



I Fórum de Cuidados Paliativos do CREMEB

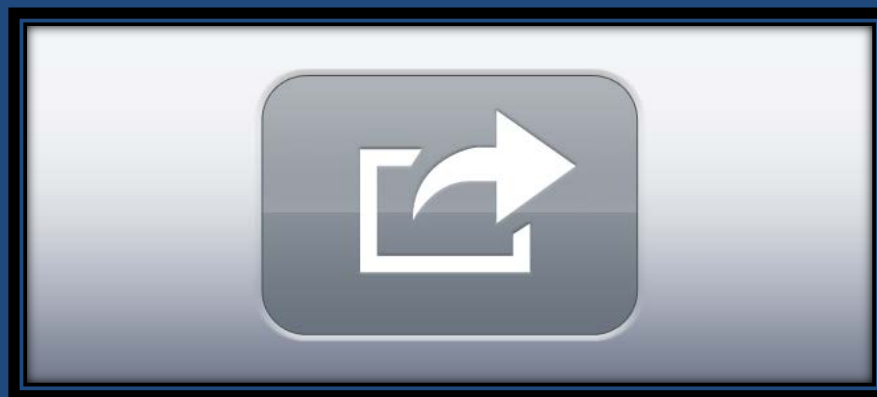
DECISÃO COMPARTILHADA Ferramentas para Mitigar Conflitos

17/12/16

Dr. Vítor Carlos Silva

Medicina Intensiva / Medicina Paliativa

COMPARTILHAR



COMPARTILHAR



OBJETIVO DO CUIDADO

● Eu quero

- Resolver o meu problema
- Descobrir o que eu tenho
- Ficar curado da minha doença
- Sair do hospital
- Sentir-me seguro em minha casa



OBJETIVO DO CUIDADO

◉ Eu quero

- Resolver o problema do meu paciente
- Descobrir o que ele / ela tem
- Curar / tratar a doença dele / dela
- Garantir alta do hospital
- Garantir segurança ao meu paciente





**I CAN'T KEEP
CALM**

CUZ

**I'M GOING TO THE
HOSPITAL**





**KEEP
CALM
I'M GOING
TO THE
HOSPITAL**

[illegible]

FUNDAMENTOS TERAPÊUTICOS

SINTOMAS

DOR

DISPNEIA

ANGÚSTIA

FADIGA

DEPRESSÃO

XEROSTOMIA

OBSTIPAÇÃO

PRESCRIÇÃO

ANALGÉSICO

O2 + INALAÇÃO

ANSIOLÍTICO

PSICOESTIMULANTE

ANTIDEPRESSIVO

SALIVA ARTIFICIAL

LAXATIVOS

INTERVENÇÃO



INTERVENÇÃO



O PODER DE DECISÃO



O PODER DE DECISÃO



- “Vamos começar ATB em seu pai”
- “Ela precisa de cirurgia imediatamente”
- “A Sra. quer ir pra UTI”
- “O Sr. quer ser intubado”
- “Na dúvida, vamos reanimá-lo”.

INTERFERÊNCIAS NO CUIDADO

- ⊙ Interferências institucionais:
 - Reconhecimento gerencial
 - Fluxograma de encaminhamento
 - Disponibilidade de equipamentos e recursos humanos
- ⊙ Interferências no eixo terapêutico:
 - Paciente e família
 - Equipe médica assistente
 - Equipe multiprofissional

SUORTE PALIATIVO

CRITÉRIOS DE ELEIÇÃO

- Sintomas mal controlados
- Enfermidades incuráveis
- Piora de desempenho funcional
- Internamento prolongado
- Internações recorrentes
- Conflito



SUORTE PALIATIVO

CRITÉRIOS DE ELEIÇÃO

- Sintomas mal controlados
- Enfermidades incuráveis
- Piora de desempenho funcional
- Internamento prolongado
- Internações recorrentes
- Conflito



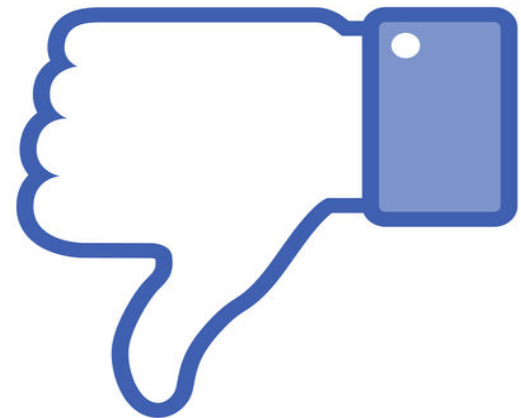
FONTES DE CONFLITO

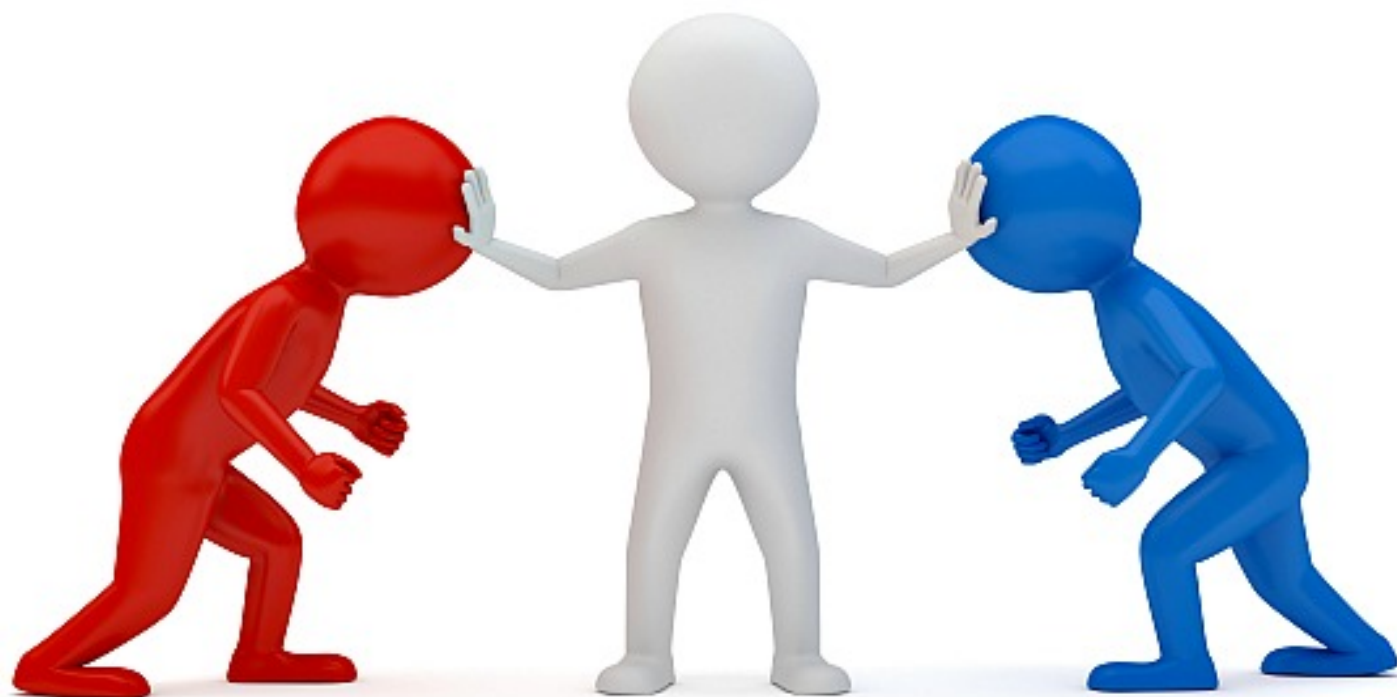
- ⦿ Insegurança + expectativa por resultados
- ⦿ Insatisfação + expectativa por atendimento
- ⦿ Discordância entre equipes
- ⦿ Ruído de comunicação
- ⦿ Demandas institucionais



FONTES DE CONFLITO

- ◉ OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA
- ◉ PROSELITISMO
- ◉ BURN OUT
- ◉ ESTRESSE MORAL





PESSOAS DIFÍCEIS



Indecisive



Know-It-All



Agreeable



Complainer



Silent



Aggressive



Negativist

PESSOAS DIFÍCEIS



SITUAÇÕES DIFÍCEIS



SITUAÇÕES DIFÍCEIS





ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

“Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a **qualidade de vida** de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do **alívio do sofrimento**.”

Requer identificação precoce, avaliação e tratamento de problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Serviço Social

Psicologia

Nutrição

Medicina

PACIENTE

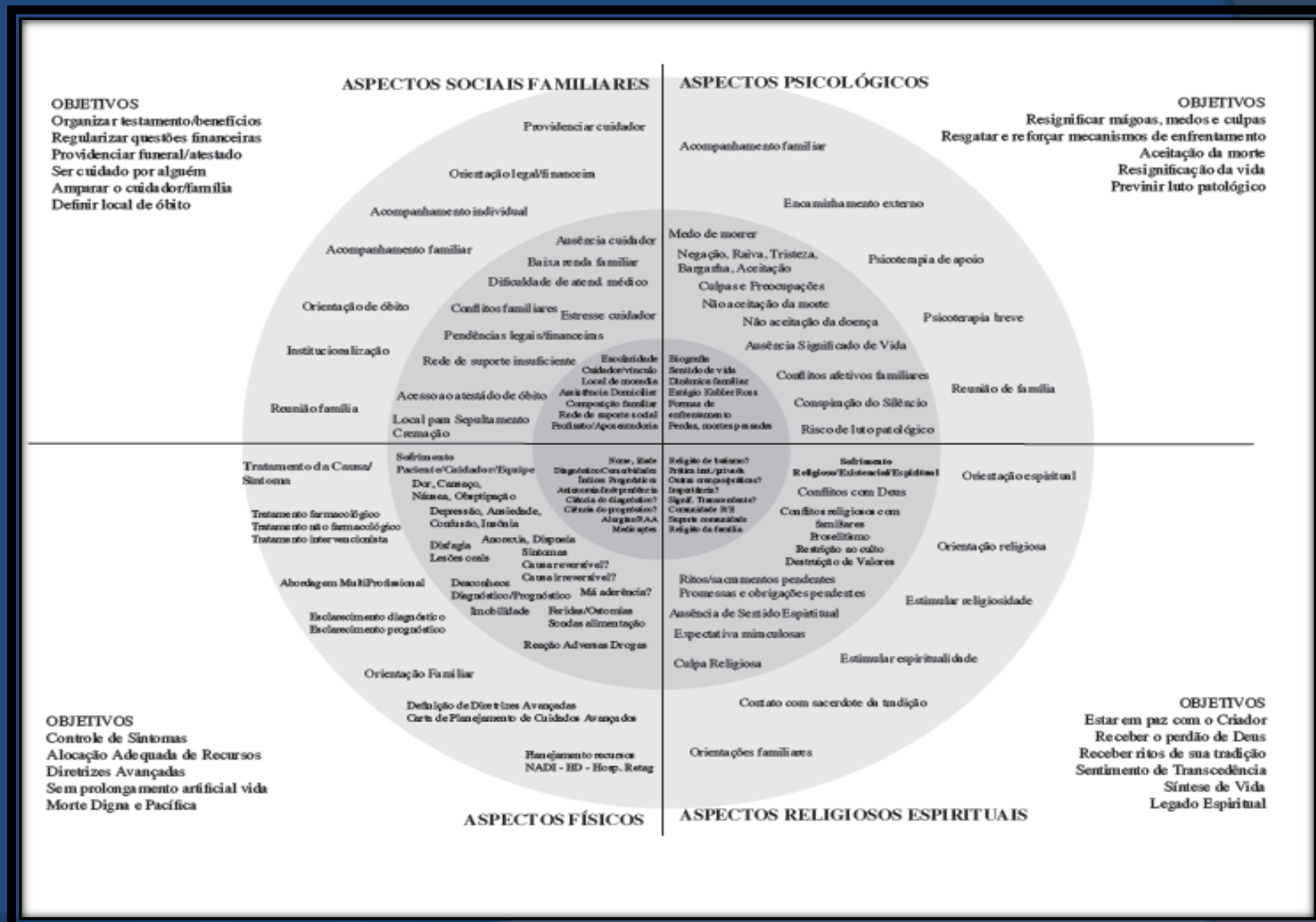
Enfermagem

Fisioterapia

Fonoaudiologia

Farmácia

FUNDAMENTOS TERAPÊUTICOS



FUNDAMENTOS TERAPÊUTICOS

INTERVENÇÃO

- Fatores relacionados à doença
- Modelos de assistência
- Paraefeitos
- Modulações
 - Fatores multidimensionais
 - Fatores institucionais
 - Fatores econômicos



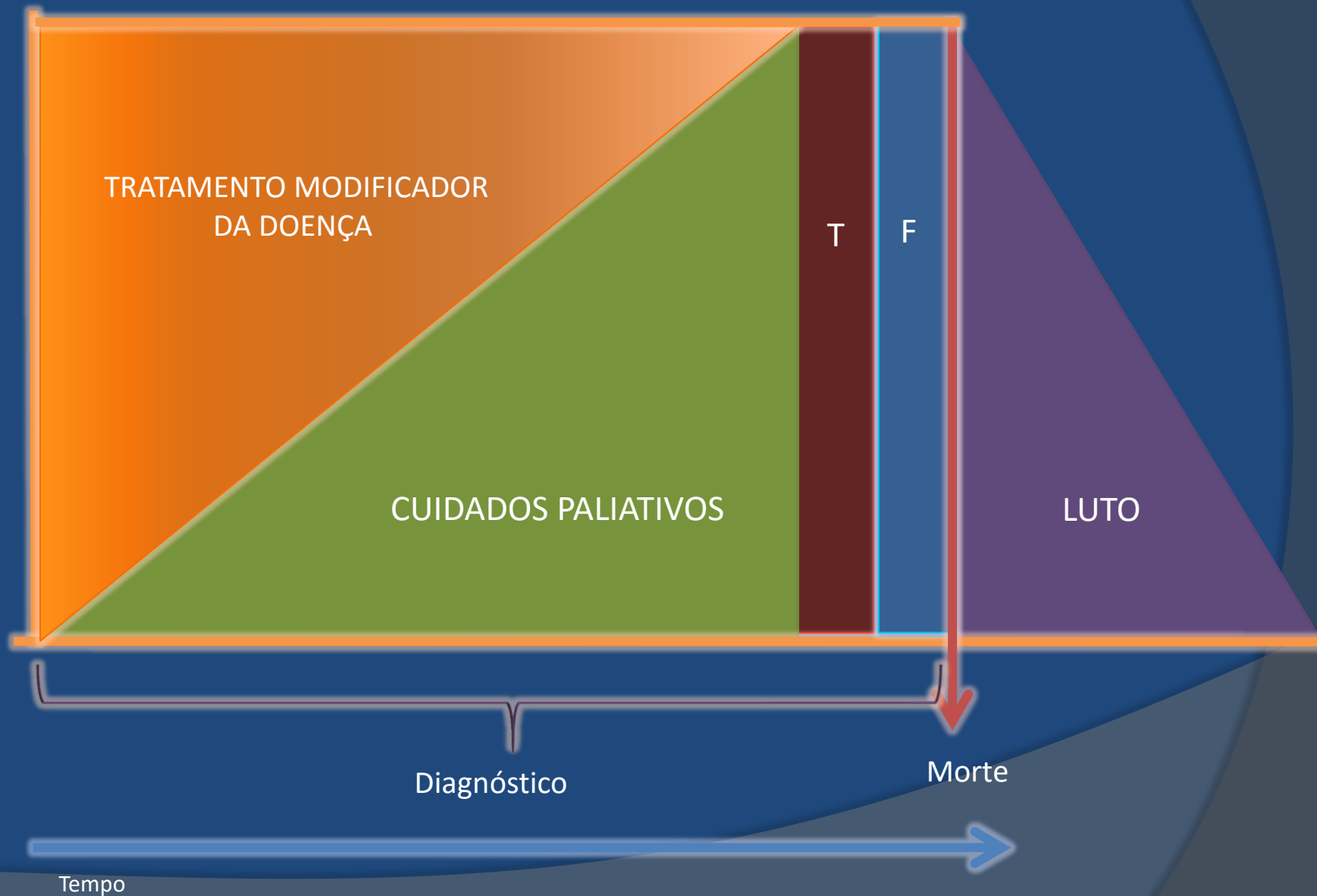
FUNDAMENTOS TERAPÊUTICOS

INTERVENÇÃO

- Fatores relacionados à doença
- Modelos de assistência
- Paraefeitos
- Modulações
 - Fatores multidimensionais
 - Fatores institucionais
 - Fatores econômicos



FASES DE EVOLUÇÃO



DEFINIÇÕES

- **Funcionalidade:** comportamento ou ação para a qual possa ser visualizado início e fim; destinar-se a algo;
- **Sobrevida:** estado daquele que sobrevive a outro; prolongamento da existência além da expectativa;
- **Prognóstico:** conhecimento ou juízo antecipado sobre a evolução (da doença) baseado em diagnóstico e possíveis medidas; suposição sobre o resultado de um processo; predição ou expectativa.

FUNCIONALIDADE



FERRAMENTAS PROGNÓSTICAS

- KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes)
- Child-Pugh / MELD (Model for End-Stage Liver Disease)
- Classificação funcional da NYHA
- ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)



EXERCITANDO A DECISÃO

Autonomia

Cenário 1: Consultório

- Homem, 40 anos, recém diagnosticado de ELA
- Casado, 03 filhos, médico, católico
- PPS 70% // suporte fisioterápico intensivo
- Comparece para aconselhamento de medidas

EXERCITANDO A DECISÃO

Autonomia

Cenário 1: Consultório

- Homem, 40 anos, recém diagnosticado de ELA
- Casado, 03 filhos, médico, católico
- PPS 70% // suporte fisioterápico intensivo
- Comparece para aconselhamento de medidas

Conflito familiar / equipe

EXERCITANDO A DECISÃO

Autonomia

Cenário 1: Consultório

- Homem, 40 anos, recém diagnosticado de ELA
- Casado, 03 filhos, médico, católico
- PPS 70% // suporte fisioterápico intensivo
- Comparece para aconselhamento de medidas

MIF / Barthel / teste muscular manual

ALFRS / NORRIS / APPEL

EXERCITANDO A DECISÃO

Benefício

Cenário 2: Hospital

- Mulher, 79 anos, cirrose hepática CHILD C, IRC, DM
- Viúva, 10 filhos, matriarca, protestante
- PPS 50% // internações frequentes no último ano
- Insuficiência ventilatória por pneumonia

EXERCITANDO A DECISÃO

Benefício

Cenário 2: Hospital

- Mulher, 79 anos, cirrose hepática CHILD C, IRC, DM
- Viúva, 10 filhos, matriarca, protestante
- PPS 50% // internações frequentes no último ano
- Insuficiência ventilatória por pneumonia

Conflito de assistência / social

EXERCITANDO A DECISÃO

Benefício

Cenário 2: Hospital

- Mulher, 79 anos, cirrose hepática CHILD C, IRC, DM
- Viúva, 10 filhos, matriarca, protestante
- PPS 50% // internações frequentes no último ano
- Insuficiência ventilatória por pneumonia << DMOS

APACHE II / SOFA / MODS



Prognóstico x Sobrevida x Expectativa



INFORMAÇÃO



Proporcionalidade

Atitudes

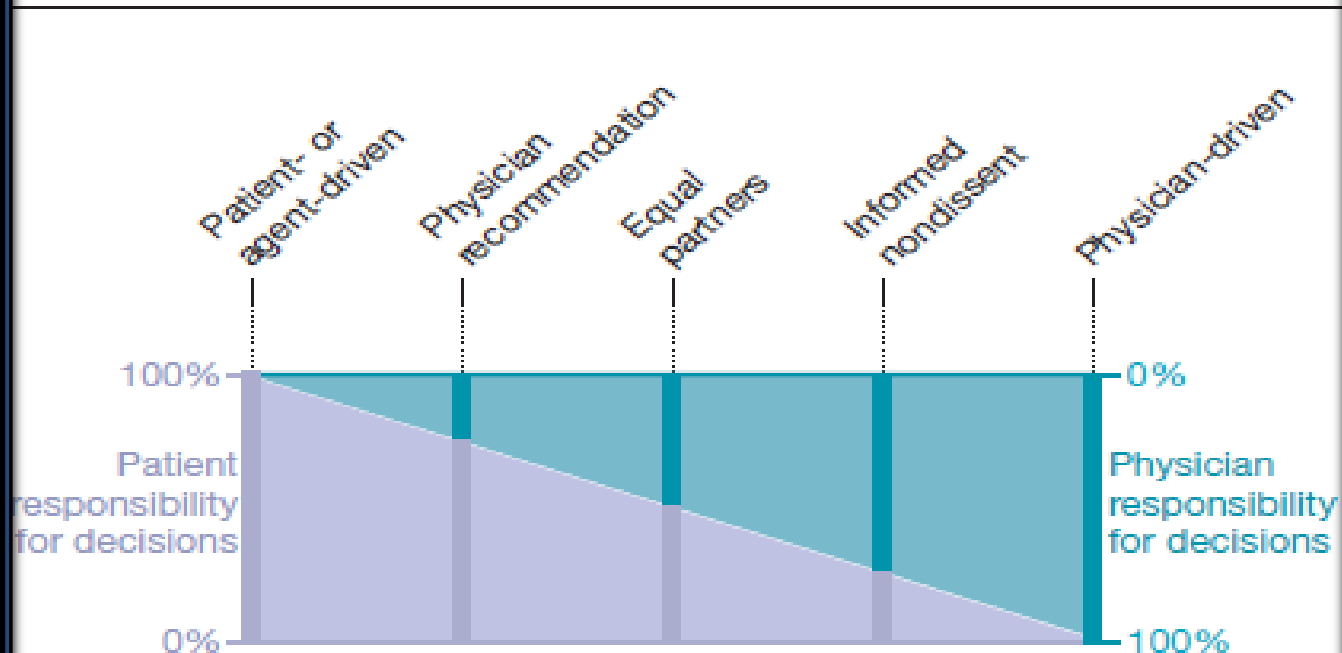
A DECISÃO COMPARTILHADA

The Shared Decision-Making Continuum

Alexander A. Kon, MD

JAMA, August 25, 2010—Vol 304, No. 8

Figure. Shared Decision-Making Continuum



O PODER DE DECISÃO



Uncertainty in end-of-life care

Saxon Ridley^a and Malcolm Fisher^b

Lippincott Williams & Wilkins Volume 19 • Number 6 • December 2013

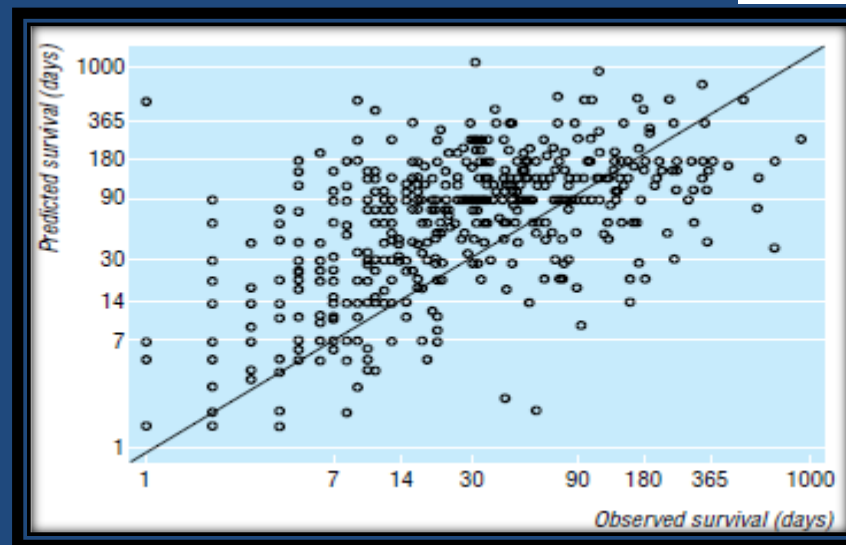
- Prognosticar é tarefa difícil
- Intensivistas são pessimistas com as avaliações e uso de tecnologia
- Escores de gravidade contribuem em situações pontuais
- Evolução clínica como melhor indicador de resposta às medidas
- Saber dos desejos do paciente e família // barreiras culturais

O PODER DE DECISÃO

Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study

Nicholas A Christakis, Elizabeth B Lamont

BMJ VOLUME 320 19 FEBRUARY 2000



- Estudo prospectivo com 504 pacientes em fim de vida
- Total de 365 médicos (20% de acurácia e 63% de superestimação)
- Tempo de experiência diretamente proporcional à acurácia
- Boa relação médico-paciente diretamente proporcional a erros

O PODER DE DECISÃO

Overconfidence in Clinical Decision Making

The American Journal of Medicine (2008) Vol 121 (5A), S24-S29



- Excesso de confiança como estratégia evolucionista
- Vieses baseados em modelos e experiências
- Dualidade dos sistemas intuitivo e analítico // ampliar o foco
- Incerteza \neq insegurança



CURVES: A Mnemonic for Determining Medical Decision-Making Capacity and Providing Emergency Treatment in the Acute Setting

*Grant V. Chow, MD; Matthew J. Czarny, BS; Mark T. Hughes, MD, MA;
and Joseph A. Carrese, MD, MPH*

- Na emergência, decisão tomada e devidamente documentada
- O médico deve representar os interesses do paciente
- O paciente deve receber todas as informações possíveis
- Consentimento implicado

O paciente não é capaz de expressar suas preferências

A ação imediata é requerida para evitar perda de vida ou órgãos

Não há substituto responsável pela decisão disponível



CURVES: A Mnemonic for Determining Medical Decision-Making Capacity and Providing Emergency Treatment in the Acute Setting

*Grant V. Chow, MD; Matthew J. Czarny, BS; Mark T. Hughes, MD, MA;
and Joseph A. Carrese, MD, MPH*

Does the patient have
decision-making capacity?

- Choose and Communicate** - Can the patient communicate a choice?
- Understand** - Does the patient understand the risks, benefits, alternatives, and consequences of the decision?
- Reason** - Is the patient able to reason and provide logical explanations for the decision?
- Value** - Is the decision in accordance with the patient's value system?

Can emergency treatment
without informed consent
be provided?

- Emergency** - Is there a serious and imminent risk to the patient's well-being?
- Surrogate** - Is there a surrogate decision-maker available?

O GLOBO

Tratamento médico desejado no fim da vida é o novo foco de testamentos

Número de registros do tipo em cartórios salta de 5 para 475 em só quatro anos no Brasil

deral de Medicina...
tema, além de um...
da população sobre...
no entanto, não pos...
cífica sobre o documento, o que deixa... não sabemos o dia de amanhã. E, depois

CNB-CF fala sobre testamento vital no jornal O Globo



Anexo

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Eu, _____ (nome completo),
_____ (nacionalidade), _____ (estado civil), _____
(data de nascimento), _____ (profissão), _____ (CPF), _____
(endereço completo), _____,

venho, de livre e espontânea vontade, no pleno gozo das minhas capacidades civis, respaldado pelos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III) e da autonomia (princípio implícito no art. 5º), bem como a proibição de tratamento desumano (art. 5º III), e pelo art. 15 do Código Civil brasileiro, expressar as instruções que devem ser levadas em consideração sobre meus cuidados médicos quando, por diferentes circunstâncias derivadas de um quadro irreversível de minha saúde física e/ou psíquica, eu não possa manifestar minha vontade:

I – VALORES E DESEJOS

Eu quero que todos saibam sobre meus valores e meus desejos, especialmente sobre o que é mais importante para mim durante a última parte da minha vida:

II.2 Caso dois médicos entendam que padeço de uma demência em estado avançado e irreversível ou de uma enfermidade degenerativa do sistema nervoso ou muscular, em fase avançada e irreversível, nas quais eu não esteja mais vivendo com qualidade, entendido aqui qualidade de vida como _____

III – PROCURADOR PARA CUIDADOS DE SAÚDE NO FIM DA VIDA

III.1 Caso, no momento em que for constatada alguma das três situações clínicas acima expressadas, seja necessário decidir acerca de situações não expressadas por mim em minhas decisões sobre o fim da vida, nomeio:

Nome: _____

CPF: _____

Endereço completo: _____

Telefones de contato: _____

Opcional: Se esta pessoa, no momento em que for procurada, não for localizada ou estiver incapacitada de tomar decisões, eu designo um procurador substituto, que terá os mesmos poderes do procurador principal:

Nome: _____

CPF: _____

Endereço completo: _____

Telefones de contato: _____

IV – OUTRAS DISPOSIÇÕES

IV.1 Manifesto expressamente meu desejo de que sejam realizados todos e quaisquer procedimentos cuja finalidade seja, exclusivamente, prover meu conforto e amenizar minha dor e/ou angústia, garantindo um final digno de vida, mesmo quando tais procedimentos possam prolongar minha vida.

IV.2 Não desejo a realização de nenhum procedimento para tirar minha vida, desejo apenas que ela não seja desarrazoadamente prolongada.

IV.3 Se eu estiver grávida, essa diretiva antecipada ficará suspensa até o final da gravidez.

IV.4 Tenho plena consciência que este documento vincula meus familiares, meus amigos e a equipe de saúde, que devem seguir todas as disposições aqui inscritas.

IV.5 Desejo que, diante da irreversibilidade do quadro médico, eu seja levado para minha casa a fim de que desfrute dos últimos momentos de vida junto com a minha família e no meu lar.

V – DIRETRIZES PARA A EQUIPE DE SAÚDE QUE ME ATENDERÁ

V.1 Durante a feitura deste documento fui orientado pelo meu médico de confiança, Dr. _____, portador do CRM nº _____, que me instruiu acerca dos termos técnicos aqui escritos, bem como das

Hope, Truth, and Preparing for Death: Perspectives of Surrogate Decision Makers

Latifat Apatira, BA; Elizabeth A. Boyd, PhD; Grace Malvar, BA; Leah R. Evans, MEd; John M. Luce, MD; Bernard Lo, MD; and Douglas B. White, MD, MAS

VOLUME 31 • NUMBER 26 • SEPTEMBER 10 2013

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ORIGINAL REPORT

Explicit Prognostic Information and Reassurance About Nonabandonment When Entering Palliative Breast Cancer Care: Findings From a Scripted Video-Vignette Study

Liesbeth M. van Vliet, Elsken van der Wall, Nicole M. Plum, and Jozien M. Bensing

Practical Guidance for Evidence-Based ICU Family Conferences*

J. Randall Curtis, MD, MPH, FCCP and Douglas B. White, MD, MA

Chest. 2008 October ; 134(4): 835–843. doi:10.1378/chest.08-0235.



An initiative of the ABIM Foundation

American Society of Clinical Oncology



American Society of Clinical Oncology

Five Things Physicians and Patients Should Question

1

Don't recommend percutaneous feeding tubes in patients with advanced dementia; instead, offer oral assisted feeding.

In advanced dementia, studies have found feeding tubes do not result in improved survival, prevention of aspiration pneumonia, or improved healing of pressure ulcers. Feeding tube use in such patients has actually been associated with pressure ulcer development, use of physical and pharmacological restraints, and patient distress about the tube itself. Assistance with oral feeding is an evidence-based approach to provide nutrition for patients with advanced dementia and feeding problems; in the final phase of this disease, assisted feeding may focus on comfort and human interaction more than nutritional goals.

2

Don't delay palliative care for a patient with serious illness who has physical, psychological, social or spiritual distress because they are pursuing disease-directed treatment.

Numerous studies—including randomized trials—provide evidence that palliative care improves pain and symptom control, improves family satisfaction with care and reduces costs. Palliative care does not accelerate death, and may prolong life in selected populations.

3

Don't leave an implantable cardioverter-defibrillator (ICD) activated when it is inconsistent with the patient/family goals of care.

In about a quarter of patients with ICDs, the defibrillator fires within weeks preceding death. For patients with advanced irreversible diseases, defibrillator shocks rarely prevent death, may be painful to patients and are distressing to caregivers/family members. Currently there are no formal practice protocols to address deactivation; fewer than 10% of hospices have official policies. Advance care planning discussions should include the option of deactivating the ICD when it no longer supports the patient's goals.



An initiative of the ABIM Foundation

American Academy of Hospice and Palliative Medicine



American Academy of
Hospice and Palliative Medicine

Five Things Physicians and Patients Should Question

1 Don't use cancer-directed therapy for solid tumor patients with the following characteristics: low performance status (3 or 4), no benefit from prior evidence-based interventions, not eligible for a clinical trial, and no strong evidence supporting the clinical value of further anti-cancer treatment.

- Studies show that cancer directed treatments are likely to be ineffective for solid tumor patients who meet the above stated criteria.
- Exceptions include patients with functional limitations due to other conditions resulting in a low performance status or those with disease characteristics (e.g., mutations) that suggest a high likelihood of response to therapy.
- Implementation of this approach should be accompanied with appropriate palliative and supportive care.



An initiative of the ABIM Foundation

American Society of Nephrology

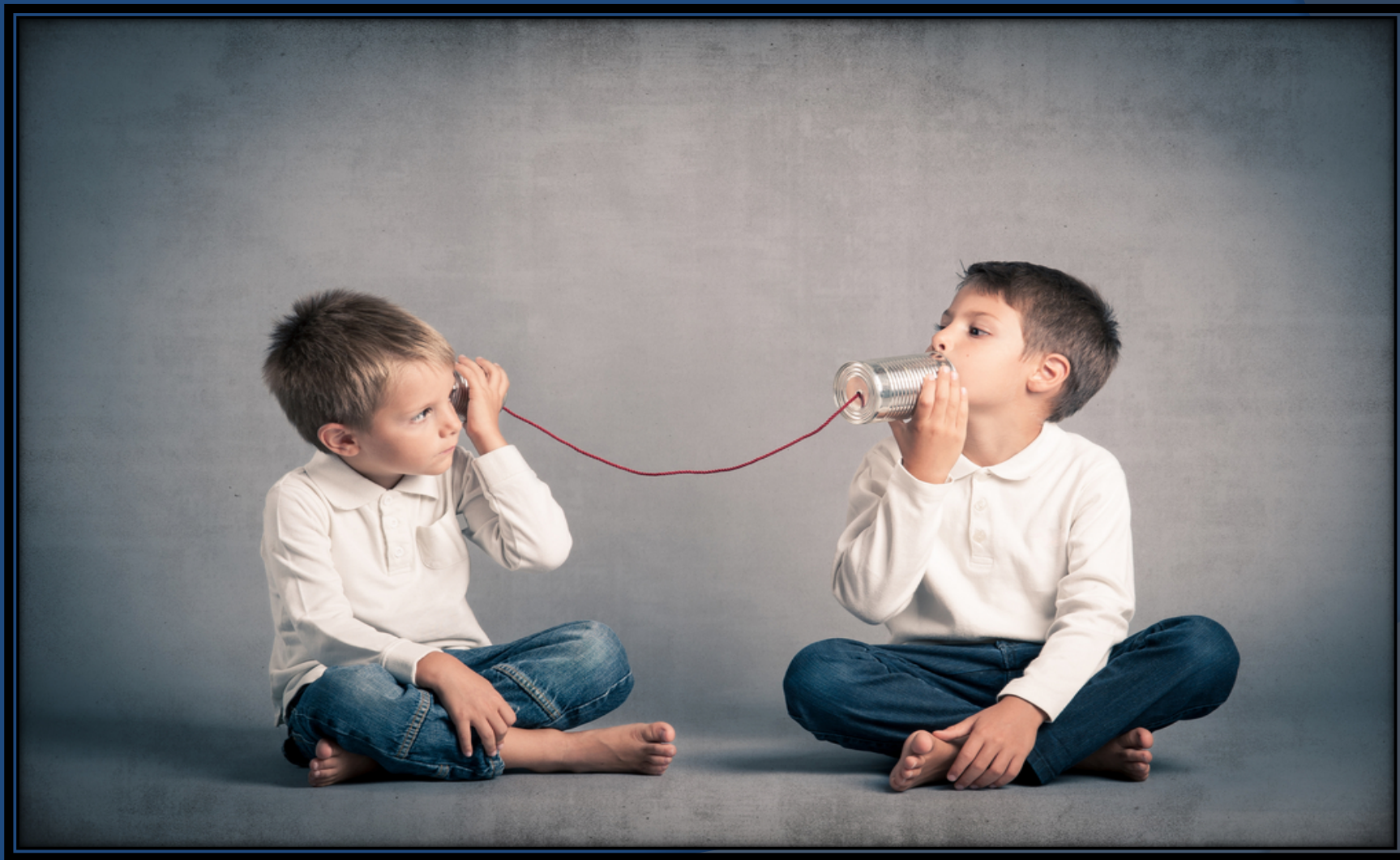


Five Things Physicians and Patients Should Question

5 Don't initiate chronic dialysis without ensuring a shared decision-making process between patients, their families, and their physicians.

The decision to initiate chronic dialysis should be part of an individualized, shared decision-making process between patients, their families, and their physicians. This process includes eliciting individual patient goals and preferences and providing information on prognosis and expected benefits and harms of dialysis within the context of these goals and preferences. Limited observational data suggest that survival may not differ substantially for older adults with a high burden of comorbidity who initiate chronic dialysis versus those managed conservatively.

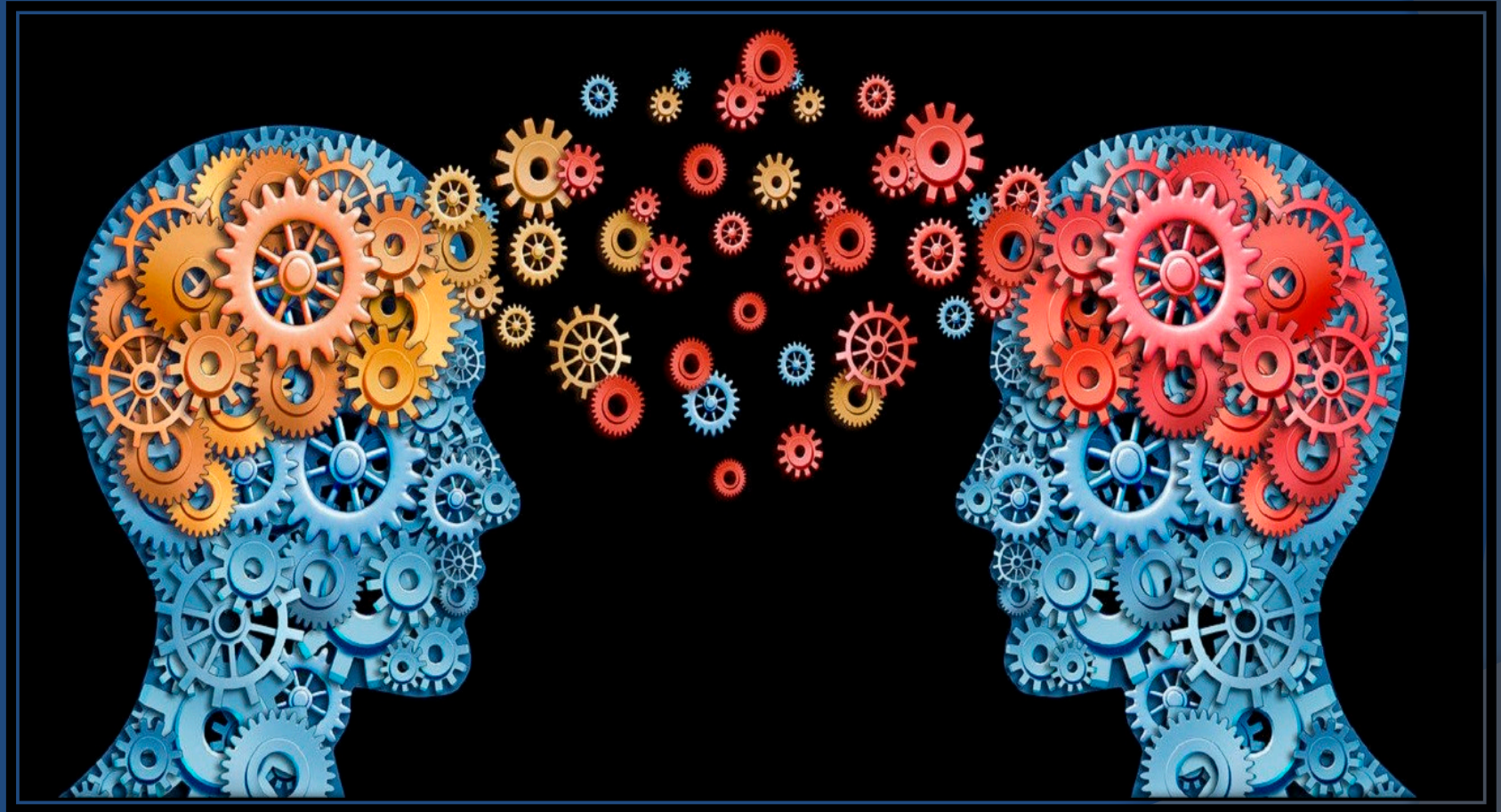
EVIDÊNCIA + VÍNCULO + COMUNICAÇÃO



COMPARTILHAR FATOS E ESCUTAS



EMPATIA COMO FERRAMENTA TERAPÊUTICA



A DECISÃO COMPARTILHADA

ESTRATÉGIAS DE MANUTENÇÃO E VIGILÂNCIA

- Uso de ferramentas de sintomas e funcionalidade
- Revezamento do cuidado
- Organização e planejamento
- Conferência familiar
- Diretivas antecipadas
- Identificar prioridades



A DECISÃO COMPARTILHADA

ESTRATÉGIAS DE MANUTENÇÃO E VIGILÂNCIA

- Uso de ferramentas de sintomas e funcionalidade
- Revezamento do cuidado
- Organização e planejamento
- Conferência familiar
- Diretivas antecipadas
- Identificar prioridades



A DECISÃO COMPARTILHADA

ESTRATÉGIAS DE MANUTENÇÃO E VIGILÂNCIA

- Uso de ferramentas de sintomas e funcionalidade
- Revezamento do cuidado
- Organização e planejamento
- Conferência familiar
- Diretivas antecipadas
- Identificar prioridades



A DECISÃO COMPARTILHADA

ESTRATÉGIAS DE MANUTENÇÃO E VIGILÂNCIA

- Uso de ferramentas de sintomas e funcionalidade
- Revezamento do cuidado
- Organização e planejamento
- Conferência familiar
- Diretivas antecipadas
- Identificar prioridades



A DECISÃO COMPARTILHADA

ESTRATÉGIAS DE MANUTENÇÃO E VIGILÂNCIA

- Uso de ferramentas de sintomas e funcionalidade
- Revezamento do cuidado
- Organização e planejamento
- Conferência familiar
- Diretivas antecipadas
- Identificar prioridades



OBRIGADO

