

RELAÇÃO ENTRE CONHECIMENTOS SOBRE DIRETRIZES ANTECIPADAS DE VONTADE, SENTIDO DE VIDA E ATITUDE RELIGIOSA

RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE ABOUT ADVANCE DIRECTIVES OF WILL, MEANING OF LIFE AND RELIGIOUS ATTITUDE

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS SOBRE DIRECTIVAS ANTICIPADAS DE VOLUNTAD, SENTIDO DE VIDA Y ACTITUD RELIGIOSA

ISSN 0717-9553
CIENCIA Y ENFERMERIA (2024) 30:7

DOI
<https://doi.org/10.29393/CE30-7REMJ40007>



Autor(a) de correspondencia
Marcela Tavares De Souza

Palavras-chave
Atenção Primária à Saúde; Diretivas Antecipadas; Profissionais de Saúde; Religião; Sentido da Vida.

Key words
Primary Health Care; Advance Directives; Health Care Professionals; Religion; Meaning of Life.

Palabras clave
Atención Primaria de Salud; Directivas Anticipadas; Profesionales de Salud; Religión; Sentido de la Vida.

Data de recepção
10/01/2024
Data de aceitação
16/06/2024

Editora Associada
Dra. Elizabeth Bastías Arriagada 

Marcela Tavares-De-Souza¹  E-mail: marcela.tavares.souz@gmail.com
Luciana Regina Ferreira-Da-Mata²  E-mail: lucianarfmat@gmail.com
Bruna Moretti-Luchesi³  Email: bruna.luchesi@ufms.br
Juliana Dias Reis-Pessalacia⁴  E-mail: juliana.pessalacia@ufms.br

RESUMO

Objetivo: Avaliar a relação entre o conhecimento sobre diretivas antecipadas de vontade, sentido da vida e atitude religiosa na perspectiva de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde. **Material e Método:** Estudo transversal analítico no qual 110 profissionais responderam a três instrumentos: um questionário sobre diretiva antecipada de vontade, o Questionário de Sentido na Vida e a Escala de Atitude Religiosa-20. Análises de correlação de Spearman (r) foram realizadas para verificar a relação entre as variáveis, com nível de significância de 0,05. **Resultados:** A maioria dos profissionais (79,1%) afirmou não ter conhecimento sobre diretivas antecipadas de vontade. Correlações significativas, embora fracas, foram encontradas entre a subescala *Busca* do Questionário de Sentido da Vida e o desejo de que familiares fizessem diretiva antecipada de vontade, bem como entre os escores totais e componentes de atitude religiosa e a subescala *Busca* do Questionário de Sentido da Vida. Os escores da subescala *Busca* foram significativamente maiores no grupo com níveis mais altos de atitude religiosa. **Conclusão:** Os profissionais da atenção primária à saúde possuem conhecimento limitado sobre diretiva antecipada de vontade, por isso é relevante melhorar a formação

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Departamento de Enfermagem das Faculdades Integradas de Três Lagoas AEMS, Brasil.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem de Mato Grosso do Sul, Brasil.

e o suporte para esses profissionais, integrando aspectos culturais e religiosos nas orientações práticas e programas de formação contínua, a fim de promover um ambiente onde se sintam preparados para discussões sobre cuidados de fim de vida.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the relationship between knowledge about advance directives of will, meaning in life, and religious attitudes from the perspective of primary health care physicians and nurses. **Materials and Methods:** Cross-sectional analytical study in which 110 professionals responded to three instruments: a questionnaire on advance directives, the Meaning in Life Questionnaire, and the Religious Attitude Scale-20. Spearman's correlation analyses (r) were performed to test the relationship between the variables, with a significance level of 0.05. **Results:** Most professionals (79.1%) reported that they had no knowledge about advance directives. Significant, albeit weak, correlations were found between the *Search* subscale of the Meaning in Life Questionnaire and the desire for family members to complete advance directives, as well as between the total scores and components of religious attitudes and the *Search* subscale of the Meaning in Life Questionnaire. *Search* subscale scores were significantly higher in the group with higher levels of religious attitudes. **Conclusion:** Primary health care professionals have limited knowledge about advance directives, so it is important to improve training and support for these professionals by integrating cultural and religious aspects into practical guidelines and continuing education programs to foster an environment in which they feel prepared to discuss end-of-life care.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la relación entre el conocimiento sobre directivas anticipadas de voluntad, sentido de la vida y actitud religiosa desde la perspectiva de médicos y enfermeros de la atención primaria de salud. **Material y Método:** Estudio transversal analítico en el cual 110 profesionales respondieron a tres instrumentos: un cuestionario sobre directivas anticipadas de voluntad, el Cuestionario de Sentido de la Vida y la Escala de Actitud Religiosa-20. Se realizaron análisis de correlación de Spearman (r) para verificar la relación entre las variables, con un nivel de significancia de 0,05. **Resultados:** La mayoría de los profesionales (79,1%) afirmó no tener conocimiento sobre directivas anticipadas de voluntad. Se encontraron correlaciones significativas, aunque débiles, entre la subescala *Búsqueda* del Cuestionario de Sentido de la Vida y el deseo de que los familiares hicieran directivas anticipadas de voluntad, así como entre los puntajes totales y los componentes de actitud religiosa y la subescala *Búsqueda* del Cuestionario de Sentido de la Vida. Los puntajes de la subescala *Búsqueda* fueron significativamente mayores en el grupo con niveles más altos de actitud religiosa. **Conclusión:** Los profesionales de la atención primaria de salud tienen un conocimiento limitado sobre directivas anticipadas de voluntad, por lo que es relevante mejorar la formación y el apoyo para estos profesionales, integrando aspectos culturales y religiosos en las orientaciones prácticas y programas de formación continua, con el fin de promover un entorno donde se sientan preparados para discutir sobre cuidados al final de la vida.

INTRODUÇÃO

Planejamento Antecipado de Cuidados (ACP) é uma abordagem que permite aos indivíduos definir, discutir e documentar, juntamente com membros da família e profissionais de saúde, seus objetivos e preferências em relação aos cuidados e tratamentos médicos futuros⁽¹⁾. Estudos demonstram que o ACP propicia a otimização da qualidade dos cuidados de fim de vida, a oferta de cuidados em concordância com as preferências do paciente e o aumento da utilização dos Cuidados Paliativos (CP), acarretando redução de custos relacionados

aos cuidados de fim de vida; e principalmente, a documentação das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)⁽²⁻⁴⁾.

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui características que facilitam esse processo de comunicação com os pacientes e famílias, como a longitudinalidade, por exemplo. Essas características permitem uma maior interação entre a equipe e os pacientes, possibilitando um conhecimento ampliado que vai além da fisiopatologia, alcançando o contexto sociocultural, econômico e familiar, facilitando assim a identificação de pacientes elegíveis para

o ACP e sua aplicação⁽⁵⁾. Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) recomenda em suas diretrizes a prestação de serviços a pacientes em CP inseridos nos territórios cobertos pelas equipes da APS, sendo essa a população que mais se beneficia do ACP^(6, 7).

No entanto, foram identificadas barreiras que dificultam a aplicação do ACP pelos profissionais de saúde. Entre elas, destaca-se o desconforto dos profissionais em discutir sobre morte e morrer. Estudos mostram que os profissionais entendem a morte como algo difícil de aceitar, ainda mais discutir sobre esse assunto em clínicas e centros de saúde que são vistos como lugares de cura, em que tratamentos não curativos são mal vistos. Além disso, a cultura geral da morte como “tabu” complica a comunicação sobre cuidados de fim da vida com pacientes e famílias^(8,9).

A compreensão sobre a morte e o morrer e o medo que é associado a ela pelos profissionais pode estar ligado aos aspectos culturais e espirituais que permeiam a vida desses profissionais⁽¹⁰⁾. Segundo Viktor Frankl, neurologista e psiquiatra vienense, em sua ontologia dimensional, o homem possui três dimensões e uma delas é a dimensão noética, que seria a dimensão espiritual, na qual estão incluídos os valores e a consciência do indivíduo. E essa dimensão direciona, segundo Frankl, as decisões do ser⁽¹¹⁾. O exercício da espiritualidade é frequentemente praticado por meio da religiosidade, ou seja, por meio das crenças religiosas. Atualmente, a religiosidade pode ser medida através do conceito de atitude, que pode ser definido como um conjunto de comportamentos, conhecimentos e afetos relacionados a um objeto chamado religião⁽¹¹⁾.

De acordo com a Logoterapia, uma linha psicoterapêutica e filosófica desenvolvida pelo neurologista vienense, a força motriz do ser humano é o sentido da vida. O sentido da vida impulsiona as decisões que o indivíduo toma diante dos desafios que a vida impõe. E nessa diretriz, o sentido da morte, para Frankl, é um catalisador na busca pelo sentido da vida, devido à irrecuperabilidade que confere à vida e sua inevitabilidade, fazendo com que o ser humano busque preencher o intervalo entre o nascimento e a morte com um sentido para

sua vida⁽¹²⁾. Nesse ínterim, segundo Frankl⁽¹²⁾, o aspecto espiritual (dimensão noética) e as atitudes religiosas influenciam a compreensão do sentido da vida e da morte pelos seres humanos⁽¹³⁾. A influência das atitudes religiosas na compreensão do processo de morte e morrer é comprovada por estudos que destacam que a compreensão que os pacientes demonstram sobre a morte, levando em conta esses aspectos, está associada à adesão ao ACP/DA ou não^(14,15).

Como o ACP é uma abordagem importante para pacientes em CP e o contexto da APS é um ambiente favorável para sua aplicação; e considerando que enfermeiros e médicos são os principais profissionais envolvidos nos cuidados nessa esfera, seria importante entender como esses profissionais compreendem essa ferramenta e seu uso na prática. Considerando ainda que as atitudes religiosas influenciam o sentido da vida e da morte, e a adesão ao ACP/DA, torna-se relevante entender se esses fatores também influenciam a percepção dos profissionais sobre o tema.

À vista disso, o presente estudo objetivou avaliar a relação entre conhecimento sobre diretrizes antecipadas de vontade, sentido da vida e atitude religiosa na perspectiva de médicos e enfermeiros da APS.

MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento do Estudo: Trata-se de um estudo transversal analítico, que buscou relação entre variáveis de caracterização dos participantes com o conhecimento acerca da DAV, o sentido da vida (busca e presença) e as atitudes religiosas.

Contexto: O estudo foi realizado em serviços de APS de dois municípios brasileiros, selecionados por conveniência dos pesquisadores, visto que as localidades escolhidas representam as áreas de atuação profissional das autoras, facilitando o acesso e a viabilidade logística para a realização das entrevistas, além de proporcionar um entendimento mais profundo do contexto local e das práticas de saúde na APS desses municípios. Essas localidades serão denominadas por Município A (123.281 mil habitantes) e Município B (21.267 mil habitantes).

Composição da amostra: As unidades de análise do estudo são os médicos e enfermeiros atuantes na APS dos dois municípios. Foram considerados esses profissionais para constituição do universo de participantes, devido sua posição estratégica no sistema de saúde brasileiro, onde desempenham um papel fundamental na coordenação e continuidade do cuidado, além de estarem frequentemente envolvidos em discussões sobre cuidados de fim de vida devido à sua proximidade e vínculo longitudinal com os pacientes⁽⁷⁾, o que facilita a aplicação e o respeito às DAV. Os critérios de inclusão utilizados foram: profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) atuantes na APS dos dois municípios há pelo menos seis meses, maiores de 18 anos de idade. E os critérios de exclusão foram: profissionais em período de licença médica e/ou férias no período de realização das entrevistas. O universo, ou seja, o total de profissional que atuavam em cada município era de 104 profissionais no município A e 19 no município B, totalizando 123 profissionais entre médicos e enfermeiros.

Foram entrevistados 55 enfermeiros (89,43%), desses 43 eram do Município A (78,18% dos enfermeiros) e 12 do Município B (21,82%); e 55 médicos (85,93%), desses 47 eram do Município A (85,45% dos médicos) e 8 do Município B (14,55%), em que o total correspondeu a 92,43% do universo. Os 13 profissionais restantes se recusaram a participar da pesquisa.

Não houve necessidade de substituição de participantes, uma vez que todos os indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar foram entrevistados conforme planejado, garantindo a integridade e a representatividade da amostra perante o total de profissionais.

Instrumento de coleta de dados: O formulário aplicado continha quatro partes, e não houve teste piloto antes de sua aplicação:

- Caracterização sociodemográfica e profissional: sexo, idade, categoria profissional, município, setor de trabalho, se possui pós-graduação e tempo de atuação no município.
- Questionário sobre conhecimento e atitudes em relação à DA: trata-se do conhecimento prévio dos participantes sobre DA usando es-

calas dicotômicas e do tipo Likert, nas quais são apresentados valores de 0 a 10 para cada pergunta. O instrumento possui 12 perguntas e foi adaptado para o contexto brasileiro por Stolz et al.⁽¹⁶⁾, baseado no questionário validado publicado por Simón-Lorda (Aquino et al.⁽¹⁷⁾).

- Questionário de Sentido na Vida (QSV): desenvolvido por Steger et al.⁽¹⁸⁾ e adaptado para o contexto brasileiro por Aquino et al.⁽¹⁷⁾. O questionário possui dez itens que distinguem duas dimensões: busca de sentido e presença de sentido na vida. Cada item é avaliado usando uma escala Likert de 7 pontos, com 1 correspondendo a "Absolutamente Falso" e 7 a "Absolutamente Verdadeiro". Assim, os escores para cada di-mensão variam de 5 a 35. A primeira dimensão permite avaliar o processo de busca pelo sentido da vida. A segunda, presença de sentido na vida, visa verificar a existência de sentido na vida dos participantes⁽¹⁹⁾.

- Escala de Atitude Religiosa-20 (RAS-20): consiste em vinte itens e abrange quatro domínios distintos da religiosidade, a saber: cognitivo, afetivo, comportamental e corporeidade⁽²⁰⁾. Para respondê-la, o participante usa uma escala de cinco pontos, com extremos 1 (NUNCA) e 5 (SEMPRE); com um escore total mínimo de 20 e máximo de 100. A variação de escore para cada domínio é mostrada na Tabela 1. Os escores mais altos nessa escala indicam uma alta atitude religiosa⁽²¹⁾.

Para garantir a validade dos dados, foram utilizados instrumentos padronizados e validados previamente na literatura. Além disso, procedimentos de validação interna, como a análise da consistência interna através do coeficiente alfa de Cronbach, foram conduzidos para confirmar a confiabilidade dos instrumentos aplicados no contexto do estudo. Os resultados do coeficiente alfa de Cronbach para a nossa amostra indicaram que a EAR-20 possui alta consistência interna ($\alpha = 0,88$), enquanto o questionário sobre DAV e o QSV apresentam consistência interna aceitável ($\alpha = 0,69$ e $\alpha = 0,51$, respectivamente).

Coleta de dados: A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2021 e maio de 2022, por meio de entrevistas presenciais, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos dois municípios.

A ferramenta utilizada para preenchimento do questionário foi o *Google Forms*, e sua política de privacidade foi mantida. Após a conclusão da coleta de dados, foram emitidas planilhas, que foram arquivadas confidencialmente na posse do pesquisador principal, e que, após cinco anos, serão deletadas.

O estudo implementou um processo de coleta de dados anônimo e confidencial, assegurando que as respostas dos participantes não fossem influenciadas por preocupações sobre julgamentos ou repercussões. Além disso, as entrevistas foram conduzidas de forma padronizada, seguindo um roteiro estruturado para minimizar o viés do entrevistador e garantir a objetividade das respostas. Foram implementadas verificações rigorosas durante a coleta de dados, garantindo que todos os questionários fossem completamente preenchidos pelos participantes, não havendo dados faltantes.

Análise de dados: Os dados foram capturados pelo aplicativo *GoogleForms®* para verificação e validação. Os instrumentos foram decompostos em componentes para possibilitar a análise entre eles. O questionário de DA foi dividido em: componente de conhecimento; componente de opinião; e componente de recomendação e respeito. O QSV foi dividido em subescala de presença e subescala de busca. O RAS-20 será apresentado em seus quatro domínios: cognitivo, comportamental, afetivo e corporeidade. Esses componentes constituíram as variáveis do estudo.

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas e exploratórias de todas as variáveis. Para isso, foram utilizadas frequências absolutas e relativas, médias, desvios padrão, mínimos, máximos e quartis. Testes t de Student e testes de Welch foram utilizados para comparar escores entre dois grupos quando as variâncias eram homogêneas ou heterogêneas, respectivamente. Testes não paramétricos de Kruskal Wallis e Dunn foram utilizados para comparar os três grupos com diferentes níveis de atitude religiosa, em relação aos escores das subescalas de presença e busca do QSV e o componente "Recomendação e respeito" da DAV. Análises de correlação de Spearman(r) foram usadas para analisar co-

relações entre variáveis. A classificação da força da correlação foi classificada da seguinte forma: muito fraca (0,00-0,19), fraca (0,20-0,39), moderada (0,40-0,69), forte (0,70-0,89) e muito forte (0,90-1,0)⁽²²⁾. As análises foram realizadas utilizando o *software R Core Team* (2020), com nível de significância de 5%.

O estudo apresenta possíveis variáveis de confusão, como: a formação acadêmica e profissional dos participantes, suas experiências pessoais e profissionais prévias com DAV, bem como suas crenças religiosas e culturais, que poderiam influenciar o conhecimento e as atitudes em relação às DAV, interferindo na avaliação dos resultados. No entanto, a fim de minimizá-las, foi adotado um rigoroso critério de inclusão dos participantes, além de serem aplicados questionários padronizados e validados para avaliar o conhecimento, o sentido da vida e as atitudes religiosas, garantindo assim a consistência e a comparabilidade dos dados coletados. Além disso, foram realizadas análises estatísticas apropriadas para controlar possíveis influências dessas variáveis nos resultados do estudo.

Aspectos éticos: O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) sob o parecer nº 5.070.511 e foi conduzido de acordo com as normas éticas para pesquisa envolvendo seres humanos. O consentimento informado por escrito foi obtido individualmente de todos os participantes incluídos no estudo.

RESULTADOS

A Tabela 2 apresenta as características dos participantes do estudo.

Quanto ao componente de conhecimento sobre DAV, a maioria (79,1%) dos profissionais afirmou não ter conhecimento, 8,2% adquiriram conhecimento na graduação, 7,3% na pós-graduação, 0,9% em cursos específicos e 4,5% de outra forma, o que pode ser observado na Tabela 3. Além disso, quando perguntados sobre a nota que dariam ao seu conhecimento sobre DA, 71,82% dos participantes atribuíram nota no intervalo de 0-2 a seu conhecimento.

Com relação ao conhecimento sobre a

regulamentação legal das DAV no Brasil, 16,4% afirmaram que há regulamentação, 6,4% responderam que não e 77,3% responderam que não sabiam. Quando questionados se já haviam lido algum documento sobre DAV, 10% dos profissionais disseram que já leram e 90% não.

Na Tabela 1 são expressas as médias dos escores dos outros dois componentes do instrumento sobre DAV, do QSV e dos domínios do RAS-20.

Em uma escala que varia de 0 a 10, as médias dos escores dos componentes de opinião dos profissionais sobre DAV foram superiores a 8. Quanto ao componente de recomendação

e respeito, a maioria das médias também foi superior a 8,0, com exceção do item “Você acha provável que fará sua declaração de DAV no próximo ano” com média de 5,0 e “Respeitaria os desejos expressos de um paciente em uma declaração de DAV” com média de 7,8.

Em uma escala que varia de 5 a 35 do QSV, a média do escore para presença foi 29,9 e para busca foi 20,5. No RAS-20, a média do escore para o domínio cognitivo foi 20,5, numa escala que varia de 7 a 35. Para comportamental (escala de 5 a 25), a média foi 17,4. Para afetivo, com escala de 3 a 15, a média foi 11,3 e para corporeidade (escala de 5 a 25), a média foi 14,1.

Tabela 1. Pontuações médias dos instrumentos aplicados no estudo, Brasil, 2023.

Instrumentos	Variáveis		Média (DP)	Escala
Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)	Opinião	Acha conveniente que os cidadãos planeiem os seus desejos de saúde deixando-os escritos na declaração da DAV?	8,30 (2,40)	0-10
		Você acredita que a declaração DAV é uma ferramenta útil para os profissionais de saúde na tomada de decisões sobre um paciente?	8,50 (2,50)	0-10
		Você acredita que a declaração DAV é um instrumento útil para os familiares do paciente na tomada de decisões sobre o paciente?	8,30 (2,50)	0-10
		Você acredita que se o paciente nomeasse um representante na DAV facilitaria a tomada de decisão dos profissionais de saúde em situações em que o paciente não pudesse se expressar?	8,50 (2,20)	0-10
	Recomendação e respeito	Você recomendaria que seus pacientes fossem submetidos à DAV?	8,30 (2,30)	0-10
		Você gostaria que os familiares de seus pacientes fizessem DAV?	8,40 (2,70)	0-10
		Como um paciente preencheria o documento DAV?	8,70 (2,50)	0-10
		Você respeitaria os desejos expressos de um paciente em uma declaração de DAV?	7,80 (2,50)	0-10
		Você acha que é provável que faça sua declaração DAV no próximo ano?	5,0 (3,70)	0-10
Questionário Sentido da Vida (QSV)		Subescala Presença	29,90 (5,50)	5-35
		Subescala Busca	20,50 (9,30)	5-35
Escala de Atitude Religiosa (RAS-20)		Cognitivo	20,50 (6,50)	7-35
		Comportamental	17,40 (4,90)	5-25
		Afetivo	11,30 (3,10)	3-15
		Corporeidade	14,10 (6,20)	5-25
		RAS-20 pontuação total	63,30 (16,40)	20-100

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, Brasil, 2023 (n= 110).

Características		f	%
Sexo	Feminino	72	65,5
	Masculino	38	34,5
Graduação	Enfermagem	55	50,0
	Médico	55	50,0
Pós graduação	Sim	84	76,4
	Não	26	23,6
Setor de trabalho*	Assistência	102	92,7
	Coordenação	29	26,4
	Gerência	7	5,5
Municípios	A	94	85,4
	B	16	14,4
		Média (DP)	Mediana (mín-máx)
Idade (anos)		37,5 (9,70)	35,0 (24,0-68,0)
Anos de atuação no município		6,3 (7,70)	3,0 (0,08-41,70)

*Os percentuais somam mais de 100%, pois foi possível selecionar mais de uma resposta.

(DP): desvio padrão

Tabela 3. Conhecimento sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) em profissionais da área da saúde, Brasil, 2023 (n=110).

Variável		f	%
Você tem conhecimento anterior sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)	Sim	23	20,90
	Não	87	79,10
Se a resposta anterior for sim, onde adquiriu?	Graduação	9	8,20
	Curso específico	1	0,90
	Pós-graduação	8	7,30
	Outro	5	4,50
	Não tem conhecimento	87	79,10
De 0 a 10, qual nota você daria para seu conhecimento em relação às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)?	0 a 2	79	71,82
	2 a 4	10	9,09
	4 a 6	10	9,09
	6 a 8	10	9,09
	8 a 10	1	0,91
As Diretivas Antecipadas de Vontade são regulamentadas no Brasil?	Sim	18	16,40
	Não	7	6,40
	Não tem conhecimento	85	77,30

Os resultados dos três instrumentos foram comparados em termos do município onde atuavam, e não foram identificadas diferenças significativas.

Quanto à categoria profissional, observou-se que 5,5% dos enfermeiros e 36,4% dos médicos acreditavam ter conhecimento sobre DAV. Em média, enfermeiros e médicos pontuaram 1,8 e 2,9, respectivamente, em seu conhecimento sobre DA. Ambas as variáveis apresentaram diferença significativa ($p < 0,05$).

Como se observa na Tabela 4, houve corre-

lações fracas e significativas entre a subescala Busca do QSV e o desejo de familiares fazerem DAV ($p = 0,04$), e entre a subescala Busca e Atitude Religiosa ($p < 0,01$). A subescala Busca teve escores maiores em grupos com alta Atitude Religiosa. Também houve correlações fracas e significativas entre Atitude Religiosa e a probabilidade de fazer DAV no próximo ano ($p = 0,03$). Não houve diferença significativa entre níveis de Atitude Religiosa e "Recomendação e Respeito" das DAV ($p > 0,05$).

Tabela 4. Correlações entre os instrumentos aplicados no estudo, Brasil, 2023.

DAV / QSV- Busca	QSV Subescala Busca		EAR-20							
			Total		Cognitivo		Comportamental		Afetivo	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Você gostaria que seus familiares fizessem DAV?	0,193	0,04	0,0005	0,99	0,002	0,98	0,055	0,56	0,0045	0,962
Você acha que é provável que faça DAV no próximo ano?	0,1624	0,62	0,212	0,03	0,236	0,01	0,302	<0,01	0,075	0,43
QSV Subescala Busca			0,281	<0,01	0,199	0,04	0,299	<0,01	0,282	<0,01
Recomendaria que seus pacientes fizessem DAV?			0,0422	0,66	0,0684	0,56	0,0579	0,54	0,0572	0,55

r: Correlação de Spearman/ p: Coeficiente de confiabilidade/ DAV: Diretiva Antecipada de Vontade/ QSV: Questionário de Significado na Vida/ EAR-20: Escala de Atitude Religiosa.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo demonstraram primeiramente, o nível de conhecimento dos profissionais da Atenção Primária quanto a DAV, em que quase 80% dos participantes indicaram não ter conhecimentos sobre o instrumento, atribuindo uma nota média de 2,36 (0-10). Este déficit de conhecimento foi identificado em outros estudos^(23, 24) realizados na Europa e na Ásia com profissionais médicos e enfermeiros. Essa situação pode ser atribuída à formação acadêmica desses profissionais relacionada aos CP, em que a temática não é abordada de maneira robusta nos currículos e consequentemente acabam por não envolver abordagens como o ACP e o instrumento DAV, bem como as discussões de fim de vida⁽²⁵⁾. Outro ponto levantado pelos estudos, é que a falta de

leis consolidadas sobre o assunto, acabam por não dar espaço ao ACP e DAV nas esferas de saúde, limitando o acesso tanto dos profissionais, quanto dos pacientes a eles⁽²⁴⁾.

A maioria dos participantes (77,3%) indicou não saber se existe regulamentação legal das DAV no Brasil. O conhecimento acerca da legislação a respeito da DAV é relevante para os profissionais que vão aplicar o ACP com vistas à DAV e ainda mais relevante aos que vão receber esse documento e refletir sobre os desejos do paciente inseridos ali e os procedimentos de saúde que vão ser realizados ou não junto àquele paciente⁽²⁶⁾. Visando tanto o cumprimento da lei e o respaldo legal, mas também o respeito a autonomia do paciente^(27, 28).

A pontuação relacionada ao componente Recomendação e Respeito variou de 7,8 a

8,0 (sendo o máximo 10). Ou seja, mesmo demonstrando déficit de conhecimento acerca do tema, os participantes concordam com a essência do instrumento DAV de autonomia do paciente e concordam em recomendá-lo e respeitá-lo, e este achado está em concordância com estudos em diferentes países com as mesmas classes profissionais^(23, 29, 30). Assim, é possível perceber que as barreiras de aplicação do ACP e DAV não estão fundamentadas às ideologias que embasam esses instrumentos, mas sim na escassez do conhecimento e prática acerca das abordagens⁽³⁰⁾.

Uma das correlações significativas evidenciadas pelo estudo, foi a que relaciona a subescala Busca do QSV com a Recomendação de DAV aos familiares. A subescala Busca, pode se relacionar com a busca de sentido, que é a motivação incessante do indivíduo que surge após alcançar objetivos⁽¹³⁾, mas também pode se relacionar com contextos estressantes que impulsionam o indivíduo a adaptação e à resiliência⁽³¹⁾. A correlação desse constructo com a recomendação de DAV a familiares pode implicar em uma estratégia do indivíduo para evitar o sofrimento dos entes queridos, visto que altas pontuações na subescala Busca também estão associadas a sentimentos negativos e depressão^(19, 32), e um dos benefícios da DAV é evitar a futilidade terapêutica e a distanásia^(33, 34).

Destaca-se também a correlação positiva entre a Atitude Religiosa (Total, Componente Cognitivo e Componente Comportamental) com a afirmativa de "Fazer sua DAV no próximo ano". De acordo com Geertz⁽³⁴⁾, dar sentido a experiência vivida é tão importante para o ser humano quanto suas necessidades biológicas, assim a religião ultrapassa a esfera metafísica induzindo a aceitação intelectual e reforçando o compromisso emocional. Dessa forma, a atitude religiosa pode ser expressa como o ato de possuir uma crença e através dela encontrar sentidos na vida e assim ser conduzido para uma cosmovisão mais positiva⁽³⁵⁾. Considerando que estudos apontam que pessoas que apresentam crenças religiosas tem mais probabilidade de iniciar discussões sobre ACP e conversas sobre a terminalidade da vida^(36, 37), a correlação encontrada pode ser compreendida como a

habilidade da pessoa que apresenta crenças religiosas traçar planos para o futuro, sem considerar a possibilidade de morte como algo extremamente negativo, visualizando a DAV como uma ação organizacional de algo inevitável.

Uma das limitações que recaem sobre o estudo é a seleção por conveniência dos participantes, o que pode introduzir vieses e limitar a representatividade da amostra, restringindo a generalização dos resultados para outras regiões ou contextos. Além disso, a natureza transversal do estudo impede a inferência de causalidade entre as variáveis analisadas. Portanto, futuros estudos com amostras maiores e mais diversas, bem como delineamentos longitudinais, são necessários para corroborar e expandir os achados aqui apresentados.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo indicam que os profissionais de saúde da APS apresentam um conhecimento limitado sobre DAV, o que pode ser influenciado não só pela formação insuficiente, mas também por fatores culturais, como crenças religiosas e o sentido da vida. No entanto, essa lacuna de conhecimento deve ser vista no contexto mais amplo do sistema de saúde e da forma como a regulamentação nacional é traduzida em orientações práticas e educação continuada.

A falta de informações detalhadas sobre as políticas de fim de vida do Brasil não significa necessariamente que os profissionais estejam despreparados para iniciar conversas sobre esses tópicos. Existem outras abordagens eficazes que podem ser utilizadas na promoção do ACP, considerando as influências culturais e religiosas.

Recomenda-se que futuras pesquisas explorem diferentes estratégias para integrar as DAV na prática clínica da APS e desenvolvam programas de formação contínua que abordem tanto as diretrizes legais quanto os aspectos culturais e religiosos, promovendo um ambiente onde os profissionais de saúde se sintam preparados e apoiados para conduzir discussões sobre cuidados de fim de vida com seus pacientes.

Financiamento: Declaramos que este trabalho foi realizado com o apoio da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Brasil – Brasil.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Participação das autoras:

Marcela Tavares-De-Souza: Concepción y diseño del trabajo; Recolección/obtención de datos; Análisis e interpretación de los resultados; Redacción del manuscrito.

Luciana Regina Ferreira-Da-Mata: Redacción del manuscrito; Revisión crítica del manuscrito.

Bruna Moretti-Luchesi: Redacción del manuscrito; Revisión crítica del manuscrito.

Juliana Dias Reis-Pessalacia: Concepción y diseño del trabajo; Redacción del manuscrito; Revisión crítica del manuscrito; Aprobación de su versión final; Asesoría técnica y metodológica.

REFERÊNCIAS

1. Martina D, Lin C-P, Kristanti MS, Bramer WM, Mori M, Korfage IJ, et al. Advance care planning in asia: a systematic narrative review of healthcare professionals’ knowledge, attitude, and experience. *Journal of the American Medical Directors Association* [Internet]. 2021 [citado 2024 jan 9]; 22(2):349.e1-349.e28. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.12.018>
2. Brinkman-Stoppenburg A, Rietjens JA, Van Der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliat Med* [Internet]. 2014 [citado 2024 jan 9]; 28(8):1000-25. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216314526272>
3. Jimenez G, Tan WS, Virk AK, Low CK, Car J, Ho AHY. Overview of Systematic Reviews of Advance Care Planning: Summary of Evidence and Global Lessons. *Journal of Pain and Symptom Management* [Internet]. 2018 [citado 2024 jan 9]; 56(3):436-459.e25. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.016>
4. Dixon J, Matosevic T, Knapp M. The economic evidence for advance care planning: Systematic review of evidence. *Palliat Med* [Internet]. 2015 [citado 2024 jan 9]; 29(10):869-84. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216315586659>
5. Hafid A, Howard M, Guenter D, Elston D, Fikree

- S, Gallagher E, et al. Advance care planning conversations in primary care: a quality improvement project using the Serious Illness Care Program. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2021 [citado 2024 jan 9]; 20(1):122. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00817-z>
6. Brasil. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
7. Wassmansdorf Mattos C, D’Agostini Derech R. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira: Um survey nacional. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2020 [citado 2024 jan 9]; 15(42):2094. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2094](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2094)
8. Nelson KE, Wright R, Abshire M, Davidson PM. All Things Death and Dying: Health Professional Students Participating in the Death Café Model. *Journal of Palliative Medicine* [Internet]. 2018 [citado 2024 jan 9]; 21(6):850-2. Disponível em: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2017.0440>
9. Willemsen AM, Paal P, Zhang S, Mason S, Elsner F. Chinese medical teachers’ cultural attitudes influence palliative care education: a qualitative study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2021 [citado 2024 jan 9]; 20(1):14. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00707-w>
10. Croucher K, Büster L, Dayes J, Green L, Raynsford J, Comerford Boyes L, et al. Archaeology and contemporary death: Using the past to provoke, challenge and engage. Frey R, editor. *PLoS ONE* [Internet]. 2020 Dec 29 [citado 2024 jan 9]; 15(12):e0244058. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244058>
11. Frankl VE. *Logoterapia e análise existencial: textos de cinco décadas*. 1ª ed. Campinas: Editorial Psy II; 1995: 110-300.
12. Frankl, VE. *Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial*. São Paulo: Quadrante, 2003: 250-412.
13. Aquino TA, Cruz JS. A fenomenologia do homem religioso segundo Viktor Frankl. *Relegens Threskeia* [Internet]. 2021 [citado 2024 jan 9]; 1(10):115-35. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/relegens/article/download/79462/44002>
14. Lutz K, Rowniak SR, Sandhu P. A Contemporary Paradigm: Integrating Spirituality in Advance Care Planning. *J Relig Health* [Internet]. 2018 [citado 2024 jan 9]; 57(2):662-71. Disponível em: <https://>

- doi.org/10.1007/s10943-017-0541-7
15. De Vries K, Banister E, Dening KH, Ochieng B. Advance care planning for older people: The influence of ethnicity, religiosity, spirituality and health literacy. *Nursing Ethics* [Internet]. 2019 [citado 2024 jan 9]; 26(7-8):1946-54. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733019833130>
 16. Stolz C, Gehlen G, Bonamigo EL, Bortoluzzi MC. Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia. *Revista Bioética* [Internet]. 2011[citado 2024 jan 9]; 19: 833-845. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533257018>.
 17. Aquino TAA, Gouveia VV, Silva SS, Aguiar AA. Escala de Atitudes Religiosas, Versão Expandida (EAR-20): Evidências de Validade. *Avaliação psicológica, Itatiba* [Internet]. 2013 [citado 2024 jan 9], 1(12): 109-119 Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000200002&lng=pt&nrm=iso.
 18. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology* [Internet]. 2006 [citado 2024 jan 9]; 53(1):80-93. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-0167.53.1.80>
 19. Aquino TAA, Veloso VG, Aguiar AA, Serafim TDB, Pontes AM, Pereira GA et al. Questionário de Sentido de Vida: Evidências de Sua Validade Fatorial e Consistência Interna. *Psicol. cienc. prof.* [Internet]. 2015 [citado 2024 jan 9];35: 4-19. Disponível em: doi:10.1590/1982-3703001332012.
 20. Diniz AC, Aquino TAA. A relação da religiosidade com as visões de morte. *Religare: Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da UFPB* [Internet]. 2009 [citado 2024 jan 9]; 6: 1-12 Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/religare/article/view/8238>
 21. Simón-Lorda P, Isabel Tamayo-Velázquez M, Vázquez-Vicente A, Durán-Hoyos A, Pena-González J, Jiménez-Zurita P. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Atención Primaria* [Internet]. 2008 [citado 2024 jan 9];40(2):61-6. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656708702750>
 22. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia & Analgesia* [Internet]. 2018 [citado 2024 jan 9];126(5):1763-8. Disponível em: <https://journals.lww.com/00000539-201805000-00050>
 23. Martínez Gimeno ML, Cámara Escribano C, Honrubia Fernández T, Olmo García MC, Tovar Benito DH, Bilbao-Goyoaga Arenas T, et al. Conocimientos y actitudes sobre voluntades anticipadas en profesionales sanitarios. *Journal of Healthcare Quality Research* [Internet]. 2018 [citado 2024 jan 9];33(5):270-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhq.2018.05.005>
 24. Cheng Q, Liu X, Li X, Qing L, Lin Q, Wen S, et al. Discrepancies among knowledge, practice, and attitudes towards advance care planning among Chinese clinical nurses: A national cross-sectional study. *Applied Nursing Research* [Internet]. 2021 [citado 2024 jan 9]; 58:151409. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151409>
 25. Grey C, Constantine L, Baugh GM, Lindenberger E. Advance Care Planning and Shared Decision-Making: An Interprofessional Role-Playing Workshop for Medical and Nursing Students. *MedEdPORTAL* [Internet]. 2017 [citado 2024 jan 9]; 13:10644. Disponível em: http://www.mededportal.org/doi/10.15766/mep_2374-8265.10644
 26. Arruda LMD, Abreu KPB, Santana LBC, Sales MVDC. Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2019 [citado 2024 jan 9]; 18: eRW4852. Disponível em: <https://journal.einstein.br/article/variables-that-influence-the-medical-decision-regarding-advance-directives-and-their-impact-on-end-of-life-care/>
 27. Bonsignore A, Bragazzi NL, Basile C, Pelosi P, Gratarola A, Bonatti G, et al. Development and Validation of a Questionnaire investigating the Knowledge, Attitudes and Practices of Healthcare Workers in the Field of Anesthesiology concerning the Italian Law on Advance Healthcare Directives: a Pilot Study. *Acta Biomedica Atenei Parmensis* [Internet]. 2021 [citado 2024 jan 9]; 92(4):e2021092. Disponível em: <https://doi.org/10.23750/abm.v92i4.11314>
 28. Steel AJ, Owen LH. Advance care planning: the who, what, when, where and why. *Br J Hosp Med* [Internet]. 2020 [citado 2024 jan 9]; 81(2):1-6. Disponível em: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/hmed.2019.0396>
 29. Somal K, Foley T. General practitioners' views of advance care planning: a questionnaire-based study. *Ir J Med Sci* [Internet]. 2022 [citado 2024 jan 9]; 191(1):253-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02554-x>
 30. Damásio BF, Koller SH. Meaning in Life Questionnaire: Adaptation process and psychometric properties of the Brazilian version. *Revista Latinoamericana de Psicología* [Internet]. 2015 [citado 2024 jan 9];47(3):185-95. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0120053415000163>
 31. Mascaro N, Rosen DH. Existential Meaning's Role in the Enhancement of Hope and Prevention of

- Depressive Symptoms. *Journal of Personality* [Internet]. 2005 [citado 2024 jan 9]; 73(4):985-1014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6494.2005.00336.x>
32. Abu Al Hamayel N, Isenberg SR, Sixon J, Smith KC, Pitts SI, Dy SM, et al. Preparing Older Patients With Serious Illness for Advance Care Planning Discussions in Primary Care. *Journal of Pain and Symptom Management* [Internet]. 2019 [citado 2024 jan 9]; 58(2):244-251.e1. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.04.032>
 33. Rose BL, Leung S, Gustin J, Childers J. Initiating Advance Care Planning in Primary Care: A Model for Success. *Journal of Palliative Medicine* [Internet]. 2019 [citado 2024 jan 9]; 22(4):427-31. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2018.0380>
 34. Geertz C. *The interpretation of cultures*. 9th Ed. Basic Books: New York; 1973: 430-512.
 35. Aquino TAA, Correia APM, Marques ALC, Souza CG, Freitas HCA, Araújo IF et al. Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. *Psicologia: Ciência e Profissão* [Internet]. 2009 [citado 2024 jan 9]; 29(2): 228-243. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000200003>
 36. Chakraborty R, El-Jawahri AR, Litzow MR, Syrjala KL, Parnes AD, Hashmi SK. A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Pall Supp Care* [Internet]. 2017 [citado 2024 jan 9]; 15(5):609-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1478951516001061>
 37. Miyashita J, Shimizu S, Fukuhara S, Yamamoto Y. Association between religious beliefs and discussions regarding advance care planning: A nationwide survey. *Palliat Med* [Internet]. 2021 [citado 2024 jan 9]; 35(10):1856-64. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/02692163211029508>

