

Autonomia do paciente diante das diretivas antecipadas de vontade: os desafios da enfermagem

Patient autonomy in advance of the anticipated directives of will: the challenges of nursing

Josué França da Silva¹ • Leidy Andréia da Costa Sousa² • Mariana Rodrigues da Silva de Menezes³
Maria Luiza Rêgo Bezerra⁴ • Aline Isabella Saraiva Costa de Souza Abreu⁵

RESUMO

Objetivo: abordar sobre os limites éticos e legais da Enfermagem diante das Diretivas Antecipadas de Vontade estabelecidas por um paciente terminal. **Método:** Revisão integrativa. Foram utilizadas para a pesquisa de artigos as fontes de dados BDEF e LILACS, indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), por meio dos descritores “Diretivas Antecipadas; Autonomia pessoal; e Enfermagem Resultados: Foram arrolados treze artigos, com publicação entre 2013 e julho de 2018; disponíveis e completos; nas bases de dados selecionadas, em língua portuguesa e diretamente relacionados ao tema. Na discussão foram apresentadas as possíveis barreiras legais e de saúde para o respeito à autonomia do paciente terminal; e no terceiro, os dilemas enfrentados pela enfermagem diante das DAV. **Conclusão:** Ressalta-se a relevância da multiplicação dos conceitos e práticas referentes às Diretivas Antecipadas de Vontade aos enfermeiros a fim de sua implementação longe de receios, ao mesmo tempo que dispensam cuidados humanizados ao paciente terminal.

Descritores: Diretivas Antecipadas. Autonomia pessoal. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To address the ethical and legal limits of nursing in relation to the anticipated policies of will established by a terminal patient. **Method:** Integrative Review. The BDEF and LILACS data sources indexed in the Virtual Health Library (VHL) were used for the research of articles, using the descriptors “early directives; Personal autonomy; and nursing results: Thirteen articles were enrolled, with publication between 2013 and July 2018; Available and complete; In the selected databases, in Portuguese and directly related to the topic. In the discussion, the possible legal and health barriers were presented to respect the autonomy of the terminal patient; And in the third, the dilemmas faced by nursing in the face of the DAV. **Conclusion:** It is noteworthy the relevance of the multiplication of concepts and practices related to the anticipated directives of will to nurses in order to implement them far from fears, while dispensing humanized care to the terminal patient.

Descriptors: Preempted directives. Personal autonomy. Nursing.

NOTA

¹Enfermeiro. Centro Universitário UDF, Brasília-DF, Brasil.

²Enfermeira. Centro Universitário UDF, Brasília-DF, Brasil.

³Mestre em saúde. Enfermeira. Docente do Centro Universitário do Distrito Federal - UDF, Brasília-DF.

⁴Mestre em Enfermagem (UnB). Enfermeira. Professora Adjunto/Profissional III da Universidade Paulista (UNIP), campus Brasília, Brasília-DF.

⁵Doutora em Psicologia Clínica. Enfermeira. Docente do Centro Universitário do Distrito Federal - UDF. Orientadora.



INTRODUÇÃO

A vida e a morte constituem, na atualidade, um amplo campo de pesquisas que têm chamado a atenção de cientistas de várias áreas. Podem abranger questões jurídicas, mas que passam pelo avanço da ciência e da técnica, presente nos hospitais, cuja força transformadora afeta a ética da qualidade da vida humana. As tecnologias podem prolongar a vida de um paciente com doença terminal e, diante dessa situação, ele pode decidir por antecipar suas vontades, em relação a diversos assuntos, antes que entre em fase de lucidez parcial ou inconsciência total, exercendo sua autonomia⁽¹⁾.

A terminalidade refere-se ao estado do paciente que se encontra na etapa final de uma doença grave e incurável, restando-lhe apenas os elementos biológicos, apoiados em suporte de vida artificial permanente. Antevendo essa situação, a pessoa tem o direito de exercer sua dignidade e autonomia, sendo esta última considerada juridicamente como a competência para agir de forma independente, no exercício de direitos garantidos constitucionalmente e ter sua vontade respeitada na maior medida possível⁽²⁾.

Porém, os processos de decisão pelos quais os pacientes terminais precisam passar também afetam os profissionais de saúde, na medida em que podem incluir a realização ou não de procedimentos relacionados à continuidade da vida. A legislação garante ao paciente nessas condições, no caso do Brasil, a tomada de algumas decisões, mas, por outro lado, a área de saúde se vê diante de conflitos éticos, no cumprimento da sua vontade⁽³⁾.

A vontade do paciente terminal pode ser manifestada por meio de dois documentos, o testamento vital (*living will*) e o mandato duradouro. O primeiro, começou a ser aplicado nos Estados Unidos, em 1969 e permite ao paciente recusar tratamento médico que tenha o objetivo de prolongar a vida, de forma artificial. Foi aprovado oficialmente em 1991, com o nome de *Patient Self-Determination Act*. Já o mandato duradouro permite ao paciente escolher a pessoa que irá tomar decisões médicas em seu nome, quando ele não mais puder fazê-lo⁽⁴⁻⁵⁾.

Diversos países, como Estados Unidos e Espanha, já aprovaram leis que permitem ao paciente ou seus familiares o desligamento de aparelhos que mantenham artificialmente a vida ou recusarem tratamentos inócuos. No Brasil, entretanto, a situação é diversa e a terminalidade da vida pode causar conflitos éticos no ambiente hospitalar, envolvendo ainda fatores legais, culturais e religiosos. O profissional de saúde que mais sofre desgastes diante desses conflitos é o enfermeiro, visto que está mais próximo do paciente e seus familiares. Essa situação levou a que o *living will* fosse o ponto de partida para o estabelecimento das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). Elas são um “registro documental no qual o indivíduo manifesta quais os procedimentos a que gostaria ou não de ser submetido e determinadas circunstâncias, expondo seu posicionamento sobre procedimentos futuros”. Dessa forma o paciente terminal pode exercer sua vontade e autonomia antes que não tenham mais condições para decidir sobre o seu tratamento⁽⁶⁻⁷⁾.

As DAV foram originadas em 1967, com a proposição da Sociedade Americana para o Direito de Eutanásia de que os pacientes que decidissem morrer tivessem o direito de fazer algumas escolhas. Em 1969, um advogado norte americano, chamado Luis Kutner passou a defender esses direitos. Sua proposta era a elaboração de um Testamento Vital (*Living Will*), que deu margem ao surgimento das DAV, um documento por

meio do qual a pessoa estabelece quais tratamentos médicos devem ou não serem feitos diante de uma doença terminal e quem deve decidir por ele, exercitando sua autonomia enquanto está plenamente consciente. O objetivo é evitar conflitos entre a família e a equipe de saúde quando não mais puder decidir⁽⁸⁾.

Para fazer frente a essa situação, nos Estados Unidos foi aprovado em 1991, pelo Congresso, o *Patient Self Determination Act* (PSDA), que determinou aos hospitais e instituições de longa permanência a elaboração de diretrizes escritas sobre a terminalidade e a educação dos profissionais para a sua compreensão e cumprimento. O documento foi bem aceito pela sociedade e no meio médico. Os benefícios seriam o respeito à autonomia do paciente; fim das imposições médicas; facilidade para a tomada de decisões; e diminuição dos custos da assistência de saúde⁽⁹⁾.

No Brasil, para fazer frente à polêmica e intensos debates sobre esse assunto, em 31 de agosto de 2012 o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a Resolução nº 1.995, que reconhece a vontade do paciente diante de tratamentos médicos e o direito de designar alguém para cuidar desse assunto se estiver impossibilitado. Quando se tratar de criança, os pais ou responsáveis legais podem tomar as decisões que couberem ao caso⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Mesmo antes do documento do CFM, as DAV já eram providenciadas por muitos pacientes. Entre 2009 e 2014 foram registrados 314 Testamentos Vitais em São Paulo, 86 em Mato Grosso e 53 no Rio Grande do Sul, representando aumento de cerca de 2000% em relação ao período anterior. Mas, ainda que esse documento tenha sido registrado, ainda é grande o número de casos em que a equipe de saúde atende à vontade dos familiares, em vez da vontade do paciente, por medo de sofrer processos na Justiça⁽¹²⁾.

No que se refere ao cenário internacional, nos países como Estados Unidos, Argentina, Portugal, Espanha, Inglaterra, México, Uruguai, Porto Rico, dentre outros, já contam com legislação específica sobre a elaboração e validade das DAV, que é bem aceita por suas respectivas populações. Isso, no entanto, não eliminou completamente os conflitos entre equipe de saúde e familiares, mas trouxe melhorias substanciais para a autoestima dos pacientes terminais e sua relação com os médicos, principalmente^(13;4).

É preciso também levar em conta que existem diferenças culturais entre os diversos países que adotam as DAV legalmente, que influenciam nos processos de tomada de decisões^(3;14).

Contudo, esse documento não tem força de lei e na prática os conflitos entre os familiares e a equipe de saúde continuam acontecendo, visto que as DAV não são muito bem conhecidas pelos hospitais brasileiros⁽⁴⁾.

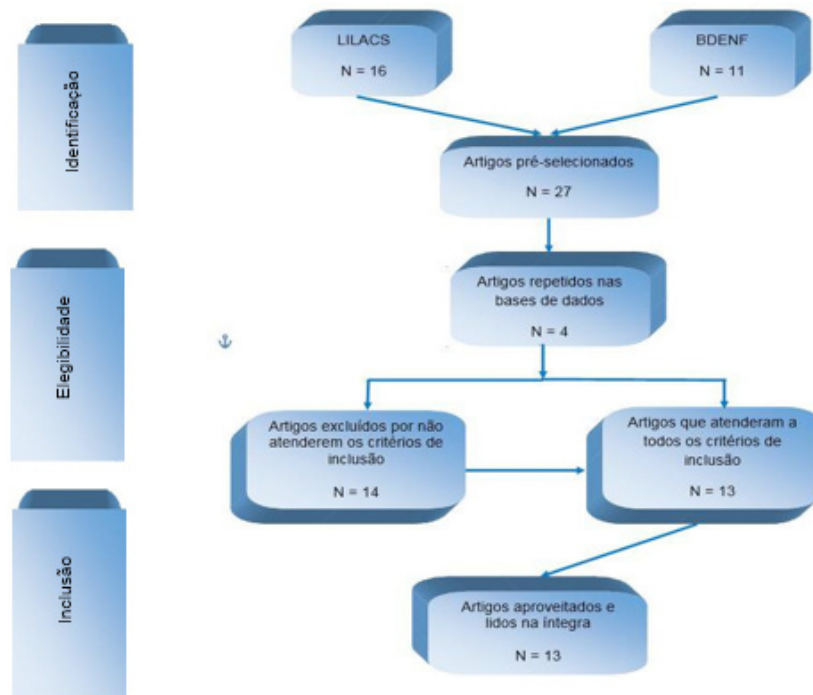
Assim, as DAV constituem um documento facultativo, que o paciente terminal pode elaborar ou não, modificar ou revogar, se achar conveniente. Sua importância reside no fato de que os tratamentos médicos podem ser muito agressivos e deixar o paciente totalmente incapaz, servindo para proteger sua autonomia em relação a realização ou não desses procedimentos. Contudo, no caso do Brasil, por se tratar de documento emitido por um órgão de representação médica e se constituir em lei, as DAV têm gerado muitas polêmicas no meio hospitalar, onde ainda faltam conhecimentos sobre ela⁽⁷⁾.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa que a partir de então nortearam a escolha de descritores para a busca de artigos, a saber: Diretivas Antecipadas; Autonomia pessoal; Enfermagem. [Combinados e com o uso do operador booleano AND foram aplicados os critérios de inclusão: publicação entre 2013 e julho de 2018; publicação em língua portuguesa; artigos

indexados nas bases de dados BDEF e LILACS; artigos completos. Consequentemente, os critérios de exclusão foram: publicação anterior a 2013; indexação em outras bases de dados; publicação em outros idiomas; artigos incompletos; artigos não relacionados diretamente ao tema/objeto. Os resultados do processo de busca de artigos na BVS (BDEF e LILACS) estão representados na Figura 1:

Figura 1: Fluxograma PRISMA do processo de busca e seleção dos estudos incluídos na Revisão Integrativa, Brasília (DF), Brasil, 2018.



Fonte: MOHER et al. (2009, adaptado)

RESULTADOS

A Tabela 1, a seguir, apresenta as principais informações sobre os artigos selecionados, em ordem cronológica, do mais

recente, para o mais antigo.

Tabela 1: Principais informações sobre os artigos elencados. Brasília, DF: BR, 2018.

Autores/País/Ano	Objetivo	Metodologia	Principais achados
Lima, M.A. Brasil, 2018.	Analisar se o Testamento Vital, previsto na Resolução nº 1.995 do Conselho Federal de Medicina, publicada em 31 de dezembro de 2012, atende ao princípio <i>pro homine</i> .	Pesquisa qualitativa, descritiva e analítica	O princípio <i>pro homine</i> é uma maneira de salvaguardar a aplicabilidade da Resolução nº 1.995 do Conselho Federal de Medicina, mas sua utilização, por meio das DAV, tem se mostrado tímida no Brasil.
Godinho, M.L.M. et al. Brasil, 2018.	Conhecer a percepção dos profissionais de saúde acerca da aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade no contexto neonatal e pediátrico.	Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória	hierarquia posta e instrumentalização profissional, são elementos que dificultam a aplicação das DAV no âmbito pediátrico e a interação (multi) profissional, criação de vínculo e apoio na espiritualidade são elementos facilitadores.
Moreira, M.A.D.M. et al. Brasil, 2017.	Conhecer a opinião de médicos residentes a respeito da inserção de diretivas antecipadas da vontade do paciente na prática médica.	Pesquisa exploratória e qualitativa	Evidenciou-se a relevância do testamento vital no respeito à autonomia do paciente terminal, propiciando humanização do seu atendimento.
Saioron, I. et al. Brasil, 2017.	Discutir os desafios emergentes com o uso da DAV em termos éticos-legais e educacionais na visão de enfermeiros.	Pesquisa exploratória e qualitativa	acerca da terminalidade e autonomia do paciente surgiram como desafios à divulgação e utilização das DAV entre enfermeiros.
Saioron, I. et al. Brasil, 2017.	Conhecer a percepção de enfermeiros sobre os benefícios e novas demandas trazidas pelas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) no seu cotidiano laboral.	Pesquisa exploratória e qualitativa	Os enfermeiros se ressentem da ausência de posicionamento claro quanto ao uso das DAV, bem como de orientação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e se sentem desassistidos diante dessa situação, que os expõe a conflitos com os médicos e com os familiares dos pacientes.

Como se observa na Tabela 1, dos 13 artigos selecionados, considerando-se o período de publicação, um artigo foi publicado no ano de 2013; dois artigos no ano de 2014; um artigo no ano de 2015; um artigo no ano de 2016; seis artigos

no ano de 2017; e dois artigos no ano de 2018, o que evidencia a atualidade do material pesquisado. Três artigos foram publicados pela Revista Bioética, publicada em português, inglês e espanhol. Esses três artigos foram publicados em português.



Maior número de artigos nessa revista mostra a preocupação dos profissionais de saúde com o tema dos conflitos éticos representados pelo possível uso das DAV. Contudo, as publicações sobre o tema em revistas de enfermagem são esparsas, visto que os outros 10 artigos, cada um foi publicado por uma revista diferente.

Em relação à metodologia, todos os artigos são de natureza qualitativa, sendo que 11 apresentam pesquisas de campo, principalmente de cunho descritivo e exploratório e dois artigos apresentam revisão de literatura sobre o tema das Diretivas Antecipadas de Vontade, seus aspectos jurídicos, benefícios, obstáculos e limites. As pesquisas de campo envolveram enfermeiros, médicos e cuidadores familiares.

DISCUSSÃO

Os autores consultados apresentam argumentos semelhantes em praticamente todas as questões que envolvem a aplicação das DAV no ambiente hospitalar, sendo o único ponto em que houve discordância foi em relação à atuação do médico como orientador do paciente na sua elaboração. Enquanto alguns médicos se sentem à vontade para orientar o seu próprio paciente, outros médicos preferem que ele procure um profissional que não esteja envolvido com o seu tratamento⁽¹⁵⁾. Como no Brasil ainda existem lacunas a respeito das DAV, a recomendação é aplicar o princípio *pro homine* diante do conflito entre familiares e equipe de saúde, tomando a decisão que for mais favorável ao paciente, de forma a manter sua dignidade. O objetivo é garantir a integração entre normas, para garantir os direitos humanos⁽¹⁶⁾.

Contudo, o princípio *pro homine* não tem previsão no ordenamento jurídico brasileiro, o que demandaria a edição de uma Emenda Constitucional (EC). Enquanto isso não é feito, o Testamento Vital assume o nome de Declaração Prévia de Vontade do Paciente Terminal e se trata de uma construção interpretativa de diversos instrumentos legais⁽¹⁶⁾.

Mesmo nos países onde as DAV estão previstas na legislação ainda existem barreiras para a sua elaboração pelo paciente terminal, como falta de interação com o médico; dificuldade do paciente em prever os seus desejos diante da terminalidade e os transferirem para um documento, de forma clara e compreensível; dificuldades no uso da terminologia médica e jurídica; e custo de registro do documento⁽¹⁵⁾.

No caso do Brasil, onde não há legislação, apenas resolução normativa, as dificuldades são relacionadas à formalização e conteúdo do documento; capacidade do outorgante; prazo de validade do documento; e criação de um registro nacional. Juridicamente, se trata de tutelar o princípio da dignidade da pessoa humana, previsto na Constituição Federal de 1988, para que o paciente decida o que deseja, diante de um diagnóstico de doença terminal e prognóstico desfavorável, desde que tenha ciência sobre o que está acontecendo. O respeito à autonomia do paciente deve considerar que na fase terminal ele não sofra de forma desnecessária e que não seja alvo de terapias obstinadas, por parte dos médicos, sem fundamentação. Mas essa atitude também precisa respeitar a autonomia médica, compatibilizando o poder individual e a ética profissional, fazendo da escuta ativa e do diálogo constantes importantes ferramentas para a definição das DAV, sem deixar o paciente numa solidão respeitosa⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Assim, o médico pode exercer sua autonomia quando suas ações puderem evitar danos e sofrimentos ao paciente. Do contrário, a vontade deste é soberana, conforme consta no

Código de Ética Médica, cap.V, artigo 31. Também se recomenda o compartilhamento de informações, sigilo e respeito à privacidade do paciente, para que possa, de forma consciente, deliberar sobre si mesmo. Duas questões, uma jurídica e outra ética se impõem como barreira para a aplicabilidade das DAV no Brasil. A primeira se refere à doação de órgãos, regulamentada pela Lei nº 9.434/1997, e alterada pela Lei nº 10.211/2001, sendo que esta última colocou a vontade da família acima da decisão do paciente. Se constasse nas DAV brasileiras, a doação de órgãos representaria um conflito jurídico. A segunda aborda a ética médica, quanto à suspensão da nutrição e hidratação do paciente, se constar nas DAV. Esses dois procedimentos não encontram respaldo na literatura e são considerados por grande parte dos médicos como sendo prática de eutanásia, especialmente no paciente em EVP, que iria à óbito de imediato, por fome e sede, o que é considerado desumano⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Por outro lado, alguns profissionais argumentam que essas medidas podem ser tomadas, nos casos em que os procedimentos não mais substituírem as funções orgânicas. Contudo, não há consenso sobre o assunto, que gera desconforto entre muitos médicos. Uma última barreira se refere à aplicação das DAV no âmbito pediátrico e neonatal, visto o sentimento de negação da morte é muito consistente e os pacientes não são considerados dotados de vontade própria, estando sujeitos às determinações das famílias⁽¹¹⁾.

O que se observou é que, além da falta da legislação específica sobre as DAV, no Brasil, que mantém o conflito entre equipes de saúde e familiares, também ainda existem muitas dúvidas sobre a sua aplicabilidade, devido às condições culturais e de escolaridade de parte da doação de órgãos, não poderiam ser aplicadas no Brasil, devido ao conflito jurídico com outras leis sobre o tema. A primeira barreira colocada pelos enfermeiros para aplicar as DAV é o fato de não haver legislação sobre ela, o que traz receios e insegurança também em relação ao seu Código de Ética profissional. Contudo, a realidade de outros países tem comprovado que a legislação não elimina os conflitos éticos, no máximo eles são minimizados população brasileira⁽²⁰⁾.

Em termos acadêmicos, nota-se a falta de abordagem das questões que envolvem os processos de morrer, desde a graduação, fazendo com que o enfermeiro tenha pouco conhecimento nessa área. O foco da formação é curativista e técnico, o que pode causar frustração e desgaste emocional, diante da impossibilidade de lidar com a morte do paciente. Apesar desses sentimentos e limitações os enfermeiros gostariam de executar as DAV, como forma de respeitar a autonomia do paciente⁽²¹⁾.

O ambiente hospitalar apresenta alta rotatividade de profissionais. Nesse sentido, os enfermeiros acreditam que as DAV ajudariam na tomada de decisões terapêuticas, reduzindo conflitos no âmbito da equipe de saúde, principalmente aquelas que contam com grande número de profissionais. A existência das DAV lhes daria respaldo profissional, para agir ou deixar de agir. Contudo, concordam que precisam de instrumentalização e capacitação para colocá-la em prática, além de sensibilização da sociedade para a sua importância⁽⁷⁾.

Os enfermeiros também concordam que existe uma cultura, possivelmente fundamentada nas religiões, de não aceitar a morte e que isso contribui para a obstinação comunicação e evitar os conflitos com os familiares. Os enfermeiros consideram as DAV como uma forma de manter a qualidade

de vida do paciente terminal, não realizando procedimentos inócuos e que, nela, os desejos do paciente devem estar bem especificados, para prevenir eventuais mudanças de atitude sua ou de familiares. terapêutica, mas que devem oportunizar aos pacientes terminais o cumprimento de suas vontades, por meio das DAV. Isso seria importante para facilitar a conversa com o paciente e seus familiares, principalmente para tirar destes últimos qualquer sentimento de culpa, diante de situações que são irreversíveis^(1;3;12).

Mas ao mesmo tempo, de forma contraditória, alguns enfermeiros acreditam que a existência das DAV poderia lhes tirar a motivação de fazerem pelo paciente tudo que estivesse ao seu alcance. Receiam que a desmotivação seja vista como descaso por familiares e colegas e lhes afete profissionalmente. E, como já foi colocado anteriormente, gostariam que as DAV estivessem amparadas em legislação, para se sentirem seguros diante de procedimentos que vão demandar maior cuidado e mais tempo dedicado ao paciente, o que é especialmente importante diante das altas demandas hospitalares⁽⁴⁾.

Os enfermeiros consideram essencial que os pacientes terminais sejam esclarecidos sobre as reais necessidades de cada procedimento, pois alguns deles, que podem ser rejeitados, na verdade servem para manter a qualidade de vida, proporcionando conforto. Nesse aspecto, consideram que as DAV podem entrar em conflito com o saber técnico, que devem colocar em prática no seu trabalho, seguindo os protocolos. Mas também compreendem que essa é uma prática hegemônica do modelo de saúde, que precisa ser repensada, para que a autonomia do paciente seja respeitada. Por enquanto, as DAV se constituem em um documento que antagoniza as práticas hospitalares e os desejos dos familiares com a autonomia do paciente, fazendo com que não seja respeitada na íntegra⁽²²⁾.

Os autores citados acima mostram as contradições entre os enfermeiros, revelando que faltam conhecimentos sobre as DAV para esses profissionais, pois alguns nunca ouviram falar delas; sentem que deveriam respeitar a autonomia do paciente, mas não encontram respaldo jurídico, nos familiares e às vezes até no âmbito da própria equipe de saúde. Essas são situações antagônicas, que ainda não contam com soluções apropriadas.

CONCLUSÃO

Os autores consultados para este estudo mostraram que as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) surgiram no final da década de 1960 e já está regulamentada em diversos países, mas que no Brasil conta somente com uma resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), o que traz problemas éticos e legais para as equipes de saúde, principalmente médicos e enfermeiros.

A ética profissional manda que se preserve a vida, mas diante de situações terminais os profissionais gostariam de respeitar a autonomia do paciente. Contudo, podem sofrer processos jurídicos, diante de cuidados não realizados, interpretados como omissão.

O enfermeiro está diante da falta de legislação sobre as DAV, para respaldar sua ação profissional e ainda frente à falta de conhecimentos sobre ela, tanto no meio profissional, quanto na sociedade, além de sua formação voltada para a preservação da vida. Esses são seus maiores desafios legais e éticos, frente aos cuidados com o paciente terminal que porventura apresente uma DAV à equipe de saúde.

O tema necessita de ampla discussão no meio da

enfermagem, para que os profissionais adquiram os conhecimentos necessários e possam efetivamente cumprir a vontade do paciente e respeitar sua autonomia diante da terminalidade da vida, enquanto se aguarda por legislação sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). Para isso, é preciso continuar conduzindo estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. Cogo SB, et al. Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2016 [acesso em 13 nov 2018]; 69(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0085>.
2. Prado RT, Leite JL, Castro EAB, Silva LJ, Silva IR. Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias. [Internet]. 2018 [acesso em 20 de abril de 2019]; 39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0111>.
3. Cogo SB et al. Diretivas antecipadas: desejos dos profissionais da saúde e cuidadores familiares. *Rev. Baiana Enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 10 de nov 2018]; 31(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i1.16932>.
4. Cogo SB, Lunardi VL. Diretivas antecipadas: uma análise documental no contexto mundial. *Texto conteúdo-enferm.* [Internet]. 2018 [acesso em 20 de abril de 2019]; 27(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001880014>.
5. DeMartino ES, et al. Who Decides When a Patient Can't? Statutes on Alternate Decision Makers. *N. England. J. M.* [Internet]. 2017 [acesso em 20 de abril de 2019]. 376(15). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMms1611497>.
6. Saioron I, Ramos FRS, Schneider DG, Silveira RS, Silveira LR. Diretivas antecipadas de vontade: percepções de enfermeiros sobre os benefícios e novas demandas. *Esc. Anna Nery.* [Internet] 2017. [acesso em 20 de abril de 2019]; 21(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0100>.
7. Hasegawa LSU, et al. Abordagens e reflexões sobre diretivas antecipadas da vontade no Brasil. *Revis. Bras. Enferm.* 2019 [Internet]. 2019 [acesso em 20 de abril de 2019]; 72(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0347>.
8. Scotiini MA, Siqueira JE, Moritz RD. Direito dos pacientes às diretivas antecipadas de vontade. *Revista Bioética.* [Internet]. 2018 [acesso em 20 de abril de 2019]; 26(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018263264>.
9. Eom J. Study on the Patient Self-Determination Act in Taiwan. *Kyungpook Natl. Univ. Law Journal.* [Internet]. 2019. [acesso em 20 de abril de 2019]; 37(67). Disponível em: <https://doi.org/10.17248/knulaw.64.201901.37>.
10. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 1.995/2012, dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília: CFM, 2012. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf. Acesso em 12 nov. 2018.
11. Godinho MLM, et al. Diretivas antecipadas de vontade: percepção acerca da aplicabilidade no contexto neonatal e pediátrico. *Rev. Enferm. UFSM.* [Internet]. 2018 [acesso em 20 de abril de 2019]; 8(3). Disponível



- em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769227887>.
12. Cogo SB, et al. Assistência ao doente terminal: vantagens na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade no contexto hospitalar. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 13 de nov 2018]; 38(4), v. 38, n. 4, p. 1-8, 2017b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.65617>.
 13. Cogo SB, Lunardi VL, Nietzsche EA. Considerações acerca da atuação do enfermeiro na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade. *Rev. Enferm. Foco.* [Internet]. 2017 [acesso em 10 de nov de 2018]; 8(2). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233094>.
 14. Monteiro RSF, Junior AGS. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. *Revista Bioética.* [Internet]. 2019 [acesso em 20 de abril de 2019]; 27(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019271290>.
 15. Dadalto L, Tupinambas U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Rev. Bioét.* [online]. 2013, vol.21, n.3, pp.463-476. ISSN 1983-8042. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300011>.
 16. Lima MA. O testamento vital à luz do ordenamento jurídico brasileiro e o princípio pro homine. *Cad. Iberoamer. Dir. Sanit.*, v. 7, n. 1, p. 12-28, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/422/514>. Acesso em 13 nov. 2018.
 17. Lima MLF, Rego STA, Siqueira-Batista R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. *Rev. bioét.* [Internet]. 2015 [acesso em 09 de julho de 2019]; 23 (1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231043>.
 18. Moreira MADM et al. Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2017 [acesso em 09 de julho de 2019]; 25(1). Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1309/1630. Acesso em 15 nov. 2018.
 19. Nunes MI, Dos Anjos MF. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2014 [acesso em 09 de julho de 2019]; Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/913. Acesso em 12 nov. 2018.
 20. Saioron I et al. Diretivas antecipadas de vontade: percepções de enfermeiros sobre os benefícios e novas demandas. *Rev. Escola Anna Nery Enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 09 de julho de 2019]; 1(4). Disponível em: http://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=127752022028_2.
 21. Saioron I. et al. Diretivas antecipadas de vontade: desafios legais e educacionais na visão de enfermeiros. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2017 [acesso em 09 de julho de 2019]. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/download/43587/24751>.
 22. Cassol BP, Quintana AM, Velho MTAC. Diretiva antecipada de vontade: percepção de uma equipe de enfermagem da hemato-oncologia. *J. Nurs. Health* [Internet]. 2015 [acesso em 09 de julho de 2019]; 5(1). Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5497/4295>.

Recebido: 2019-07-09

Aceito: 2019-08-12