Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Tecnologia assistencial sobre diretivas antecipadas de vontade para profissionais de saúde em cuidados paliativos oncológicos

Assistive technology regarding advance directives for healthcare professionals in palliative oncology care

Tecnología de asistencia en relación con las directivas anticipadas para profesionales de la salud en cuidados paliativos oncológicos

Rogéria de Sousa Rodrigues[1], Cristiane Ribeiro Maués[2].

RESUMO

Objetivo: Construir uma tecnologia assistencial sobre DAV para profissionais de um serviço de cuidados paliativos oncológicos. **Métodos:** Estudo quanti-qualitativo organizado em: Revisão Integrativa da Literatura (RIL), Diagnóstico Situacional e elaboração de Protocolo, em um Hospital Oncológico de alta complexidade, com profissionais de saúde. **Resultados:** A amostra do estudo foi de 87,5% (14) do sexo feminino e 12,5% (2) do sexo masculino, média de idade de 37 anos, tempo médio de formação de 13 anos, 37,5% possuem especialização em Cuidados Paliativos, todos os participantes têm experiência na área em média de 6 anos. Foram obtidas quatro categorias: I – Decisões e Significados no Processo de Finitude e Cuidado em Saúde; II – Integralidade do Cuidado Paliativo, abrangendo aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais; III – Autonomia e Formalização das DAV; e IV – Responsabilidade da Equipe Multiprofissional na Efetivação das Diretivas Antecipadas. **Conclusão:** O estudo possibilitou compreender as DAV no contexto oncológico em cuidados paliativos, necessitando de fluxos institucionais, educação permanente e respaldo legal aos profissionais.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Diretivas antecipadas de vontade, Tecnologia em saúde.

ABSTRACT

Objective: To develop an assistive technology for Advance Directives (ADs) for professionals in an oncology palliative care service. **Methods:** A quantitative-qualitative study organized into: Integrative Literature Review (ILR), Situational Diagnosis, and Protocol development, in a high-complexity Oncology Hospital, with healthcare professionals. **Results:** The study sample consisted of 87.5% (14) female and 12.5% (2) male, with a mean age of 37 years, a mean training time of 13 years, 37.5% with specialization in Palliative Care, and all participants with an average of 6 years of experience in the field. Four categories were obtained: I – Decisions and Meanings in the Process of End-of-Life Care; II – Integrality of Palliative Care, encompassing physical, emotional, social, and spiritual aspects; III – Autonomy and Formalization of ADs; and IV – Responsibility of the Multiprofessional Team in the Implementation of Advance Directives. **Conclusion:** This

[1] Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém – PA.
[2] Centro Universitário do Pará (CESUPA), Belém – PA.

SUBMETIDO EM: 12/2025 | **ACEITO EM: 1/2026** | **PUBLICADO EM: 2/2026**

study made it possible to understand advanced life support (ALS) in the oncological context of palliative care, highlighting the need for institutional protocols, ongoing education, and legal support for professionals.

Keywords: Palliative care, Advance directives, Health technology.

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar una tecnología de asistencia para las Directivas Anticipadas (DA) para profesionales de un servicio de cuidados paliativos oncológicos. **Métodos:** Estudio cuantitativo-cualitativo organizado en: Revisión Integrativa de la Literatura (RIL), Diagnóstico Situacional y Desarrollo de protocolo, en un Hospital Oncológico de alta complejidad, con profesionales de la salud. **Resultados:** La muestra del estudio estuvo compuesta por un 87,5% (14) de mujeres y un 12,5% (2) de hombres, con una edad media de 37 años, un tiempo medio de formación de 13 años, un 37,5% con especialización en Cuidados Paliativos y todos los participantes con una media de 6 años de experiencia en la materia. Se obtuvieron cuatro categorías: I – Decisiones y Significados en el Proceso de Cuidados al Final de la Vida; II – Integralidad de los Cuidados Paliativos, abarcando aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales; III – Autonomía y Formalización de las DA; y IV – Responsabilidad del Equipo Multiprofesional en la Implementación de las Directivas Anticipadas**. Conclusión:** Este estudio permitió comprender el soporte vital avanzado (SVA) en el contexto oncológico de los cuidados paliativos, destacando la necesidad de protocolos institucionales, educación continua y apoyo legal a los profesionales.

Palabras clave: Cuidados paliativos, Directivas anticipadas, Tecnología sanitária.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos no contexto oncológico são realizados por uma equipe multidisciplinar para atender às necessidades dos pacientes, iniciam após o diagnóstico da doença com uma abordagem biopsicossocial, manejo do sofrimento e uma assistência integral diante da progressão dos sintomas, contribuindo para a dignidade e conforto na finitude (FIGUEIREDO JF, et al., 2018).

Além disso, a comunicação efetiva entre equipe, paciente e família é essencial nos cuidados paliativos, incluindo esclarecimentos sobre diagnóstico, prognóstico, plano de cuidados, recusa de terapias fúteis, morte e Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) (NAVES F, et al., 2021). A Política Nacional de Humanização reforça essa perspectiva ao valorizar a autonomia do usuário e o compartilhamento de informações (SANTOS ASJ e LIMA VRA, 2023).

Nesse sentido, as DAV, regulamentadas pelo CFM nº 1.995/2012, reforçam a autonomia do paciente e orientam a relação médico–paciente, definindo-se como os desejos previamente expressos sobre cuidados e tratamentos quando houver incapacidade de manifestação de vontade (CFM, 2012).

Contudo, apesar de fundamentais, a implementação das DAV enfrenta barreiras relacionadas à cultura, ausência de protocolos institucionais, falta de respaldo legal e insuficiência de capacitação profissional, limitando a concretização das escolhas dos pacientes (RIDOLPHI AC e RANGEL TLV, 2017).

Posteriormente, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.681/2024, definiu as DAV como documentos que registram preferências de cuidados e tratamentos em situações irreversíveis e potencialmente terminais (OMS, 2024).

Além disso, enquanto alguns países possuem legislação consolidada sobre DAV, o Brasil carece de normativas específicas e enfrenta conflitos conceituais entre Testamento Vital e Mandato Duradouro, ambos considerados espécies de DAV, que registram escolhas antecipadas ou representantes legais para decisões em saúde (FUSCULIN ARB, et al., 2022).

Por fim, a baixa disseminação da temática nas instituições evidencia a necessidade de tecnologias assistenciais baseadas em evidências, que qualifiquem o cuidado e aprimorem os serviços de saúde (ARAIS AGC, et al., 2021).

Assim, tais tecnologias favorecem a compreensão das DAV no contexto paliativo oncológico e fortalecem a efetividade dos serviços (FERREIRA GM e SÁ JC, 2018). A elaboração de uma tecnologia assistencial sobre as DAV, justifica-se pela carência dela nos serviços, suporte para educação continuada, além de contribuir para um cuidado integral.

Com base no exposto, urge a seguinte questão norteadora: Quais as informações sobre DAV poderiam compor uma tecnologia assistencial para uso dos profissionais de saúde que atuam no cuidado paliativo oncológico? O objetivo deste estudo foi construir uma tecnologia assistencial sobre DAV para profissionais de um serviço de cuidados paliativos oncológicos.

MÉTODOS

Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo metodológico quanti-qualitativo voltado à construção de uma tecnologia assistencial, organizada em três etapas: Revisão, Diagnóstico Situacional e elaboração de Protocolo Assistencial Multiprofissional sobre DAV.

Primeira etapa – RIL

A revisão de literatura foi conduzida conforme de Sousa LMM, et al., (2018), seguindo seis etapas: 1) Formulação da pergunta de pesquisa; 2) Definição da estratégia de busca e critérios de inclusão e exclusão; 3) Seleção dos estudos e coleta de dados; 4) Análise dos dados; 5) Discussão dos resultados; 6) Apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

Busca dos estudos

A busca bibliográfica foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDEnF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), United States National Library of Medicine (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram utilizados os descritores DeCS/MeSH: Cuidados Paliativos, Diretivas Antecipadas de Vontade, Oncologia, Profissionais de Saúde e Tecnologia em Saúde, combinados com os operadores booleanos AND e OR. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 19 estudos científicos.

Critérios de inclusão e exclusão

Incluiu-se: artigos originais, disponíveis na íntegra, relacionado ao tema de estudo publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos: Trabalhos de Conclusão de Curso, monografias, dissertações, teses e artigos repetidos.

Seleção dos estudos, extração dos dados

Para a seleção dos estudos empregou-se as diretrizes do Fluxograma Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020, para síntese dos dados foi empregado o instrumento de URSI, (2006).

Principais resultados: A RIL evidenciou que os profissionais de saúde possuem conhecimento limitado e pouca familiaridade com as DAV, acentuadas pela ausência de treinamento, protocolos institucionais e legislações claras, o que gera insegurança ética e legal. Além de falhas de comunicação entre equipe, pacientes e familiares e divergências sobre os cuidados.

Pacientes desconhecem as DAV, mas tendem a aceitá-las após esclarecimento. Os estudos apontam a necessidade de comunicação efetiva, criação de tecnologias e padronização de documentos para fortalecer vínculos e reduzir conflitos. Este método possibilitou o entendimento teórico sobre as DAV.

Segunda etapa - diagnóstico situacional

O diagnóstico situacional ocorreu em um Hospital Oncológico de grande porte, Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e no Centro de Cuidados Paliativos Oncológicos (CCPO) conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) situado na região norte no Estado do Pará, teve a participação de profissionais da equipe multiprofissional, referência em cuidados paliativos. O cenário de estudo foi amplo com espaço confortável para a coleta de dados.

Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

Foram incluídos na pesquisa profissionais de saúde de nível superior, incluindo os residentes do segundo ano do programa de residência multiprofissional, à saber: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, com pelo menos 6 meses de experiência no cenário de pesquisa, e excluídos profissionais em período de férias ou em licença saúde.

Participantes da pesquisa

A amostra do estudo foi composta por 16 participantes, segundo Pasquali L (1998); a amostra ideal para pesquisas qualitativas varia entre 6 e 20 participantes.

Coleta de dados

A pesquisa foi submetida a avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital participante, aprovado sob o parecer n°: 7.445.376 e sob o CAAE: 85901325.3.0000.5550.

A abordagem aos participantes deu-se de forma individual, com breve explicação sobre os objetivos do estudo. Os profissionais aptos segundo os critérios de inclusão e que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o termo de consentimento de gravação de voz.

As entrevistas foram gravadas e ocorreram em ambiente reservado. A identidade dos participantes fora preservada por meio de códigos alfanuméricos (P1, P2, P3). Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado.

Análise dos dados

Os dados coletados foram processados pelo Interface de R pourles Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ), software de análise textual ligado ao programa estatístico R, que analisa de diferentes formas a partir do corpus textual gerando classes e categorias (SOUZA MAR, et al., 2018).

Além disso foram analisados pela Análise de Conteúdo de Bardin (2020), com técnicas para analisar, avaliar e descrever os dados em pesquisas qualitativas, composta por três etapas: Pré-análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação (BARDIN L, 2020).

Esta ação identificou o conhecimento do público-alvo sobre as DAV, as dificuldades para sua implementação no serviço, e contribuiu para a construção da tecnologia assistencial.

Terceira etapa - construção da tecnologia assistencial

Consistiu na elaboração de um protocolo assistencial e de um checklist sobre DAV para uso da equipe multiprofissional em cuidados paliativos oncológicos, fundamentados nos resultados anteriores e nas orientações de Polit DF e Beck CT (2019) e Pasquali L (2010) sobre construção e validação de tecnologias em saúde.

Os instrumentos foram estruturados no Microsoft Word: o protocolo possui cinco páginas e o checklist uma. O protocolo apresenta objetivos, alcance, executantes, conceitos, recursos e anexos. O checklist, adaptado do aplicativo Minhas Vontades da SBGG, permite registrar decisões dos pacientes sobre cuidados quando houver incapacidade decisória.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

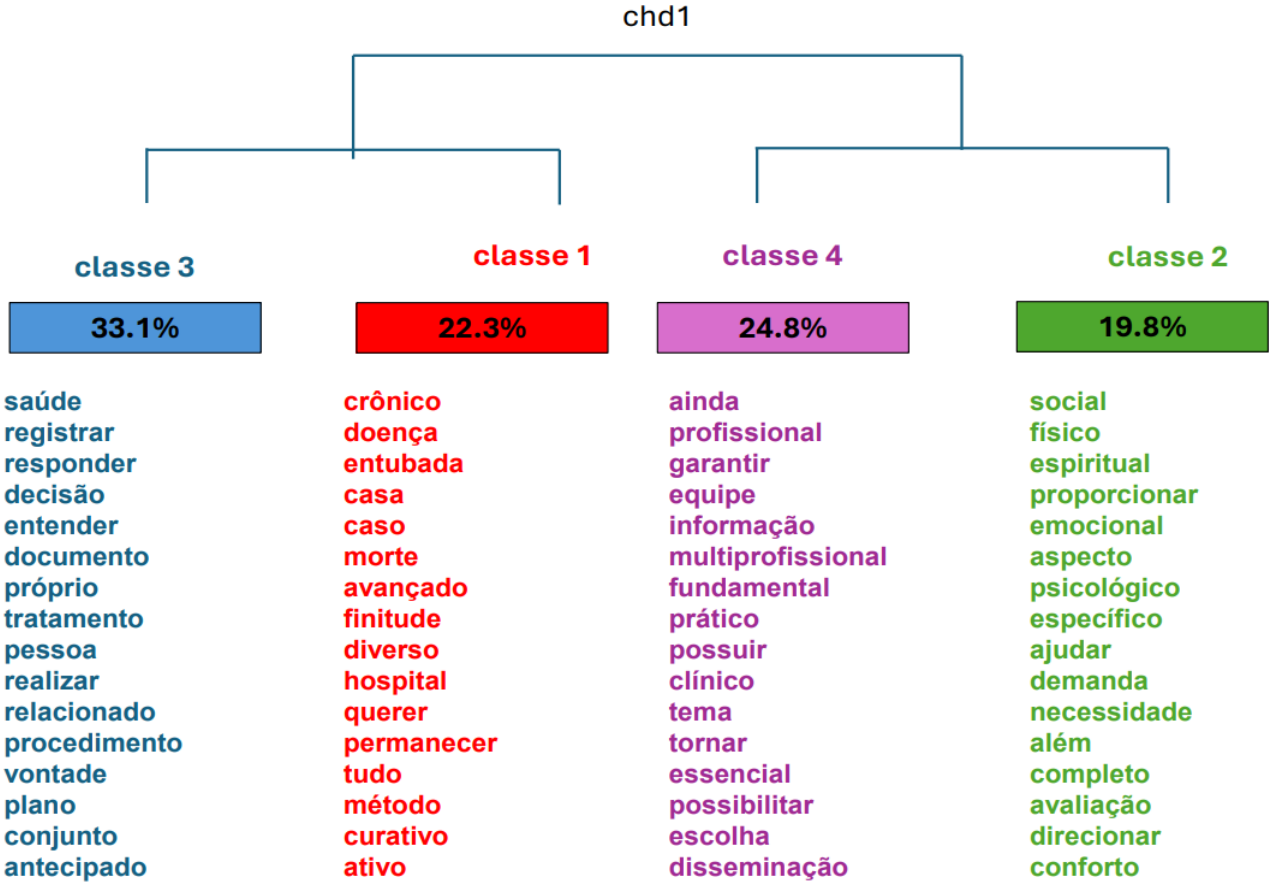
Perfil dos participantes

Participaram deste estudo 16 profissionais, sendo 2 Enfermeiros; 2 Fisioterapeutas; 2 Fonoaudiólogos; 2 Nutricionistas; 2 Médicos; 2 Terapeutas Ocupacionais; 2 Assistentes Sociais; e 2 Psicólogos, destes 87,5% (14) do sexo feminino e 12,5% (2) do sexo masculino, com média de idade de 37 anos, variando entre 24 a 55 anos, tempo médio de formação de 13 anos, variando entre 1 a 30 anos de formação, 37,5% possuem especialização em Cuidados Paliativos, entretanto, todos os 16 participantes têm experiência na área com tempo médio de 6 anos aproximadamente, variando entre 9 meses a 24 anos.

Análise e interpretação dos dados

Após o processamento dos dados subjetivos no software IRaMuTeQ, utilizando a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), gerou um corpus com 16 textos e 199 segmentos, dos quais 193 foram aproveitados (96,98%), indicando alta relevância analítica. Adotou-se significância estatística de $p \leq 0,05$ para a análise do vocabulário de cada classe, resultando no dendrograma apresentado na **Figura 1**.

Figura 1 - Filograma da classificação hierárquica descendente do corpus "Tecnologia Assistencial sobre Diretivas Antecipadas de Vontade para Profissionais de um Serviço de Cuidados Paliativos Oncológicos".



Dendrogramme CHD1 – phylogram. **Nota:** *Iramuteq* ® (2025). *p<0,05. **Fonte:** Rodrigues RS e Maués CR, 2026.

O conteúdo analisado foi categorizado em 4 classes: Classe 1, com 43 ST (22,21%); Classe 2, com 38 ST (19,83%); Classe 3 com 63 ST (33,06%); Classe 4 com 47 ST (24,79%). Para facilitar a visualização das classes, elaborou-se um quadro com as séries de palavras resultantes do teste qui-quadrado, evidenciando evocações com vocabulário semelhante entre si e distinto das demais classes. A partir da leitura do dendrograma de CHD, os dados foram organizados em quatro classes, que originaram quatro categorias: I – Decisões e Significados no Processo de Finitude e Cuidado em Saúde; II – Integralidade do Cuidado

Paliativo, abrangendo aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais; III – Autonomia e Formalização das DAV; e IV – Responsabilidade da Equipe Multiprofissional na Efetivação das Diretivas Antecipadas, conforme apresentado no **Quadro 1**.

Quadro 1 - Classes geradas a partir da Classificação Hierárquica Descendente da "Tecnologia Assistencial sobre Diretivas Antecipadas de Vontade para Profissionais de um Serviço de Cuidados Paliativos Oncológicos".

Classe 1 43/193 ST (22,21%)			**Classe 2 38/193 ST (19,83%)**			**Classe 3 63/193 ST (33,06%)**			**Classe 4 47/193 ST (24,79%)**		
Palavras	***f***	**X^2**	**Palavras**	***f***	**X^2**	**Palavras**	***f***	**X^2**	**Palavras**	***f***	**X^2**
Crônico	7	26*	Social	10	44*	Saúde	8	17*	Profissional	17	24*
Doença	12	24*	Físico	7	30*	Registrar	8	17*	Garantir	12	22*
Entubado	6	22*	Espiritual	6	26*	Responder	7	16*	Equipe	21	22*
Casa	7	21*	Proporcionar	5	21*	Decisão	14	15*	Informação	9	21*
Morte	5	19*	Emocional	5	21*	Entender	12	15*	Multiprofissional	15	21*
Avançado	5	19*	Aspecto	7	18*	Documento	13	15*	Fundamental	7	18*
Finitude	8	14*	Psicológico	4	17*	Próprio	6	12*	Prático	5	16*
Diverso	5	14*	Específico	4	17*	Tratamento	12	12*	Possuir	6	15*
Hospital	5	14*	Ajudar	4	17*	Pessoa	8	11*	Clínico	4	13*
Querer	8	13*	Demanda	4	17*	Realizar	8	11*	Tema	4	12*
Método	3	11*	Necessidade	5	17*	Relacionado	5	11*	Tornar	5	12*
Ativo	3	11*	Completo	3	13*	Procedimento	6	10*	Essencial	8	11*
Internar	5	11*	Avaliação	3	13*	Vontade	29	9*	Possibilitar	3	10*
Processo	11	10*	Acordo	3	13*	Plano	4	8*	Escolha	3	10*
Vida	10	10*	Direcionar	4	12*	Conjunto	4	8*	Disseminação	3	10*
Família	6	9*	Conforto	4	12*	Antecipado	7	7*	Relevância	3	10*
Expressar	8	9*	Tecnologia	4	9*	Consciência	3	7*	Divulgar	3	10*
Gostar	3	7*	Conhecer	4	9*	Manejo	3	7*	Conceito	3	10*
Compreender	5	7*	Facilitar	4	9*	Elaborar	3	7*	Adequadamente	3	10*
Receber	6	5*	Profissional	4	9*	Incluir	6	5*	Antecipar	17	10*
CATEGORIA I			Cuidado	15	8*	**CATEGORIA III**			Derivativa	20	8*
			Paliativo	6	6*				Respeitado	4	5*
			Considerar	6	5*				**CATEGORIA IV**		
Decisões e Significados no Processo de Finitude e Cuidado em Saúde.			**CATEGORIA II**			Autonomia e Formalização das Diretivas Antecipadas de Vontade.			Responsabilidade da Equipe Multiprofissional na Efetivação das Diretivas Antecipadas.		
			Integralidade do Cuidado Paliativo: Aspectos Físicos, Emocionais, Sociais e Espirituais.								

Nota: *Iramuteq* ® (2025). *p<0,05.
Fonte: Rodrigues RS e Maués CR, 2026.

Categorias temáticas

Categoria 1: decisões e significados no processo de finitude e cuidado em saúde

A categoria formada pela classe 1, com termos como "crônico, avançado, finitude, morte, hospital, casa, entubado, família, vida, querer, expressar, compreender", revela que o adoecimento oncológico avançado envolve dilemas existenciais diante do declínio funcional e das constantes transições entre hospital e casa.

Nesse cenário, a voz do paciente, marcada por "querer, gostar, expressar", indica a necessidade de reconhecimento de seu estado e de um espaço comunicacional qualificado para discutir preferências de tratamento, locais de cuidado e limites terapêuticos. A finitude torna-se eixo central de sentido para pacientes e famílias, enquanto "compreender" atua como mediador para transformar medo e incertezas em planejamento. Assim, falar de DAV ultrapassa documentos e demanda acolher a pessoa como sujeito moral, como visto a seguir:

> *"...O que posso relatar é a experiência que tive com uma paciente em cuidados paliativos, que expressou a vontade de não ir para o hospital, de não ser internada, de não ser entubada; ela queria permanecer em sua casa e morrer nela. Diante dessa colocação, chamamos a equipe e conversamos. Entraram o médico e o psicólogo, que conversaram com ela, e assim procedemos..." (P2)*

A categoria 1 evidencia a complexidade emocional vivenciada por pacientes, famílias e profissionais no adoecimento oncológico, marcada por angústia, perdas e interferências na adesão ao cuidado. Compreender a finitude como parte natural do processo torna essa etapa mais humana (NUNES KC e CASSINI MROL, 2021). Para alguns profissionais, a morte hospitalar representa fracasso terapêutico e muitos pacientes preferem enfrentar a finitude no domicílio, onde há maior conforto e autonomia (DO ESPÍRITO LFS, 2020 e MALHOTRA C, et al., 2022).

As DAV oferecem suporte ético às decisões em saúde, auxiliando diante de conflitos entre equipe e paciente. Termos como querer, expressar e compreender reforçam o protagonismo do paciente e o respeito às suas escolhas no processo de cuidado (FUSCULIM ARB, et al., 2022).

A comunicação sobre finitude no contexto oncológico ainda é permeada por medo e incertezas. Por isso, é essencial capacitar as equipes sobre DAV e fortalecer práticas de diálogo e escuta sensível, fundamentais no cuidado de fim de vida (FONTOURA JL, et al., 2019; NOGARIO ACD, et al., 2020).

Categoria 2: integralidade do cuidado paliativo: aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais

Essa categoria, gerada pela classe 2 e composta por termos como "social, físico, espiritual, emocional, psicológico, avaliação, necessidade, conforto, direcionar, cuidado, paliativo, profissional", reforça a integralidade como fundamento dos cuidados paliativos. Esses vocábulos apontam para uma abordagem que avalia necessidades e direciona intervenções para aliviar o sofrimento em suas múltiplas dimensões.

A integralidade atua tanto como método por meio de avaliações específicas quanto como finalidade ética, respondendo ao sofrimento total e orientando planos de cuidado. Sem essa perspectiva ampliada, as DAV podem se reduzir apenas a decisões técnicas, desconsiderando o contexto social. Assim, a integralidade qualifica o processo decisório e confere maior densidade clínica e humanista ao cuidado. Essa compreensão é evidente nas falas:

> *"...Não se trata apenas dos cuidados físicos, mas também do cuidado espiritual e emocional, incluindo visitas religiosas. Tudo isso abrange o cuidado integral do paciente e deve ser direcionado a ele..." (P5)*

> *"...O cuidado vai além do aspecto físico, abrangendo também questões emocionais. Uma equipe multiprofissional, considerando todas as suas categorias e conhecimentos, consegue avaliar o paciente de forma mais completa e holística, oferecendo um cuidado mais efetivo, de acordo com suas especificidades..." (P6)*

A categoria aborda o cuidado paliativo (CP) como prática biopsicossocial e multidimensional que promove qualidade de vida, conforto e alívio do sofrimento, valorizando dignidade, autonomia e decisões do paciente ao longo de todo o tratamento (DA SILVA IBS, et al., 2020; LIMA MA e CASTILLO CHM, 2021).

Os achados de Louzado MAN, et al. (2023). Reforçam a importância de um cuidado que ultrapassa o manejo de sintomas físicos, destacando profissionais humanizados que identificam sinais não verbais, acolhem demandas espirituais, oferecem suporte emocional e auxiliam familiares, contribuindo para a redução do sofrimento.

De modo complementar, Ferreira SBE, et al. (2024). Destacam que a prática dos profissionais sustentada por conhecimentos específicos e habilidades complementares, contribui para decisões mais assertivas, melhora a interação e estabelece uma troca efetiva entre equipe e pacientes. As DAV se configuram como instrumentos que fortalecem direitos individuais ao permitir aceitação ou recusa de intervenções terapêuticas, preservando princípios bioéticos e orientando a conduta profissional. Além de

direcionar a prática, elas ampliam a integração e a sistematização da equipe no ambiente hospitalar (FUSCULIM ARB, et al., 2022).

Categoria 3: autonomia e formalização das diretivas antecipadas de vontade

A categoria 3, destacada por termos como “registrar, decisão, documento, vontade, plano, antecipado, consciência, elaborar, incluir, procedimento, tratamento”, evidencia a dimensão normativa das DAV, centrada na elaboração de um plano antecipado em que o paciente registra suas preferências e as integra ao percurso terapêutico. A presença de vocábulos como “consciência” e “próprio” reforça a autonomia como processo relacional, sustentado por reflexão e informação qualificada.

Essa categoria revela que o registro não deve ser mera formalidade, mas um recurso que garante continuidade, protege a vontade quando há perda da capacidade decisória e orienta a equipe diante de dilemas clínicos. Essas perspectivas são ilustradas nas falas a seguir.

> *“...O que eu entendo, pelo próprio nome, é que se trata de uma diretiva antecipada de vontade, realizada com o paciente adoecido. Está muito relacionada aos cuidados voltados para ele na assistência, determinando como ele deseja que seja conduzido o tratamento, se deseja receber determinado suporte, e como quer ser cuidado quando não puder responder por si mesmo....” (P5)*

> *‘...É uma formalização dos desejos do paciente quanto a como ele quer ser cuidado, caso perca a capacidade de autogestão e de consciência. Normalmente, o documento indica como o paciente gostaria de receber cuidado nessa situação e, em algumas situações, sinaliza quem será a pessoa que o substituirá nas decisões quando ele perder o nível de consciência....” (P10)*

A autonomia do paciente, especialmente no contexto das DAV, envolve questões éticas centrais e exige diálogo contínuo entre equipe, paciente e família para garantir decisões compartilhadas. Em situações de incapacidade decisória, as DAV devem ser respeitadas para proteger direitos e evitar intervenções desnecessárias (MARTINS MCC, et al., 2023). Dias LM, et al. (2022) reforçam que termos como decisão, registros e vontades orientam os profissionais, evidenciando a necessidade de reconhecer e formalizar as escolhas do paciente ao longo de todo o tratamento.

Segundo Martins MCC, et al. (2023). A elaboração das DAV atribui aos profissionais a responsabilidade de assegurar uma assistência baseada na autonomia e dignidade, especialmente em situações críticas. Nesse sentido, a Diretiva busca equilibrar autonomia e beneficência, preservando as escolhas previamente registradas caso surjam entraves durante o tratamento (GALVÃO JO, 2025).

As DAV podem ser elaboradas por pessoas com capacidade decisória preservada, após reflexão e obtenção de informações adequadas fornecidas por equipe multiprofissional. Assim, a autonomia informada se concretiza na elaboração de documentos que promovem o cuidado compartilhado, permitindo que o paciente compreenda a relevância de suas decisões e participe ativamente da construção de seu plano terapêutico (DOS SANTOS M e ALVES MCF, 2023).

Categoria 4: responsabilidade da equipe multiprofissional na efetivação das diretivas antecipadas

A categoria 4, formada por vocábulos como “profissional, equipe, multiprofissional, garantir, informação, essencial, respeitado, antecipar”, evidencia que a efetividade das DAV depende da atuação da equipe multiprofissional. Mais que registrar a vontade do paciente, cabe aos profissionais garantirem sua aplicação em cenários clínicos reais, especialmente em situações de urgência, sustentando a autonomia por meio de processos organizados e comunicação clara.

A disseminação do conceito de DAV e seu registro acessível são fundamentais, pois falhas de informação e ausência de protocolos favorecem o descumprimento dessas diretivas. Além disso, dilemas éticos, pressões familiares e insegurança jurídica exigem que a equipe atue como mediadora, reafirmando a dignidade e o respeito às escolhas do paciente. Isso se expressa nos relatos:

> *"...É imprescindível que todos os profissionais da equipe conheçam o documento e possam informar ao paciente o que se espera em determinado processo de evolução da doença, esclarecendo possibilidades e consequências..." (P10)*

> *"...A equipe multiprofissional é essencial, pois atende o paciente em todas as dimensões: social, psicológica e física. Com o comprometimento da equipe, é possível direcionar as diretivas e atender todas as necessidades do paciente, proporcionando uma passagem mais tranquila e digna. É importante que os profissionais conheçam e saibam manejar adequadamente as diretivas antecipadas de vontade..." (P11)*

Segundo Santos TO, et al. (2021), a comunicação clara entre a equipe é essencial no manejo das DAV, pois qualifica a assistência, reduz falhas e fortalece a segurança do paciente. As DAV formalizam as decisões dos pacientes, orientando as condutas dos profissionais no processo do cuidado, favorecendo uma assistência mais humanizada (BORGES LS e LIMA MJV, 2024).

As DAV favorecem os desejos do paciente, ampliando a compreensão sobre o processo de adoecimento e permitindo acolher também familiares, que vivenciam sofrimento diante da progressão da doença. Portanto, cabe à equipe multiprofissional apoiar todas as dimensões do cuidado e sustentar a autonomia do paciente estabelecida nas diretivas de vontade (DOS SANTOS ECS, 2024).

A incorporação das DAV nos serviços de saúde fortalece o diálogo com o paciente, sendo recomendada no momento do diagnóstico e durante o planejamento do cuidado. Para isso, é fundamental capacitar a equipe sobre o uso desse instrumento, integrando-o à prática clínica e contribuindo para a preservação da autonomia e do bem-estar do paciente (ELIAS JD e MESQUITA GV, 2025).

Construção da tecnologia

A busca na literatura e a pesquisa de campo possibilitaram desenvolver um protocolo assistencial e um checklist sobre DAV para a equipe multiprofissional em cuidados paliativos oncológicos, fundamentados em evidências científicas e no aplicativo Minhas Vontades da SBGG, adaptado aos profissionais de saúde.

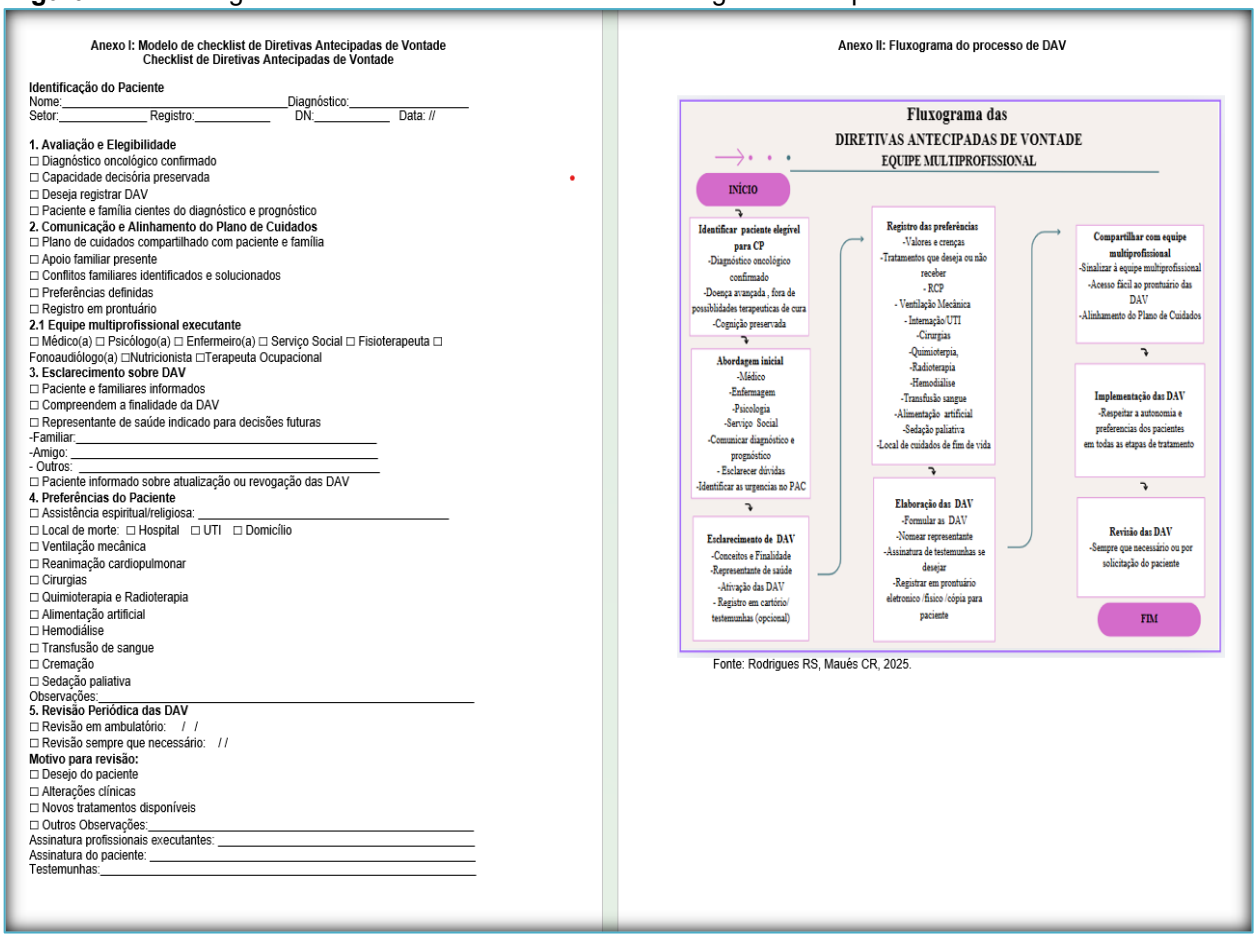
Para Arais AGC, et al. (2021). Protocolos assistenciais são tecnologias que organizam os serviços, promovem segurança e qualificam as práticas de cuidado. Segundo Lima AMC, et al. (2020), tecnologia envolve não só equipamentos, mas métodos que promovem saúde, conhecimento e aprendizado; assim, novas ferramentas integradas ao saber científico viabilizam o trabalho e favorecem práticas inovadoras (CARVALHO LA, et al., 2018).

O protocolo orienta a aplicação e implementação das DAV, alinhando o diálogo entre equipe, pacientes e familiares e integrando-as ao plano de cuidados. Estrutura-se em tópicos que incluem objetivo, unidades de implementação, profissionais envolvidos e suas responsabilidades, além dos conceitos de Cuidados Paliativos, Planejamento Antecipado de Cuidados e Diretivas Antecipadas de Vontade.

Também descreve recursos necessários, ambiente, equipe, documento padronizado, prontuário eletrônico e legislação e estratégias de comunicação: identificação do paciente elegível, discussão, formulação, registro, revisão, plano de cuidados e um fluxograma de implementação. Complementarmente, elaborou-se um checklist para facilitar a aplicação das DAV.

O checklist organiza informações como identificação do paciente, valores e preferências, escolha do local de morte, aceitação ou recusa de assistência religiosa, tratamentos desejados ou não, intervenções invasivas, registro em prontuário, acesso da equipe, indicação de procurador de saúde, compartilhamento com a família e revisões periódicas. Para Bender JD, et al. (2024), integrar essa ferramenta ao serviço em cuidados paliativos oncológicos otimiza a comunicação da equipe e reforça a autonomia do paciente.

Figura 2 - Tecnologia assistencial de DAV: checklist e fluxograma multiprofissional.



Anexo I: Modelo de checklist de Diretivas Antecipadas de Vontade
Checklist de Diretivas Antecipadas de Vontade

Identificação do Paciente
Nome:_____Diagnóstico:_____
Setor:_____ Registro:_____ DN:_____ Data: //

1. Avaliação e Elegibilidade
☐ Diagnóstico oncológico confirmado
☐ Capacidade decisória preservada
☐ Deseja registrar DAV
☐ Paciente e família cientes do diagnóstico e prognóstico
2. Comunicação e Alinhamento do Plano de Cuidados
☐ Plano de cuidados compartilhado com paciente e família
☐ Apoio familiar presente
☐ Conflitos familiares identificados e solucionados
☐ Preferências definidas
☐ Registro em prontuário
2.1 Equipe multiprofissional executante
☐ Médico(a) ☐ Psicólogo(a) ☐ Enfermeiro(a) ☐ Serviço Social ☐ Fisioterapeuta ☐ Fonoaudiólogo(a) ☐Nutricionista ☐Terapeuta Ocupacional
3. Esclarecimento sobre DAV
☐ Paciente e familiares informados
☐ Compreendem a finalidade da DAV
☐ Representante de saúde indicado para decisões futuras
-Familiar:_____
-Amigo: _____
- Outros: _____
☐ Paciente informado sobre atualização ou revogação das DAV
4. Preferências do Paciente
☐ Assistência espiritual/religiosa: _____
☐ Local de morte: ☐ Hospital ☐ UTI ☐ Domicílio
☐ Ventilação mecânica
☐ Reanimação cardiopulmonar
☐ Cirurgias
☐ Quimioterapia e Radioterapia
☐ Alimentação artificial
☐ Hemodiálise
☐ Transfusão de sangue
☐ Cremação
☐ Sedação paliativa
Observações:_____
5. Revisão Periódica das DAV
☐ Revisão em ambulatório: / /
☐ Revisão sempre que necessário: / /
Motivo para revisão:
☐ Desejo do paciente
☐ Alterações clínicas
☐ Novos tratamentos disponíveis
☐ Outros Observações:_____
Assinatura profissionais executantes: _____
Assinatura do paciente: _____
Testemunhas:_____

Anexo II: Fluxograma do processo de DAV

Fonte: Rodrigues RS, Maués CR, 2025.

Fonte: Rodrigues RS e Maués CR, 2026.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou compreender as DAV no contexto oncológico em cuidados paliativos, evidenciando seu papel na autonomia do paciente, no respeito às decisões e na melhoria da comunicação entre profissionais, pacientes e familiares. Também permitiu criar um instrumento de DAV que favorece um cuidado humanizado, centrado na pessoa, promovendo qualidade de vida, autodeterminação e evitando tratamentos fúteis. Assim, torna-se essencial estabelecer fluxos institucionais, padronizar documentos, promover educação permanente, comunicação efetiva e garantir respaldo legal aos profissionais.

REFERÊNCIAS

1. ARAIS AGC, et al. Protocolos na enfermagem: relato de experiência de uma disciplina sobre tecnologias em saúde. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021; 13(8): e8380.
2. BARDIN L. Análise de conteúdo. 4. Ed. São Paulo: 70; 2020.
3. BENDER JD, et al. O uso de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil de 2014 a 2018. Ciência & Saúde Coletiva, 2024; 29: e19882022.
4. BORGES LS, LIMA MJV. Diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos: percepção brasileira. Revista Bioética, 2024; 32: e3636PT.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3681, de 22 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017. Brasília, DF, 22 maio 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 12 de outubro de 2025.
6. CARVALHO LA, et al. O uso de tecnologias para a qualificação da assistência de enfermagem: uma revisão integrativa. Journal of Nursing and Health, 2018; 8: 1.

7. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 ago. 2012. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/. Acessado em: 12 de outubro de 2025.
8. DA SILVA IBS, et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia, 2020; 66: 3.
9. DE JESUS SANTOS AS, et al. Capítulo 3: a humanização como política no âmbito da atenção básica: uma revisão integrativa. Licença Creative Commons, 2023; 35.
10. DE SOUSA LMM, et al. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 2018; 1(1): 45–54.
11. DIAS LM, et al. Planejamento antecipado de cuidados: guia prático. Revista Bioética, 2022; 30: 525-533.
12. DO ESPIRITO LFDS, et al. Os desafios dos enfermeiros de cuidados paliativos no cenário hospitalar brasileiro: revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020; 49: e1283.
13. DOS SANTOS M, DE FARIA ALVES MC. Diretivas antecipadas de vontade (DAV) e autonomia da vontade: uma materialização de direitos fundamentais. Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais, 2023; 9(1): 21–37-21–37.
14. DOS SANTOS ECS. Cuidados Paliativos e o Protagonismo do Paciente Através das Diretivas Antecipadas de Vontade. Revista Técnico-Científica CEJAM, 2024; 3: e202430027-e202430027.
15. ELIAS JD, MESQUITA GV. Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) na Prática Clínica: uma Revisão Bibliográfica. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, Ed. 08, 2025; 02: 15-31.
16. FERREIRA GMDS, SÁ JCD. Recursos educacionais abertos como tecnologias educacionais: considerações críticas. Educação & Sociedade, 2018; 39: 738-755.
17. FERREIRA SBE, et al. Atuação do enfermeiro a pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa de literatura. Nursing Edição Brasileira, 2024; 28 (312): 9359-9365.
18. FIGUEIREDO JF, et al. Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2018; 8.
19. FONTOURA JLD, et al. Ética e humanização na comunicação sobre a morte: um projeto educativo na área da saúde. Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer, 2020; 4(8): 434–445.
20. FUSCULIM ARB, et al. Diretivas antecipadas de vontade: amparo bioético às questões éticas em saúde. Revista Bioética, 2022; 30 (3): 89-597.
21. FRANCISCO ACCM. Implementação de diretivas antecipadas de vontade na área da saúde: revisão integrativa. 2025.
22. GALVÃO JO. Diretivas antecipadas de vontade e a dignidade da pessoa humana: aspectos bioéticos e jurídicos no cenário brasileiro. 2025.
23. LIMA AMDC, et al. Tecnologias educacionais na promoção da saúde do idoso. Enfermagem em Foco, 2020; 1(14).
24. LIMA MA, MANCHOLA-CASTILLO C. Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao “bem morrer”. Revista Bioética, 2021; 29: 268-278.
25. LOUZADO MAN, et al. O enfermeiro frente ao paciente oncológico em cuidado paliativo: revisão de literatura integrativa. Revista Pró-UniverSUS, 2023; 14(3): 70-80.
26. MALHOTRA C, et al. Challenges in providing end-of-life care consistent with documented patient preferences. Annals of Palliative Medicine, 2022; 11(12): 3610619-3613619.
27. MARTINS MCC, et al. Diretivas antecipadas de vontade: aspectos éticos e sua aplicação ao Direito Brasileiro. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, Brasil, 2023; 23: e0015.
28. NAVES F, et al. A importância do atendimento humanizado em cuidados paliativos: uma revisão sistemática. Psic., Saúde & Doenças, 2021; 22 (2): 390-396.
29. NOGARIO ACD, et al. Implementação de diretivas antecipadas de vontade: facilidades e dificuldades vivenciadas por equipes de cuidados paliativos. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2020; 41: e20190399.
30. NUNES KC, CASSINI MRDOL. A psico-oncologia e as estratégias de cuidados frente aos impactos do adoecimento. Psicologia Hospitalar, 2021; 19(2): 65-80.
31. PASQUALI L. Psicometria: teoria e aplicações. Brasília (DF): UnB, 1998.
32. POLIT DF, BECK CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
33. RIDOLPHI AC, RANGEL TLV. A relação médico-paciente e seus aspectos de legalidade. Múltiplos Acessos, 2017; 2: 2.
34. SANTOS TO, et al. Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. Revista de Psicologia, 2021; 15 (55): 159-168.
35. SOUZA MAR, et al. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. Rev Esc Enferm USP, 2018; 52: e03353.
36. URSI ES, GALVÃO CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2006; 14(1): 20-27.