

ROTEIRO DE PERGUNTAS DIRECIONADORAS PARA O PLANEJAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS

Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo

Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC) - do inglês *Advance Care Planning* - é o processo que auxilia a pessoa a compreender e compartilhar seus valores pessoais, objetivos de vida e preferências em relação aos cuidados de saúde atuais e futuros. Tem o objetivo de garantir que a pessoa receba um cuidado alinhado à sua história e às suas características singulares, sempre que for possível. (SILVEIRA, 2020)

O PAC deve ser conduzido em momento oportuno e integrado ao atendimento de rotina. Consiste em um processo de alinhamento construído pelos membros da equipe multiprofissional envolvidos no cuidado que permite chegar à elaboração de um documento: as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs).

As DAVs são definidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como: “O conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade” (CFM, 2012).

O PAC abarca o detalhamento de tudo aquilo que será registrado nas DAVs, o que exige tempo e, em geral, não se limita a um único encontro. Além disso, deve ser encarado como um processo dinâmico, revisitado toda vez que a pessoa cuidada achar necessário ou quando a condição de saúde mudar (SILVEIRA, 2020).

Mesmo reconhecendo a importância desse passo na abordagem paliativa, muitos profissionais de saúde sentem-se inseguros sobre como manejar o tema, o que muitas vezes impede que os usuários consigam falar de suas preferências de cuidado quando não forem mais capazes de decidir por si (SCOTTINI; SIQUEIRA; MORITZ, 2018).

O quadro a seguir traz um compilado de perguntas para ajudar os profissionais a direcionar para realizar o PAC e o registro das DAVs.

Quadro 1: Perguntas direcionadoras para o Planejamento Antecipado de Cuidados.

- Se sua condição de saúde piorasse, que coisas são importantes para você e são fundamentais que a equipe de saúde conheça?
- Quem gostaria que tomasse as decisões sobre cuidados de saúde por você quando não puder tomá-las?
- Qual o local de preferência para viver os últimos dias, se fosse possível escolher?
- Pensando nas suas experiências de vida, existe algum tipo de tratamento de saúde deseja ou não deseja receber? (Exemplos*: Nutrição por vias alternativas: sonda nasoesférica, gastrostomia; Tratamentos invasivos; Respiração artificial; Diálise; Grandes cirurgias; etc)
- O que é importante para que você se sinta confortável?
- Como deseja ser tratado caso sua condição de saúde piorasse?
- O quanto gostaria que os entes queridos soubessem?
- Existem desejos espirituais específicos?
- Como gostaria de ser lembrado? (Cerimonial, pertences que gostaria de direcionar, mensagens, cartas, músicas para familiares, amigos e entes queridos).

*Adaptar exemplos citando tratamentos de saúde previsível ao longo da evolução da condição de saúde de base do usuário.

Fonte: Adaptado de WIENER *et al.*, 2008; WIENER *et al.*, 2012; DADALTO *et al.*, 2013; MAYORAL, 2016; HARMAN, 2020.

As vontades verbalizadas e registradas em prontuário devem ser transcritas e entregues ao usuário e compartilhada com as demais equipes envolvidas na assistência como tarefa importante de coordenação de cuidado.

Por meio desse registro, no momento em que a pessoa não seja mais capaz de tomar decisões sobre o próprio cuidado, as diretivas deverão prevalecer, inclusive sobre os desejos dos familiares (Res. nº 1995/2012, CFM).

O quadro 2 traz um caso clínico para ilustrar o uso das perguntas direcionadoras do PAC e seu registro:

Quadro 2: Caso que ilustra o uso das perguntas direcionadoras para o Planejamento Antecipado de Cuidados.

Biografia: MFM, 75 anos, viúva há 45 anos. Seu marido faleceu da ruptura de um aneurisma quando sua única filha, PFM, tinha 1 ano de idade. Nascida no interior de São Paulo, é moradora da capital desde que casou, há 50 anos. Costureira até hoje, trabalhar com moda foi o que garantiu o sustento e a criação de sua filha após ficar viúva. Grande parte da sua rotina ainda envolver ir ao seu ateliê, no centro de São Paulo, para receber clientes antigas, conversar e costurar, sempre muito arrumada, cigarro entre os dedos e com sapatos de salto alto, mesmo que a artrose de joelhos atrapalhe um pouco o uso deles. É católica, com frequência esporádica a igreja, porém com a oração como algo importante do seu dia a dia.

Indicadores SPICT-BR™: Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base; Classe funcional III de NYHA insuficiência cardíaca; Doença vascular periférica grave e inoperável (Aneurisma de Aorta)

História de adoecimento: MFM tem o cigarro como companheiro desde os 12 anos de idade, mantendo-se fiel a ele como um casamento. Não tinha intenções de parar até os 68 anos, quando começou com dores no peito ao andar do metrô até o ateliê e que melhoravam com o repouso. Hipertensa bem controlada, se gabava de nunca ter dito “problemas de pulmão”, mesmo fumando bastante. A investigação clínica confirmou que as dores no peito eram angina estável, com necessidade de revascularizar o coração. Além disso, foi identificada insuficiência cardíaca como condição clínica avançada e um aneurisma de aorta, sem indicação cirúrgica pela alta chance de complicações e morte devido seu histórico de condições de saúde. Ouvir a palavra “aneurisma”, trouxe memórias difíceis a MFM, relembrando o falecimento súbito do marido e o medo da morte eminente. Está cada dia um pouquinho mais difícil andar até o ateliê devido o cansaço do “coração fraco” e as dores nas pernas, já que o aneurisma não deixa o sangue “chegar direito nas bandas de lá”. O tratamento ajuda e alivia, mas as coisas já não são as mesmas e a preocupação de como será o futuro sempre ronda seus pensamentos.

Planejamento Antecipado de Cuidados: Diante da mudança na situação de adoecimento, a equipe de saúde favoreceu o diálogo sobre o prognóstico e plano de cuidado compartilhado, assim como marcou um momento específico para iniciar o PAC, orientando as seguintes reflexões: Como a senhora gostaria de ser cuidada, caso sua situação de saúde piorasse? Que coisas são importantes para a senhora que a equipe precisa saber? Se a senhora se sentir à vontade, traga alguém de sua confiança para ouvir e participar dessa conversa.” MFM compareceu ao encontro com a filha para a conversa sobre preferências de cuidado, conforme o combinado. O registro desse diálogo foi validado com a usuária, integrado ao prontuário e ao plano de cuidado, com cópia impressa entregue para ela e sua filha, que ficaram surpresas de saírem mais leves desse encontro, mesmo com o peso de conviver com uma condição de saúde clinicamente avançada.

1. Se sua condição de saúde piorasse, que coisas são importantes para você e são fundamentais que a equipe de saúde conheça?

É importante que continue trabalhando e funcional o máximo de tempo possível. Gosta de dança de salão e quer voltar a dançar tango. Não gostaria que a vida fosse prolongada desnecessariamente. Caso adoeça, gostaria que não fizessem alarde para a família distante.

2. Quem gostaria que tomasse as decisões sobre cuidados de saúde por você quando não puder tomá-las?

Minha filha. (É importante registro do nome completo, por extenso)

3. Qual o local de preferência para viver os últimos dias, se fosse possível escolher?

Se possível, em casa.

4. Pensando nas suas experiências de vida, existe algum tipo de tratamento de saúde deseja ou não deseja receber?

No geral, prefere que a equipe médica decida. Se possível, sempre preferir medicações por via oral, pois não gosta de injeções. Contou que tem medo de ser intubada, preferindo não passar por esse procedimento caso fosse possível escolher.

5. O que é importante para que você se sinta confortável?

Sente-se bem fazendo sua oração ao acordar e ao deitar à noite. É bem friorenta, então gosta de estar sempre aquecida. Quer manter-se funcional o máximo de tempo possível.

6. Como deseja ser tratado caso sua condição de saúde piorasse?

Quer ser tratada sem excessos, mas sempre com respeito. Isso inclui estar ciente do prognóstico e das decisões relacionadas às doenças e aos tratamentos.

7. O quanto gostaria que os entes queridos soubessem?

Pessoas que podem saber de tudo: filha e seus outros 3 "filhos de criação". (É importante registro do nome completo, por extenso)

8. Existem desejos espirituais específicos?

Quer que rezem missa e terço em seu nome, quando não puder mais frequentar a igreja. Gostaria de receber um passe dos filhos de criação. Quer missa de sétimo dia. Gostaria de ser sepultada em sua cidade natal.

9. Como gostaria de ser lembrado?

Como uma pessoa alegre, disposta, bem arrumada e elegante.

Referências

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.805/2006**. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169.

DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu. **Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro**. Revista Bioética, v. 21, n. 3, p. 463-476, 2013.

MAYORAL, V. F. S. **Adaptação transcultural do formulário POLST: Physician Orders for Life – sustaining treatment**. 145f. 2016. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Botucatu, 2016.

SCOTTINI, Maria Aparecida; SIQUEIRA, José Eduardo; MORITZ, Rachel Duarte. **Direito dos pacientes às diretivas antecipadas de vontade**. Brasília: Rev. Bioéti. (Impr.), 26 (3): 440-50, 2018. ISSN: 1983-8034.

SILVEIRA, M. J. **Advance care planning and advance directives**. 2020. UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/advance-care-planning-and-advance-directives>.

WIENER, L.; BALLARD, E. BRENNAN, T.; BATTLES, H.; MARTINEZ, P.; PAO, M. **How I wish to be remembered: the use of an advance care planning document in adolescent and young adult populations**. J Palliat Med. 2008;11(10):1309–1313.