha cursado residência, duas pessoas possuíam mestrado e uma tinha feito doutorado. Cinco participantes atuavam em serviço público e uma trabalhava em serviço de saúde privado. Cinco atuavam em hospital e uma no NASF (Estratégia Saúde da Família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF). Quanto à inserção na unidade de saúde, cinco trabalhavam em UTI e/ou urgência e emergência hospitalar, informação que vai ao encontro dos resultados quanto ao conhecimento em nível de regular a bom em maior frequência entre profissionais que atuavam nesses setores hospitalares. Essas são características do perfil das seis pessoas que reforçam o resultado: melhor conhecimento pela inserção profissional, em especial UTI e/ou urgência e emergência hospitalar.

## Capítulo 5

### Discussão

O estudo pesquisou o nível de conhecimento sobre PAC, DAV, TV e MD em amostra composta por psicólogas/os do Distrito Federal, com coleta de dados *online*. A amostra teve uma diversidade importante quanto ao tempo de formação, à inserção profissional, aos serviços onde atuavam (ainda que houvesse predomínio de hospitais como local de trabalho) e formação em nível de pós-graduação. Quanto ao gênero, já se esperava maior número de mulheres, aspecto característico da profissão, já evidenciado em outros estudos (Seidl et al., 2019).

Os resultados revelaram níveis diversificados quanto ao conhecimento dos participantes, mas foi possível identificar conhecimento restrito por parte das/os psicólogas/os em relação aos conceitos focalizados, fato que está em consonância com o caráter relativamente recente desses temas na assistência, não obstante a expansão desse conhecimento no Brasil (Bevilaqua et al., 2022). Destaca-se ainda que os resultados foram semelhantes aos de estudos com outras categorias de profissionais de saúde, das áreas de medicina e enfermagem (Guirro et al., 2022), revelando que ainda há muito desconhecimento sobre esses conceitos.

Constatou-se que entre um quarto até a metade das/os participantes relatou não ter tido contato com os temas PAC, DAV, TV e MD. Verificou-se, ainda, que houve maior desconhecimento sobre MD, com percentual elevado de pessoas que desconheciam ou fizeram descrição classificada como “não abrangência” deste conceito. Por outro lado, os participantes demonstraram conhecimento mais favorável para DAV, construto que parece estar mais difundido no âmbito da saúde, talvez pelo seu caráter prático e operacional.

É pertinente o debate sobre o papel da psicologia em equipes inter ou multidisciplinares acerca dos temas como PAC, DAV, TV e MD, visando a inclusão dessa profissão que preconiza a atenção para a subjetividade e a singularidade dos pacientes (CFP, 2019). A implementação

efetiva de procedimentos como PAC, DAV, TV e MD permite um olhar para além da doença. Trata-se de um chamamento para as equipas perceberem o paciente como um cidadão com direitos, necessidades e valores ímpares que merecem ser respeitados (Dadalto et al., 2018).

Os campos da bioética, do direito, das profissões de enfermagem e medicina são as áreas com maior desenvolvimento de estudos sobre DAV e temas correlatos. O estudo de Lima et al. (2022) apresentou uma revisão de literatura com 21 artigos sobre os temas DAV, autonomia e ortotanásia. O artigo apresenta a discussão sobre a insegurança entre os profissionais devido à ausência de regulamentações jurídicas que explicitem as regras para a elaboração de um modelo de DAV, por exemplo. Assim, há necessidade de elaboração de legislações para assegurar aos profissionais e à população a garantia de direitos. O projeto de lei que está em tramitação no Senado Federal (2018) pode ser um fato promissor nesse sentido.

Assim, destaca-se a provável influência da falta de legislação no desconhecimento sobre os temas de parte dos profissionais. Ainda que o desenvolvimento acadêmico possa fortalecer a expansão sobre esses temas em nível científico e prático/assistencial, se tem a expectativa de que uma legislação reduza a fragilidade e a insegurança relatada por profissionais de saúde (Cogo et al., 2013; Dadalto, 2013). É pertinente a discussão sobre a necessidade de legislação. Além disso, o desenvolvimento desses temas nos campos do Direito e da Bioética representam potencialidades para perspectivas futuras sobre essas temáticas. Nessa direção, Lima et al. (2022) assinalam que

A ausência de consenso no meio jurídico, por falta de regulamentações que explicitem

as regras para a elaboração de um modelo de diretivas de vontade, gera insegurança nos profissionais de saúde envolvidos, familiares e paciente. Para garantir esse direito, além da normatização jurídica, é necessário que os profissionais tenham pleno conhecimento do assunto, a fim de orientar e informar corretamente seus

pacientes. Não basta assegurar ao indivíduo o direito de manifestar sua vontade, é preciso ainda a certeza de que esta será cumprida. Há a necessidade de ampliar discussões acerca da temática, com ênfase na realidade brasileira (p. 769).

Identificou-se que a atuação profissional foi um contexto importante para a obtenção de conhecimentos sobre DAV e sobre TV, especialmente. Esse dado, obtido mediante a autopercepção dos participantes, foi ao encontro dos resultados que mostraram que trabalhar em UTI e/ou em serviços de urgência/emergência (exclusivamente ou também em outros setores) esteve mais associado a conhecimento de regular a bom, levando-se em conta os quatro conceitos unificados. Para além disso, o estudo mostra uma distância entre o que se aprende na academia e as exigências da atuação prática. O estudo revelou que a atuação profissional foi um contexto importante para obtenção de conhecimento, sinalizando que muitos profissionais parecem sair das faculdades sem conhecimento acerca de conceitos que serão exigidos e/ou só será oferecido a eles no exercício profissional.

A inserção profissional em espaços dos serviços de saúde, onde há casos com maior gravidade clínica, alguns sem possibilidades terapêuticas e em condição de terminalidade, parece propiciar maior contato e aprendizado sobre esses temas e conceitos. Assim, o presente estudo assinalou o papel da psicologia nessas temáticas, pois ela tem um lugar de destaque no processo de escuta, psicoeducação, mediação da comunicação entre integrantes da equipe de saúde, usuário e familiares e, obviamente, em intervenção psicológica (CFP, 2019; Seidl et al., 2019).

Na rotina do cuidado ao paciente, especificamente nos momentos de comunicação da equipe com o paciente e sua família, o psicólogo a partir da escuta clínica qualificada exerce papel de mediador da comunicação. Assim, com o intuito de promoção de autonomia, a presença do psicólogo pode trazer o olhar humanizado e atento às subjetividades do paciente em torno do seu adoecimento. Os demais integrantes da equipe, por sua vez, fornecem

estratégias específicas de cuidado dentro dos seus âmbitos de atuação. Dessa forma, ressalta-se a contribuição de toda a equipe no processo de apoio e acolhimento ao paciente.

A aplicabilidade de PAC e DAV na prática assistencial atravessa complexidades desde o entendimento dos profissionais sobre o tema, como também a fragilidade da educação em saúde de parte da população usuária, além da falta de legislação, o que dificulta o respaldo quanto à implementação. Dessa forma, apesar de serem entendidos como estratégias de fortalecimento do cuidado humanizado, valorização da autonomia e cuidado centrado no paciente, torna-se prudente visualizar a complexidade em torno da temática, sendo, portanto, ainda mais essencial o envolvimento tanto da equipe multidisciplinar, como dos pacientes e seus familiares. A contribuição de Detering e Silveira (2018), com o *guideline* para implementação de PAC e DAV, pode ser valiosa e de grande utilidade.

O presente estudo valorizou a discussão acerca da integralidade do cuidado e a consequente inserção da interdisciplinaridade e dos processos de humanização na atenção em saúde. No Brasil, há predomínio de estudos teóricos e, apenas recentemente, observa-se iniciativas de investigar o conhecimento das equipes que atuam na assistência (Cogo et al., 2021). Os artigos sobre PAC na literatura brasileira estão em fase mais inicial do que os estudos sobre DAV. Na presente dissertação, dois estudos sobre PAC foram identificados (Dias et al., 2022; Werneck-leite & Antunes, 2021). Conforme foi relatado, PAC é um processo de apoio de adultos para compartilhamento de valores e preferências em relação aos seus cuidados. Ao se incorporar PAC na assistência, há a oportunidade de inclusão ou não de DAV.

Merece destaque que não foram encontrados artigos científicos que investigassem o conhecimento de outra categoria profissional, além de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e acadêmicos de medicina ou de enfermagem sobre DAV e demais temas focalizados no estudo. Dessa forma, enfatiza-se a importância, tanto de pesquisas quanto da

introdução de conhecimentos sobre esses temas ainda na graduação, com intuito de, desde a formação inicial, preparar o profissional para a aplicação futura em sua atuação prática.

Os resultados apontam para a necessidade da ampliação de ferramentas de acesso ao conhecimento de tais temáticas por parte dos profissionais. Dessa forma, reitera-se a relevância desse objeto de pesquisa no que se refere à inserção da psicologia em temáticas pertinentes ao contexto de humanização em saúde. No que tange a estudos futuros, além de ampliar as categorias das equipes de saúde, se faz necessário ampliar a investigação do tema no contexto da assistência em âmbito nacional, considerando as especificidades culturais e regionais. Esse estudo se limitou ao Distrito Federal: sugere-se a ampliação para os demais Estados do Brasil.

Considera-se a quantidade de participantes da amostra como uma limitação do estudo. Apesar do período relativamente longo de dedicação para a coleta de dados, não foi possível obter maior participação de profissionais do DF. Outra limitação encontrada refere-se ao uso do questionário *online*, que embora seja uma ferramenta de grande expansão nas pesquisas acadêmicas, que favorece o acesso do público-alvo ao estudo e tem baixo custo, é restrito em termos de controle dos pesquisadores, podendo fragilizar a fidedignidade das respostas em pesquisas que avaliam o conhecimento sobre determinado tópico (Seidl & Queiroz, 2021).

Quanto a estudos futuros, sugere-se a investigação do papel e as atribuições da psicologia em PAC, DAV, TV e MD. Recomenda-se o desenvolvimento de trabalhos sobre o entendimento quanto a como contribuir para que as/os psicólogas/os fortaleçam a implementação de PAC, DAV, TV e MD na assistência. Contudo, diante da necessidade de ampliação do conhecimento, esse estudo significa um ponto de partida para a psicologia.

A inclusão da psicologia e das demais profissões da esfera da saúde em uma pesquisa nacional sobre PAC, DAV, TV e MD significa valorizar o sujeito de forma biopsicossocial, desde a elaboração de modelos norteadores do processo de humanização e do cuidado centrado

no paciente. Dessa forma, o presente estudo contribuiu para o fortalecimento do tema no Brasil e na ciência psicológica.

Nessa pesquisa foram evidenciados os aspectos conceituais de PAC, DAV, TV e MD. A respeito do que preconiza esses conceitos, a autonomia do paciente é primordial. Nesse entendimento, sendo PAC um processo de apoio, DAV as diretivas antecipadas, TV um testamento e MD uma intitulação, isso significa centralizar o cuidado no paciente. Em outras palavras, essas temáticas englobam comunicação, relação profissional de saúde-usuário-família e educação em saúde como fortes pilares (Jain & Bernacki, 2020). Essa postura requer implantação de guias norteadores, capacitação das equipes, compartilhamento dos aspectos conceituais e adequação à realidade cultural das populações.

Um aspecto importante a ser levado em consideração pelas instituições de saúde após a pandemia, se refere à dificuldade para se comunicar devido aos procedimentos de isolamento. Desse modo, PAC, DAV, TV e MD são recursos que auxiliam também nesses momentos, pois trata-se de comunicar suas vontades e desejos quando estiver com autonomia e capacidade de fazer por si. Quando alguém perde sua capacidade de consentimento, os desafios para atender aos seus valores e preferências de cuidado é enorme. Mas não por isso que deva ser negligenciado.

Essa dissertação reuniu ferramentas humanizadoras em saúde, PAC e DAV, instrumentos fortalecedores da expressão da subjetividade, da individualidade, a valorização da fala, da escuta, mecanismos de respeito, mesmo na incapacidade de comunicação. Além disso, valorizou conforme supracitado, a inserção da psicologia nessas temáticas.

## Capítulo 6

### Considerações Finais

Esta dissertação alcançou seu objetivo principal quanto a investigar o conhecimento de psicólogos do DF a respeito de PAC, DAV, TV e MD. A partir do método utilizado, constatou-se a necessidade da ampliação de contextos favorecedores de obtenção de conhecimento por parte dos profissionais. O fato da atuação profissional ter sido a experiência que mais oportunizou acesso aos temas é um indicador de que a necessidade de instrumentalização do conhecimento chega primeiro na assistência, em especial nos ações nos setores de urgência, emergência e unidades de terapia intensiva. Assim, a academia, ao ampliar os estudos sobre esses temas, contribui diretamente com essa demanda.

Esse estudo inseriu a psicologia nesse momento inicial da pesquisa brasileira sobre o tema, juntamente com os demais estudos que investigaram conhecimento de profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Além da investigação sobre o conhecimento dos profissionais de psicologia, a dissertação contribui com a profissão no sentido de refletir criticamente sobre o espaço que esta possui no cuidado integral e multi/interdisciplinar.

Os psicólogos da saúde, especialmente os que atuam em contextos hospitalares, se deparam com estratégias de cuidado centradas no paciente e com recursos que valorizam e respeitam a autonomia e a dignidade humana, em tratamentos a serem recebidos em momentos futuros. O papel da/o psicóloga/o da saúde no país torna-se parte fundamental no processo de implementação de PAC, DAV, TV e MD, pois a atuação psicológica junto ao paciente oportuniza a implementação da humanização, da integralidade e da qualidade da atenção.

Objetiva-se por meio de PAC e DAV estimular o processo de comunicação com os pacientes, visando otimizar a compreensão sobre seus processos de cuidado. Tem-se como perspectiva a continuidade da comunicação com os pacientes e/ou sua família. Assim, apoia-se

a iniciativa da equipe em proporcionar momentos para que o paciente e sua família entendam aspectos do seu adoecimento, tratamento e prognóstico. Dito de outro modo, PAC e DAV provocam uma postura na equipe de forma a oferecer condições técnicas, humanizadoras e éticas sobre os aspectos em torno do adoecimento do paciente, mas ao mesmo tempo compartilhando e explicando ao paciente sobre o que requer.

PAC e DAV são estratégias de cuidado que precisam ser visualizadas como processos contínuos na assistência. Desse modo, apesar de promoverem a autonomia do paciente, não excluem a necessidade de serem entendidos como diretrizes e protocolos passíveis de modificação, tendo em vista as vontades e solicitações do paciente. Há de se considerar que o paciente é um sujeito em processo de mudança, portanto, os seus valores e convicções são passíveis de serem modificados.

A inserção da psicologia nessas temáticas oportuniza um contexto de apoio ao desenvolvimento de diretrizes e protocolos humanizadores do cuidado centrado no paciente. Por isso, destaca-se a importância de estudos que valorizam o cuidado integral, a autonomia e a inclusão das esferas multidisciplinares de conhecimento.

## Referências

- Bevilaqua, T. F., (2022). Diretivas antecipadas de vontade: análise das tendências das produções científicas. *Research, Society and Development*, 11(6),1-11.  
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28663>
- Bielinska, A.-M., Archer, S., Obanobi, A., Soosipillai, G., Darzi, L. A., Riley, J., & Urch, C., (2021). Advance care planning in older hospitalised patients following an emergency admission: A mixed methods study. *Plos One*, 16(3), 1-14.  
<https://doi.org/10.1371/journal>
- Cassol, P. B., Quintana, A. M., & Velho, M. A., (2015). Diretiva antecipada de vontade: percepção de uma equipe de enfermagem da hemato-oncologia. *Journal of Nurse Health*, 5(1), 4-13. <https://doi.org/10.15210/jonah.v5i1.5497>
- Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – CPPAS (2017). *Diretriz para cuidados paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI: norteando as prioridades de cuidado*.  
<https://document.onl/documents/diretriz-para-cuidados-paliativos-em-pacientes-criticos>
- Conselho Federal de Medicina. (2012). Resolução CFM nº1.995/2012. *Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes*.  
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>.
- Conselho Federal de Enfermagem. (2017). Resolução COFEN Nº564/2017. *Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*.  
[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html).
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). Resolução CFP nº 010/05 de agosto de 2005. *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. CFP.

- Conselho Federal de Psicologia. (2019). Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas. *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS*. CFP.
- Costa, B. R. L (2018). Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *RIGS Revista Interdisciplinar de Gestão Social*, 7(1), 15-37.  
<https://doi.org/10.9771/23172428rigs.v7i1.24649>.
- Cogo, S. B., Lunardi, V. L., Quintana, A. M., Girardon-Perlini, N. M. O., & Silveira, R. S. (2016). Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEN*, 69(6),969-976. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0085>
- Cogo, S. B., Quintana, A. M., & Silva, R. (2017). Diretivas antecipadas: desejo dos profissionais da saúde e cuidadores familiares. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(1), 1–12, <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i1.16932>
- Cogo, S. B., Nietsche, E. A., Badke, M. R., Sehnem, G. D., Salbego, C., Ramos, T. K., Antunes, A. P., Ilha, A. G., & Malheiros, L.C.S. (2021). Diretivas antecipadas de vontade na assistência hospitalar: perspectiva de enfermeiros. *Revista Bioética*, 29(1), 139-147. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291454>
- Curtis, J. R., Kross, E. K., & Stapleton, R. D. (2020). A importância de abordar o planejamento de cuidados avançados e decisões sobre ordens de não reanimação durante o novo coronavírus 2019 (COVID-19). *JAMA*, 323(18), 1771-1772. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4894>.
- Dadalto, L. (2013). Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. *Revista Bioética*, 21(1), 106-112.
- Dadalto, L., Tupinambás, Unai, & Greco, D. B. (2013). Diretivas antecipadas de

vontade: um modelo brasileiro. *Revista Bioética*, 21(3), 463-476.

Dadalto, L. (2015). *Testamento vital*. Atlas.

Dadalto, L. (Org.). (2014). *Bioética e diretivas antecipadas de vontade*. Prisma.

Dadalto, L. (2022). *Testamento vital*. Foco.

Detering, K., & Silveira, M. J. (2018). Advance care planning and advance directives. *UpToDate*, 1-17.

<https://www.uptodate.com/contents/advance-care-planning-and-advance-directives>.

Dias, L. M., Bezerra, M. R., Barra, W. F., Nunes, & R., Rego., F. (2022) Planejamento antecipado de cuidados: guia prático. *Revista Bioética*, 30(3), 525-533.  
<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422022303546PT>

Fleuren, N., Depla, M. F. I. A., Janssen, D. J.A., Huisman, M., & Hertogh, C. M. P.H (2020). Underlying goals of advance care planning (ACP): a qualitative analysis of the literature. *BMC Palliative Care*, 19(27), 2-15. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0535-1>

Fusculim, A. R. B., Guirro, U. B. P., Souza, W., & Corradi-Perini, C. (2022). Diretivas antecipadas de vontade: amparo bioético às questões éticas em saúde. *Revista Bioética*, 30 (3), 589-597. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422022303552PT>

Guiro, U. B. P., Ferreira, F. S., Vinne, L. V. D., & Miranda, G. F. F. (2022). Conhecimento sobre diretivas antecipadas de vontade em hospital-escola. *Revista Bioética*, 30(1), 116-125. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422022301512PT>

Godinho, A. M., Leite, G. S., & Dadalto, L. (2017). *Tratado brasileiro sobre o direito fundamental a morte digna*. Almedina.

Gomes, B. M. M., Salomão, L. A., Simões, A. C. , Rebouças, B.O., Dadalto, L., & Barbosa, M. T. (2018); Diretivas antecipadas de vontade em geriatria.

*Revista Bioética*, 26(3), 429-439. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263263>

Haley, W. E., Larson, D. G., Kasl-Godley, J., Neimeyer, R. A., & Kwilosz, D. M. (2003). Roles for psychologists in end-of-life care: Emerging models of practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(6), 626-633. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.6.626>

Jain, N., & Bernacki, R. E. (2020). Goals of care conversations in serious illness: a practical guide. *Medical Clinics of North America*, 104(3), 375-389. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.12.001>

Johnson-Greene, D., Anderson, C. M., Adams, K. M., Buchtel, H. A., Miller, T., & Dehring, M. (1996). The psychologist's role in assessing and facilitating patients' knowledge of advance directives in medical settings: A preliminary investigation. *Journal of Clinical Psychology Medical Settings*, 3(2), 103-113. <https://doi.org/10.1007/BF01996131>

Killackey, T., Peter, E., Maciver, J., & Mohammed, S. (2020). Advance care planning with chronically ill patients: A relational autonomy approach. *Nursing Ethics*, 27(2), 360-371. <https://doi.org/10.1177/0969733019848031>

Lei Federal nº 12.842, de 10 de junho de 2013. (2013). *Dispõe sobre o Exercício da Medicina*. Presidência da República, Brasil.

Leite, C. D. S. W., & Fernandes, C.A (2021). Desfechos do Planejamento Antecipado de Cuidado e Diretivas Antecipadas em Unidade de Terapia Intensiva: Revisão Integrativa. *Rev. SBPH*, (24) 1, 28 - 38.

Lima, J. S., Lima, J. G. S. R., Lima, S. I. S. R., Alves, H. K. L., & Rodrigues, W. F. (2022). Diretivas Antecipadas de Vontade: autonomia do paciente e segurança profissional. *Revista Bioética* 30(4), 769-797. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304568ES>

- McMahan, R. D., Tellez, I., & Sudore, R. L. (2020). Deconstructing the complexities of advance care planning outcomes: What do we know and where do we go? A Scoping review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(1), 234-244. <https://doi.org/10.1111/jgs.16801>
- Milani, L. B., & Milani, I. C. B. (2022). O papel do psicólogo nos cuidados paliativos no Brasil. In F. A. de Almeida (Ed.), *Cuidados paliativos: práticas, teorias e análises* (pp. 37 a 48). Editora Científica Digital.
- Moreira, M. A. D. M., Costa, S. F. G., Cunha, M. L. D. M., Zaccara, A. A. L., Negro-Dellacqua, M., & Dutra, F. (2017). Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais. *Revista Bioética*, 25(1), 168-178. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017251178>.
- Nash, P., Nguyen, A., Egbert, A., Brennan-Ing, M., & Karpiak S. (2021). Failing to plan is planning to fail: Utilization of advance care directives in older adults living with HIV. *Innovation in Aging Oxford Academic* 5(1), 219. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab046.845>
- Rossini, R. C., Oliveira, V., & Fumis, R. (2013). Testamento vital: sua importância é desconhecida entre os profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Medicina*, 70(1), 4-8.
- Santana, S. C. G., & Câmara, D. B. (2022). Percepção e expectativas de pacientes com câncer acerca das diretivas antecipadas de vontade. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 68(1), 1-40. <https://doi.org/10.32635/2176>
- Santos, T. O., Alves, R. S., Lima, M.A.C., Oliveira, H. F. (2021). Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. *Revista de Psicologia*, 15(55), 159-168. <https://doi.org/10.14295/online.v13i47.2089>

- Seidl, E. M. F., & Queiroz, E. (2021). Uso da internet em pesquisas científicas: características, vantagens e desafios. In E. M. F. S. Seidl, E. Queiroz, F. Iglesias & M. Neubern (Eds.), *Estratégias metodológicas de pesquisa em psicologia clínica: possibilidades e avanços* (pp. 151-169). CRV.
- Seidl, E. M. F., Duarte, S. C. S., Magalhães, D. B., & Costa, M. V. (2019). Perfil e práticas profissionais de psicólogos da saúde do Distrito Federal. *Temas em Psicologia, 2*(1), 249-264. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2019.1-18>.
- Senado Federal. (2018). *Projeto de Lei do Senado nº 267*. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade acerca de cuidados médicos a serem submetidos os pacientes nas situações especificadas. Congresso Nacional.
- Silva, J. A. C., Souza, L. E. A., Costa, J. L. F., & Miranda, H. C. (2015). Conhecimento de estudantes de medicina sobre o testamento vital. *Revista Bioética, 23*(3), 563-571. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015233093>
- Silva, M. G., Pereira, A. C. T., Dauzacker, R. A. R., Fonseca, W., Bernal, J., Santos, V.S., Garcia, E. A. M., Luzi, S. L., Souza, N. D. B., & Cabral, M.C.C.A (2022). Acolhimento multiprofissional em unidade de cuidados intermediários. *Revista Multidisciplinar em Saúde, 3*(2), 1-8.
- Stolz, C., Gehlen, G., Bonamigo, E. L., & Bortoluzzi, M. C. (2011). Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia. *Revista Bioética, 19*(3), 883-845.
- Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilast, S. Z., Matlock, D. D., Rietjens, J. A. C., Korfage, I. J., Ritchie, C. S., Kutner, J. S., Teno, J. M., Thomas, J., McMahan, R. D., & Heyland, D. K. (2017). Defining advance care planning for adults: A consensus definition from a

- multidisciplinary Delphi Panel. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(5), 821-832, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331>
- Teixeira, A. C. B., Burlá, C., & Ribeiro, D. M. C. (2013). *Dos hospitais aos tribunais*. Del Rey.
- Teixeira, P. T. F. (2022). A psicologia da saúde e hospitalar: reflexões sobre a inserção profissional no hospital um estudo integrativo. *Brazilian Journal of Development*, 8(2), 8601-8615. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-013>
- Wang, Y., Zhang, Y., Hong, Y., Zeng, P., Hu, Z., Xu, x., Wang, H. (2021). Advance directives and end-of-life care: knowledge and preferences of patients with brain tumours from Anhui, China. *BMC Cancer*, 21(25),1-10. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07775-4>

ANEXO 1  
INSTRUMENTO DE PESQUISA

# Questionário sobre Planejamento Antecipado de Cuidados com ou sem Diretivas Antecipadas de Vontade

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP  
PROGRAMA DE PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA PPG-PsiCC

Convidamos você, psicólogo da saúde/hospitalar, a se voluntariar a responder esse questionário e contribuir com essa pesquisa.

\*Este questionário faz parte de dissertação de Mestrado do Programa de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB) sobre "Atuação da Psicologia no Planejamento Antecipado de Cuidados com ou sem Diretivas Antecipadas de Vontade" de responsabilidade de Cibele Dayana de Souza, sob orientação da Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl.\*

A seguir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Meus sinceros agradecimentos por sua disponibilidade.

CIBELE DAYANA DE SOUZA

Psicóloga CRP 01/19403

Residência pelo Programa Multiprofissional em Terapia Intensiva da ESCS/DF e SES/DF  
Mestranda em Psicologia Clínica e Cultura (Universidade de Brasília - UNB)

**\*Obrigatório**

TERMO DE  
CONSENTIMENTO  
LIVRE E  
ESCLARECIDO  
(TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo denominado "Atuação da Psicologia no Planejamento Antecipado de Cuidados com ou sem Diretivas Antecipadas de Vontade" que tem por objetivo identificar condutas e procedimentos de intervenção do psicólogo no planejamento antecipado de cuidados.

Está garantido o sigilo de todas as informações que serão fornecidas, bem como o seu anonimato. Por ser um estudo com coleta online, não há assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como nos estudos com coleta presencial, por isso considera-se que a pessoa consente em participar clicando em "continuar" no site específico da pesquisa. Esclareço que a qualquer momento, você poderá encerrar sua participação, sem penalização alguma. O tempo previsto de resposta ao questionário é de 15 minutos.

Esclarecemos, ainda, que sua participação deve ser espontânea e que não há pagamentos previstos por participar do estudo. A guarda dos dados coletados na pesquisa é de responsabilidade da pesquisadora. Sua participação na pesquisa implica em riscos a níveis mínimos advindos do tema da finitude. Ainda assim, diante de qualquer razão que o(a) leve a interromper sua participação, não haverá ônus ou questionamentos a respeito das razões para tal.

Os participantes que se mostrarem psicologicamente vulneráveis poderão contatar a equipe da pesquisa por email ou celular. Nesses casos, poderão ser encaminhados a serviços de atendimento psicológico oferecidos de forma online, não presencial. Se você sentir constrangimento em relação a qualquer pergunta realizada, você pode buscar a pesquisadora para uma conversa a esse respeito.

Qualquer informação complementar sobre a pesquisa pode ser respondida por mim no telefone (61-99937-8883) ou, ainda, pelo endereço eletrônico: [cibeledayana@gmail.com](mailto:cibeledayana@gmail.com). Outros esclarecimentos sobre a pesquisa podem ser fornecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da UnB, no email [cep\\_chs@unb.br](mailto:cep_chs@unb.br) ou no telefone (61)3107-1592, que aprovou o presente projeto. Na certeza de contar com sua participação, agradecemos antecipadamente sua valiosa colaboração nesse trabalho.

Sua participação consiste em responder a um questionário pela internet, disponibilizado em encontro

virtual pelo aplicativo google meet com a pesquisadora. A reunião será agendada previamente após seu consentimento. Solicitamos a conexão da câmera e do áudio do seu aparelho durante a resposta do questionário.

1. Selecione uma das opções de resposta abaixo em relação ao seu consentimento em participar da pesquisa: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Aceito participar da pesquisa.
- Não aceito participar da pesquisa.

Dados  
Sociodemográficos

Por favor, preencha abaixo algumas informações sobre você.

2. Qual o seu gênero: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não dizer
- Outro: \_\_\_\_\_

3. Em que ano terminou o curso de graduação em psicologia? (Informar somente números) \*

\_\_\_\_\_

4. Você fez o curso de graduação em instituição de ensino superior pública ou privada? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Pública

Privada

5. Seu curso de graduação foi em uma instituição de ensino do DF ou de outro estado do país? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Distrito Federal

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

6. Você possui título de Especialista em Psicologia Hospitalar conferido por Conselho Regional de Psicologia? Em qual ano? \*

---

---

---

---

---

7. Selecione sua formação em nível de pós graduação lato sensu em Psicologia da Saúde/Hospitalar (Mais de uma alternativa de respostas são aceitas) \*

*Marque todas que se aplicam.*

|  | Possuo                   | Não possuo               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>Especialização (mais de 360 hs)</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Residência</b>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Selecione sua formação em nível de pós graduação stricto sensu (Mais de uma alternativa de respostas são aceitas) \*

*Marque todas que se aplicam.*

|                  | Possuo                   | Não<br>posso             |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Mestrado</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Doutorado</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Qual a sua inserção profissional atual ? (Mais de uma alternativa de respostas são aceitas) \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Serviço de Saúde Público (Assistência)
- Serviço de Saúde Privado (Assistência)
- Instituição de Ensino (Docência)
- Instituição de Pesquisa
- Atuação como autônomo
- Não atuo em serviço de saúde no momento
- Centro de Atenção Psicossocial
- Outro: \_\_\_\_\_

10. Qual a modalidade de serviço de saúde onde trabalha atualmente? (Mais de uma alternativa de respostas são aceitas) \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Hospital
- Unidade Básica de Saúde
- Estratégia Saúde da Família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF
- Ambulatório especializado
- Não atuo em serviço de saúde no momento
- Outro: \_\_\_\_\_

11. Na unidade de saúde em que trabalha, indique onde você atua (Mais de uma alternativa de respostas são aceitas) \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Ambulatório
- Enfermaria
- Pronto-socorro/serviço de urgência
- Unidade de Terapia Intensiva-UTI/CTI
- Equipe da Estratégia Saúde da Família-ESF
- Unidade Básica de Saúde
- Outro: \_\_\_\_\_

Solicitamos que preencha com as informações que você possui a respeito dos assuntos abaixo. Lembramos que não há exigência de resposta certa ou errada para nenhuma das questões, apenas queremos saber seu conhecimento sobre os temas.

12. Selecione a opção que mais se adequa a você (Selecione uma opção em cada coluna):

*Marque todas que se aplicam.*

|   | Planejamento Antecipado de Cuidados | Diretivas Antecipadas de Vontade |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Ainda não tive contato com o tema.</b>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         |
| <b>Já ouvi sobre o tema, mas não sei ao certo o que significa.</b>                                    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         |
| <b>Obtive conhecimento sobre o tema na faculdade</b>  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         |
| <b>Obtive conhecimento sobre o tema na especialização</b>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         |
| <b>Obtive conhecimento sobre o tema no mestrado/doutorado</b>   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         |
| <b>Obtive conhecimento sobre o tema em minha atuação profissional</b>                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         |
| <b>Obtive conhecimento sobre o tema por meio das redes sociais, jornais ou outras fontes de mídia</b> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>         |

13. Selecione a opção que mais se adequa a você (Selecione uma opção em cada coluna):

*Marque todas que se aplicam.*

|   | Testamento<br>Vital      | Mandato<br>Duradouro     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Ainda não tive contato com o tema.</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Já ouvi sobre o tema, mas não sei ao certo o que significa.</b>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Obtive conhecimento sobre o tema na faculdade</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Obtive conhecimento sobre o tema na especialização</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Obtive conhecimento sobre o tema no mestrado/doutorado</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Obtive conhecimento sobre o tema em minha atuação profissional</b>                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Obtive conhecimento sobre o tema por meio das redes sociais, jornais ou outras fontes de mídia</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Descreva o que você entende/conhece sobre Planejamento Antecipado de Cuidados em Saúde? \*

---

---

---

---

---

15. Descreva o que você entende/conhece sobre Diretivas Antecipadas de Vontade? \*

---

---

---

---

---

16. Descreva o que você entende/conhece sobre Testamento Vital? \*

---

---

---

---

---

17. Descreva o que você entende/conhece sobre Mandato Duradouro ? \*

---

---

---

---

---

18. Haverá uma segunda fase de entrevista online com os participantes. Caso você deseje contribuir, por favor nos informe o seu email e/ ou telefone para contato:

---

---

---

---

---

19. Você gostaria de fazer algum comentário ou disponibilizar alguma informação adicional que possa ser útil para essa pesquisa?

---

---

---

---

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

**Google** Formulários

## ANEXO 2

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo denominado "Atuação da Psicologia no Planejamento Antecipado de Cuidados com ou sem Diretivas Antecipadas de Vontade" que tem por objetivo identificar condutas e procedimentos de intervenção do psicólogo no planejamento antecipado de cuidados.

Está garantido o sigilo de todas as informações que serão fornecidas, bem como o seu anonimato. Por ser um estudo com coleta online, não há assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como nos estudos com coleta presencial, por isso considera-se que a pessoa consente em participar clicando em "continuar" no site específico da pesquisa. Esclareço que a qualquer momento, você poderá encerrar sua participação, sem penalização alguma. O tempo previsto de resposta ao questionário é de 15 minutos.

Esclarecemos, ainda, que sua participação deve ser espontânea e que não há pagamentos previstos por participar do estudo. A guarda dos dados coletados na pesquisa é de responsabilidade da pesquisadora. Sua participação na pesquisa implica em riscos a níveis mínimos advindos do tema da finitude. Ainda assim, diante de qualquer razão que o(a) leve a interromper sua participação, não haverá ônus ou questionamentos a respeito das razões para tal.

Os participantes que se mostrarem psicologicamente vulneráveis poderão contatar a equipe da pesquisa por email ou celular. Nesses casos, poderão ser encaminhados a serviços de atendimento psicológico oferecidos de forma online, não presencial. Se você sentir constrangimento em relação a qualquer pergunta realizada, você pode buscar a pesquisadora para uma conversa a esse respeito.

Qualquer informação complementar sobre a pesquisa pode ser respondida por mim no telefone (61-99937-8883) ou, ainda, pelo endereço eletrônico: cibeledayana@gmail.com. Outros esclarecimentos sobre a pesquisa podem ser fornecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da UnB, no email cep\_chs@unb.br ou no telefone (61)3107-1592, que aprovou o presente projeto. Na certeza de contar com sua participação, agradecemos antecipadamente sua valiosa colaboração nesse trabalho.

Sua participação consiste em responder a um questionário pela internet, disponibilizado em encontro virtual pelo aplicativo google meet com a pesquisadora. A reunião será agendada previamente após seu consentimento. Solicitamos a conexão da câmera e do áudio do seu aparelho durante a resposta do questionário.

**Selecione uma das opções de resposta abaixo em relação ao seu consentimento em participar da pesquisa:**

- Aceito participar da pesquisa.**
- Não aceito participar da pesquisa.**

INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NO PLANEJAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS COM OU SEM DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

**Pesquisador:** CIBELE DAYANA DE SOUZA WERNECK LEITE

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51593821.3.0000.5540

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia - UNB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.994.713

**Apresentação do Projeto:**

Desenho da Pesquisa de Mestrado vinculada ao Instituto de Psicologia - IP-UnB

Pesquisa de levantamento, descritiva, transversal, com abordagem mista (quanti e qualitativa).

**Resumo:**

Este projeto justifica-se a partir da necessidade de aprofundar a investigação sobre a prática profissional do psicólogo nas estratégias e ferramentas de humanização do cuidado, como o Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC) e as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) em unidades de atenção a saúde, onde a adoção de uma atuação humanizada, centrada no paciente e em sua família, converge com as necessidades sociais, psicológicas, emocionais e espirituais.

**Hipótese:**

Há desconhecimento do papel do profissional de psicologia quanto ao PAC e DAV, inserido em equipes multidisciplinares responsáveis pela assistência ao paciente.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Identificar condutas e procedimentos de intervenção do psicólogo para atuação em PAC, com ou sem DAV, com base na percepção de psicólogos da saúde do Distrito Federal.

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

Continuação do Parecer: 4.994.713

**Objetivo Secundário:**

- 1- Identificar se psicólogos da saúde do Distrito Federal conhecem PAC e DAV.
- 2- Apontar possíveis atribuições e competências do psicólogo no contexto de PAC e DAV.
- 3- Identificar as possíveis facilidades e dificuldades para a atuação psicológica em PAC e DAV, na percepção dos participantes.
- 4- Investigar os limites do papel do psicólogo em PAC e DAV no âmbito da equipe multidisciplinar

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Texto informado pela pesquisadora:

**Riscos:**

A análise de riscos para os participantes avaliou possibilidades de reações psicológicas adversas a níveis mínimos advindos do tema sobre morte, finitude, PAC, DAV, TV e MD. Nesse sentido, nos casos em que houver mobilização emocional por parte do psicólogo, a coleta deverá ser interrompida imediatamente e será ofertado suporte emocional pela pesquisadora. Além disso, o participante poderá ser encaminhado para psicoterapia nas redes de acolhimento do DF.

**Benefícios:**

Entre os benefícios decorrentes da participação na pesquisa pode-se elencar: contribuir para maior compreensão a respeito do cuidado de pacientes com necessidades específicas e de grandes desafios; fornecer recursos teóricos para a atuação da psicologia nas equipes multiprofissionais de cuidado ao paciente com prognóstico de irreversibilidade de sua condição de saúde, doença crônica e cuidados paliativos. Um benefício de ordem social se refere à contribuição com a ciência brasileira sobre esse tema de alta relevância e de imensos desafios.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A coleta de dados será realizada por meio de duas fases. Será utilizado um questionário elaborado para o estudo com foco em atingir o primeiro objetivo específico da pesquisa. Para atingir os demais objetivos do trabalho será realizada entrevista por meio virtual com os participantes que obtiverem pelo menos 50% de respostas do questionário da primeira fase e que manifestaram livremente no preenchimento do instrumento 1 o desejo em participar da segunda fase da pesquisa. A pesquisa obedecerá aos princípios éticos para pesquisa com seres humanos, com garantia de liberdade, autonomia, respeito aos valores individuais, confidencialidade, privacidade e

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

Continuação do Parecer: 4.994.713

compromisso. A análise descritiva dos dados quantitativos será realizada mediante o programa estatístico SPSS (versão 22.0) e para os dados qualitativos será utilizada estratégia de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011)

**Critério de Inclusão:**

Psicólogos com CRP ativo; tempo de atuação mínima de seis meses; que estejam em unidades hospitalares com entrada de pacientes sem perspectivas curativas, crônicas e/ou em cuidados paliativos; unidade básica de saúde, estratégia saúde da família ou ambulatório especializado; psicólogos pesquisadores em saúde; psicólogos docentes em saúde.

**Critério de Exclusão:**

Os critérios de exclusão são psicólogos com CRP inativo, tempo de atuação menor que seis meses no ambiente de saúde; estagiários de psicologia, estudantes.

Participantes da pesquisa serão 100 psicólogos que atuam no DF.

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

- TCLE - adequado para as etapas;
- Instrumento de coleta de dados adequado;
- Justificativa para não apresentação de aceite Institucional adequado visto que o instrumental avalia apenas o perfil profissional e não expõe a riscos perante seu empregador;
- Cronograma adequado;
- Carta de revisão ética adequada;

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

Nenhuma pendência ou inadequação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

| Tipo Documento                 | Arquivo                                       | Postagem               | Autor | Situação |
|--------------------------------|---|------------------------|-------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1818813.pdf | 03/09/2021<br>14:28:39 |       | Aceito   |

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB**



Continuação do Parecer: 4.994.713

|   |   |                        |  |        |
|---|---|------------------------|--|--------|
| Outros  | Cronograma.pdf                                      | 03/09/2021<br>11:02:28 | CIBELE DAYANA DE<br>SOUZA WERNECK<br>LEITE | Aceito |
| Outros  | CartaRevisaoEtica.pdf                               | 03/09/2021<br>10:50:00 | CIBELE DAYANA DE<br>SOUZA WERNECK<br>LEITE | Aceito |
| Outros  | curriculolattesElianeSeidl.pdf                      | 03/09/2021<br>10:32:59 | CIBELE DAYANA DE<br>SOUZA WERNECK<br>LEITE | Aceito |
| Outros  | curriculolattesCibele.pdf                           | 03/09/2021<br>10:31:09 | CIBELE DAYANA DE<br>SOUZA WERNECK<br>LEITE | Aceito |
| Outros  | Instrumento2_coletadedados.pdf                      | 03/09/2021<br>10:27:25 | CIBELE DAYANA DE<br>SOUZA WERNECK<br>LEITE | Aceito |
| Outros  | Instrumento1_coletadedados.pdf                      | 03/09/2021<br>10:25:22 | CIBELE DAYANA DE<br>SOUZA WERNECK<br>LEITE | Aceito |
| Outros  | Carta_de_encaminhamento.pdf                         | 03/09/2021<br>10:21:57 | CIBELE DAYANA DE<br>SOUZA WERNECK<br>LEITE | Aceito |
| Outros  | Justificativa_aceiteinstitucional.pdf               | 03/09/2021<br>10:18:01 | CIBELE DAYANA DE<br>SOUZA WERNECK<br>LEITE | Aceito |
| Folha de Rosto  | folhaDeRosto.pdf                                    | 03/09/2021<br>10:12:52 | CIBELE DAYANA DE<br>SOUZA WERNECK<br>LEITE | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Coleta_fase2.pdf                               | 02/09/2021<br>21:08:55 | CIBELE DAYANA DE<br>SOUZA WERNECK<br>LEITE | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_coleta_fase1.pdf                               | 02/09/2021<br>21:08:30 | CIBELE DAYANA DE<br>SOUZA WERNECK<br>LEITE | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | ProjetodePesquisa_Cibele_orientadoraElianeSeidl.pdf | 02/09/2021<br>21:06:21 | CIBELE DAYANA DE<br>SOUZA WERNECK<br>LEITE | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB



Continuação do Parecer: 4.994.713

BRASILIA, 24 de Setembro de 2021

---

**Assinado por:**  
**MARCIO CAMARGO CUNHA FILHO**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br