



Revista Bioética
ISSN: 1983-8042
ISSN: 1983-8034
Conselho Federal de Medicina

Dias, Laiane Moraes; Bezerra, Mirella Rebello; Barra,
Williams Fernandes; Nunes, Rui; Rego, Francisca
Planejamento antecipado de cuidados: guia prático
Revista Bioética, vol. 30, núm. 3, 2022, Julho-Setembro, pp. 525-533
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022303546PT>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361573799007>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais informações do artigo
- ▶ Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

 redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Planejamento antecipado de cuidados: guia prático

Laiane Moraes Dias¹, Mirella Rebello Bezerra¹, Williams Fernandes Barra², Rui Nunes¹, Francisca Rego¹

1. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto, Portugal. 2. Hospital Universitário João de Barros Barreto, Belém/PA, Brasil.

Resumo

O planejamento antecipado de cuidados é um processo de discussões entre profissionais de saúde e pacientes que permite a tomada de decisão compartilhada quanto a objetivos de cuidados de saúde, atuais e/ou futuros, com base nos desejos e valores do paciente e em questões técnicas do cuidado. É considerado fundamental na prestação de cuidados de excelência em fim de vida, permitindo que profissionais de saúde alinhem os cuidados prestados com o que é mais importante para o paciente. Apesar de seus benefícios, ainda é muito pouco realizado na prática clínica, especialmente no Brasil. Considerando a necessidade de guias práticos de planejamento antecipado de cuidados adaptados à realidade brasileira, pautados em estratégias de comunicação empática, este estudo é uma proposta de guia baseada em revisão integrativa da literatura (PubMed e SciELO), com recomendações de evidências atuais, incluindo instrumentos validados para o português (Brasil), para facilitar sua implementação na prática clínica.

Palavras-chave: Planejamento antecipado de cuidados. Tomada de decisão compartilhada. Comunicação. Cuidados de fim de vida.

Resumen

Planificación anticipada de atención: una guía práctica

La planificación anticipada de atención es un proceso de discusión entre los profesionales de la salud y los pacientes que permite la toma de decisiones relacionadas a los objetivos de atención médica actuales y/o futuros, basadas en los deseos y valores del paciente y en cuestiones técnicas de la atención. Resulta ser una apropiada atención terminal, ya que estos profesionales pueden adecuar la atención con los deseos del paciente. Pese a sus beneficios, es poco realizada en la práctica clínica, especialmente en Brasil. Dada la necesidad de guías prácticas para la planificación anticipada de atención, adaptadas a la realidad brasileña y basadas en estrategias comunicativas empáticas, este estudio propone una guía a partir de una revisión integradora de la literatura (PubMed y SciELO), con recomendaciones de evidencia actual, incluidos instrumentos validados para el portugués brasileño para facilitar su aplicación en la práctica clínica.

Palabras clave: Planificación Anticipada de Atención. Toma de decisiones conjunta. Comunicación. Cuidado Terminal.

Abstract

Advance care planning: a practical guide

Advance care planning is a process of discussion between health professionals and patients that allows shared decision-making regarding current and/or future health care objectives, based on patient desires and values and technical care issues. Advance care is considered fundamental in the provision of terminal care of excellence, allowing health professionals to align the care provided with what is most important to the patient. Despite its benefits, it remains underused in clinical practice, especially in Brazil. Considering the need for practical guides for advance care planning adapted to the Brazilian reality, based on empathic communication strategies, this study is a guide proposal based on an integrative literature review (PubMed and SciELO), with recommendations of current evidence, including instruments validated for Portuguese (Brazil), to facilitate its implementation in clinical practice.

Keywords: Advance care planning. Decision making, shared. Communication. Terminal care.

Declararam não haver conflito de interesse.

Poucas pessoas conversam com seus familiares, amigos e/ou profissionais de saúde sobre suas preferências de cuidados futuros caso apresentem doença grave e avançada. Embora a maioria dos indivíduos deseje cuidados que priorizem qualidade de vida e alívio do sofrimento no fim de sua vida, o sistema de saúde tende a oferecer intervenções para manutenção da vida, muitas vezes, sem melhora da qualidade de vida. Na ausência de conversas sobre prognóstico, objetivos e expectativas do tratamento, os pacientes não têm a oportunidade de expressar seus valores e preferências, levando médicos a decidir por intervenções adicionais, geralmente incompatíveis com as prioridades e desejos dos pacientes^{1,2}.

Grande parte das pessoas considera muito importante e deseja discutir com seus médicos sobre suas condições de saúde e opções de cuidado que melhor se adaptam a seus desejos e valores pessoais, mas essas discussões ainda são pouco frequentes na prática clínica³.

Planejamento antecipado de cuidados (PAC) é um processo de discussões entre profissionais de saúde e pacientes que permite a tomada de decisão compartilhada quanto aos objetivos de cuidados de saúde, atuais e/ou futuros, baseados nos desejos e valores do paciente e em questões técnicas do cuidado. Para os pacientes, as discussões sobre os objetivos de cuidados, opções de tratamento e prognóstico são importantes, e a maioria deseja ter esse tipo de conversa com seus médicos. Porém, embora muitos médicos concordem com a importância dessa discussão, menos de 20% relatam discutir rotineiramente com seus pacientes sobre isso^{4,5}.

Assim, o PAC justifica-se por ser um instrumento que possibilita respeitar a autonomia do paciente^{6,7} mediante um processo contínuo e dinâmico em que preferências e metas de cuidados devem ser revisadas e discutidas ao longo da evolução da doença. Dessa forma, são consideradas cada intercorrência ou internação, bem como o prognóstico, que deve ser discutido sempre que houver mudança no curso clínico da doença. Seu conteúdo pode ser alterado e outros aspectos podem ser acrescentados a qualquer momento^{3,6}.

Fazem parte do espectro do PAC⁸:

1. Compreensão do diagnóstico e prognóstico pelo paciente;
2. Identificação de seus desejos, preferências, prioridades e preocupações;

3. Discussão das melhores opções de tratamento disponíveis adequadas às necessidades e aos valores do paciente;
4. Elaboração de uma diretiva antecipada de vontade (DAV) na forma de testamento vital ou de nomeação de um procurador de cuidados de saúde.

As decisões de tratamento discutidas no PAC podem incluir seu registro em DAV, que faz parte do planejamento de cuidados, mas nem sempre é obrigatório, apesar de seu grande valor. O testamento vital é o registro por escrito de pacientes com capacidade decisória preservada sobre decisões de tratamento e/ou cuidados a que deseja ou não ser submetido, em caso de doença avançada e irreversível, a ser utilizado quando o paciente perder sua capacidade de decisão e de comunicação⁹.

O processo de tomada de decisão pode ser mais difícil quando a doença avança e o paciente perde a capacidade de se expressar. Nesses casos, o procurador de cuidados de saúde (geralmente um familiar) deve intervir para tomar decisões que considera de melhor interesse do paciente no âmbito dos valores que este expressou previamente. O PAC também tem o papel de orientar a escolha de substitutos, caso o paciente prefira, para representá-lo quando não puder mais decidir e se expressar, e preparar esse substituto para tomar decisões em nome do paciente.

Isso pode minimizar a dificuldade dos familiares em tomar decisões durante intercorrências, pois estes muitas vezes estão emocionalmente vulneráveis e sem condições adequadas para responder por seu ente. Por isso se justifica que o PAC seja realizado o quanto antes, quando o paciente ainda tem sua capacidade cognitiva preservada para determinar o que é importante para si. Vale lembrar que qualquer pessoa, mesmo sem doença crônica ou grave, pode compartilhar com seus médicos ou pessoas mais próximas suas preferências e prioridades relacionadas ao fim de sua vida^{7,10}.

Além de garantir que os pacientes recebam tratamentos consistentes com suas preferências, de reduzir o ônus decisório da família e da sobrecarga emocional importante sobre decisões envolvendo cuidados de fim de vida de seu familiar, estudos apontam outros benefícios do PAC, como: menor sofrimento moral dos profissionais de saúde; maiores taxas de DAV; maior probabilidade de médicos e familiares entenderem e cumprirem

os desejos do paciente; redução de tratamentos extraordinários no fim da vida, com maior acompanhamento por equipes de cuidados paliativos; maior probabilidade de o paciente morrer no local preferido; maior satisfação com a qualidade do atendimento; menor risco de ansiedade e depressão em familiares durante o luto¹¹⁻¹⁵.

Apesar das inúmeras evidências dos benefícios do PAC, esse importante recurso, que visa garantir a autonomia do paciente até o fim de sua vida, ainda é pouco realizado na prática clínica no Brasil. Por isso, este artigo tem como objetivo traçar estratégias de comunicação para estimular, iniciar e melhor conduzir o PAC.

Quando fazer?

Ainda é muito comum que conversas sobre objetivos de cuidados aconteçam tarde demais, nos momentos de maior criticidade – exacerbação da doença de base, por exemplo –, que demandam tomada de decisão mais urgente relacionada ao tratamento, quando, muitas vezes, o paciente não tem mais condições de decidir. Nessas circunstâncias, equipe de saúde e familiares acabam tomando decisões que nem sempre representam os valores e prioridades do paciente. Por isso, a conversa sobre objetivos de cuidados deve ser iniciada gradativamente e o mais precocemente possível, a partir da definição prognóstica^{4,14,16}.

Esse planejamento é um processo complexo e não deve ser realizado em uma única conversa. É preciso tempo para estabelecer uma relação médico-paciente de confiança, que permita explorar as informações sobre o que é mais importante para o paciente. Essa discussão pode ser iniciada a qualquer momento ao longo da trajetória da doença, mas idealmente quando a pessoa está clínica e emocionalmente estável, para que possa refletir e expressar plenamente suas preferências.

O conteúdo do planejamento pode variar conforme a condição de saúde do paciente: desde um contexto de ausência de sintomas, passando pela fase inicial da doença e até uma situação de terminalidade. Além disso, o conteúdo deve ser revisado regularmente, sobretudo quando há mudança no quadro clínico – após a admissão do paciente no hospital, por exemplo –, para constatar se houve mudanças nas preferências de cuidados ou para acrescentar nova informação^{6,17}.

Algumas características relacionadas ao prognóstico indicam necessidade de discussão sobre objetivos de cuidados, entre elas^{18,19}:

- Questão surpresa: “Você ficaria surpreso se esse paciente morresse no próximo ano?”;
- Declínio funcional pela doença de base: Palliative Performance Scale (PPS) ou Karnofsky Performance Scale (KPS) ≤ 50 ;
- Falta de resposta ao tratamento inicial ou incerteza quanto à resposta terapêutica;
- Quimioterapia de segunda ou terceira linha;
- Admissões hospitalares recorrentes;
- Exacerbações de doenças, apesar do tratamento otimizado;
- Características relacionadas ao prognóstico da doença de base²⁰.

Todos os pacientes com necessidades de cuidados paliativos devem ter seu PAC, atualmente reconhecido como bom indicador de qualidade de cuidados paliativos de excelência^{6,7}. Alguns podem ter mais dificuldades para essa conversa, principalmente se não estiverem bem informados sobre seu diagnóstico e prognóstico.

Evidências sugerem que certas características demográficas, como idade avançada e baixa escolaridade – o que ainda é comum no Brasil –, podem influenciar a tomada de decisão sobre cuidados de saúde, tornando esses indivíduos mais propensos a confiar tais decisões a seus médicos. Nesses casos, cabe aos profissionais de saúde explorar os valores e prioridades do paciente, considerando sua história de vida, para definir o cuidado baseado no melhor interesse do paciente^{21,22}.

Como fazer?

Apesar do crescente interesse pelo tema e dos diversos estudos e guias propostos para elaboração do PAC na literatura internacional, ainda não há uma sistematização sobre o conteúdo desse instrumento, que pode ser dividido nas etapas descritas na sequência²:

- Preparação: antecede a conversa com o paciente, incluindo revisão completa do histórico clínico, prognóstico e opções de tratamento. Além disso, informações sobre os aspectos psicossociais e dinâmica familiar podem ser acessados na discussão com outros membros da equipe de saúde.

- **Introdução:** etapa em que se esclarece o objetivo da conversa. É o momento para estabelecer uma relação de confiança entre médico e paciente, visando a uma conversa mais efetiva.
- **Identificação da percepção do paciente:** etapa em que se acessam as perspectivas do paciente e o enfrentamento da doença, envolvendo finitude, emoções (medos e preocupações, esperança) e questões práticas relacionadas ao fim da vida. É a parte central da conversa.
- **Ação:** envolve o registro das informações da discussão, o qual pode ser realizado por meio de:
 - a. Registro do que foi discutido no prontuário (que é considerado um documento legal);
 - b. Elaboração de DAV, por exemplo, por meio de documento à parte em que o paciente descreve seus desejos e preferências de cuidados, com a devida orientação do profissional de saúde que lhe conhece e acompanha;
 - c. Designação de um procurador de cuidados de saúde do paciente quando ele não puder mais se expressar (mandato duradouro);
 - d. Estratégias para que o paciente compartilhe o conteúdo do PAC com pessoas próximas e de sua escolha, para que fiquem cientes de suas preferências de cuidados;
 - e. Orientação sobre questões legais.

O quadro 1 traz algumas recomendações práticas sobre cada uma dessas etapas da discussão do PAC, baseadas em diretrizes atuais sobre o tema^{2,4,7,23}.

A discussão sobre PAC pode incluir ordens de tratamento médico específicas e acionáveis – por exemplo, ordens de não reanimar ou de não passar sonda para dieta enteral –, refletindo as preferências de tratamento do indivíduo e a condição médica atual. É importante que essas ordens de tratamento médico sejam escritas de maneira apropriada e padronizadas para que sejam prontamente compreendidas por profissionais de saúde durante uma emergência ou em qualquer modalidade de assistência⁷.

Quadro 1. Etapas do planejamento antecipado de cuidados

Etapas	Objetivos	Exemplos
Preparação		
	Certificar-se dos detalhes do diagnóstico, prognóstico e opções de tratamento disponíveis antes da conversa com o paciente.	
Introdução		
Permissão/chequear autonomia	O paciente deve ser questionado se deseja ser envolvido na tomada de decisão ou se prefere que a equipe converse com um familiar.	<i>“Você gostaria de falar sobre isso sozinho, ou há outras pessoas que você gostaria que participassem da conversa?”</i>
Estabelecer vínculo com o paciente	Construir uma relação de confiança para que o paciente se sinta à vontade para conversar sobre seus desejos e medos.	<i>“Apesar de sua condição, ainda há muitas coisas relacionadas aos cuidados que podemos fazer. Eu gostaria que você se sentisse à vontade para falar, e assim eu poderei lhe ajudar. Não importa o que aconteça, você não estará sozinho”</i> <i>“Como seu médico, quero ter certeza de que estou fazendo as coisas que podem lhe ajudar”.</i>
Convidar para a conversa e perceber as expectativas em relação ao futuro	Convidar o paciente para discutir sua condição atual e desejos em relação a cuidados médicos futuros. Pacientes com sintomas descompensados devem ter a conversa após a melhora dos sintomas.	<i>“Você gostaria de falar sobre o que pode acontecer adiante e como podemos fazer para que suas preferências sejam respeitadas?”</i> <i>“Para alinhar as opções de tratamento às suas vontades e necessidades, precisamos conhecer suas preferências em relação a alguns aspectos. Você deseja falar sobre isso agora?”</i> <i>“Você pensa muito no futuro? O que lhe preocupa? Quais são suas expectativas?”</i>

continua...

Quadro 1. Continuação

Etapas	Objetivos	Exemplos
Identificação da percepção do paciente sobre a doença, seus valores e desejos		
Estabelecer o ponto de partida	Checar a compreensão do paciente e de seus familiares sobre o diagnóstico e o prognóstico e uniformizar as informações de maneira que todos entendam o momento atual	<p>“O que você entende sobre a sua doença?”</p> <p>“O que seus médicos já disseram a você sobre a doença e os tratamentos possíveis?”</p>
Explorar valores e objetivos de vida	Entender o que é viver bem para o paciente e qual a expectativa dele em relação ao tratamento	<p>“O que é mais importante para você agora?”</p> <p>“O que mais lhe preocupa sobre a sua situação?”</p> <p>“Como tem sido sua vida no último ano enfrentando a doença? O que você espera do tratamento?”</p> <p>“Se a sua situação de saúde piorar, quais são os seus objetivos mais importantes?”</p>
Conversar sobre possíveis dilemas e preferências de cuidados	<p>Introduzir conversa sobre preferências de tratamentos, principalmente sobre os invasivos: questionar o paciente se ele já pensou em como gostaria de ser cuidado e a quais tipos de tratamento não gostaria de ser submetido. Algumas pessoas têm experiências prévias de familiares ou conhecidos sobre reanimação e intubação, e esta pode ser uma maneira de introduzir o assunto.</p> <p>Explicar os riscos e benefícios das diferentes opções de tratamento. Esclarecer quando medidas invasivas e artificiais de suporte de vida são benéficas e quando deixam de ser tecnicamente benéficas e se tornam fúteis.</p>	<p>“Alguém próximo a você já passou por situações e/ou tratamentos durante o curso de uma doença grave e avançada, que lhe fez pensar sobre o seu fim de vida, no sentido de não querer ser submetido a determinadas intervenções, como respirar por aparelhos ou se alimentar por sondas? Esses procedimentos não podem reverter a doença de base, mas há medidas de conforto, para alívio da falta de ar ou outro sintoma, como alternativa”</p> <p>“Seria importante saber que tipos de cuidados gostaria de receber. Como e onde você imagina passando seus últimos dias, semanas e meses? Você poderia manifestar sua vontade sobre isso desde já, numa intercorrência mais grave, você pode ser atendido no pronto-socorro por uma equipe que não lhe conhece bem e pode não saber detalhes da sua doença. Sua família, se não estiver bem informada sobre suas preferências de cuidados, terá mais dificuldades em decidir junto à equipe o que seria melhor pra você”</p>
Tomada de decisão e plano de cuidados	Traçar o plano de cuidados alinhando as opções terapêuticas disponíveis às preferências e prioridades do paciente	<p>“Diante dos seus objetivos e prioridades e o que sabemos sobre sua doença neste momento, seria recomendado...”</p> <p>“Você disse que, se sua doença agravar, prefere deixar a natureza seguir seu curso, sem o suporte de medidas invasivas, como reanimação cardiopulmonar, ventilação mecânica e internação em unidade de terapia intensiva. Medidas de conforto para controle de sintomas serão prioridade. Estou afirmando corretamente suas preferências?”</p> <p>“Infelizmente, o tratamento direcionado ao câncer não se mostrou mais benéfico. Prosseguir com mais quimioterapia neste momento pode lhe trazer mais riscos do que benefícios, não sendo indicado. Da mesma forma, outras medidas de suporte invasivo, como reanimação cardiopulmonar, não estão associadas a melhora da qualidade de vida numa condição de piora, com parada cardiorrespiratória. Recomendo que sejam priorizadas as medidas de conforto. O que você me diz sobre isso?”</p>

continua...

Quadro 1. Continuação

Etapas	Objetivos	Exemplos
Ação/registo do PAC		
Documentar as decisões	Sempre registrar as preferências em prontuário, para que toda a equipe responsável pelo paciente tenha acesso ao que foi discutido. Incentivar e orientar o paciente a redigir sua diretiva antecipada de vontade*	<i>“Estas são decisões importantes sobre seus possíveis tratamentos no futuro. Devemos nos certificar, de preferência por escrito, para que não haja dúvidas”</i>
Identificar um procurador de cuidados de saúde do paciente, se houver	Se perceber que é apropriado, estimule o paciente a conversar com seus familiares sobre suas preferências de cuidado e escolher uma pessoa para representá-lo quando não puder se expressar. Se ele não quiser escolher um representante, deve-se incentivar que compartilhe suas preferências com pessoas próximas e de confiança. Nota: se o paciente nomear várias pessoas, tente estabelecer um procurador principal.	<i>“Se você fosse incapaz de dizer aos seus médicos que tipo de tratamento você gostaria de receber, quem você indicaria para lhe representar, falando de suas vontades para ajudar na tomada de decisão junto à equipe de saúde?”</i> <i>“Seria importante que pessoas de sua confiança soubessem de seus desejos e vontades para o futuro”</i>
Revisar o PAC	Momento para validar o que foi conversado e oferecer ao paciente a possibilidade de revisar a qualquer momento o plano de cuidados.	<i>“Você gostaria de revisar seu plano de cuidados? Alguma decisão mudou depois dessa última internação? Você pode acrescentar informações ou alterá-lo a qualquer momento”</i>

* Recomendações para elaboração das diretivas antecipadas de vontade²⁴

Planejamento antecipado

Instrumentos para diretivas antecipadas de vontade

Há vários instrumentos utilizados com o objetivo de facilitar a conversa sobre preferências de cuidados no fim da vida e, assim, permitir a construção de DAV, mas poucos já validados e adaptados à realidade brasileira – a maioria são instrumentos de outras línguas e culturas,

principalmente norte-americanos. É importante enfatizar que tais instrumentos não excluem – pelo contrário, reforçam – o papel dos médicos na conversa sobre esses objetivos de cuidados. É essencial a orientação dos profissionais de saúde nesse processo, incluindo a conversa sobre a doença e o prognóstico.

O quadro 2 traz alguns exemplos de instrumentos já validados para o português do Brasil, os quais podem ser utilizados como recursos na elaboração do PAC.

Quadro 2. Instrumentos para auxiliar a elaboração do planejamento antecipado de cuidados

Instrumentos	Objetivos	Público-alvo
“Cartas na mesa” ²⁵ – jogo de cartas	Estimular e facilitar a conversa sobre suas preferências de cuidados, de maneira simples e lúdica. Pode ser jogado em dupla com seu procurador de cuidados de saúde.	Pacientes e familiares
<i>Minhas vontades</i> ²⁶ – aplicativo para smartphones	Refletir sobre as preferências de cuidados para, então, compartilhar com seu médico e pessoas de sua confiança. Considerar a escolha de um procurador de cuidados de saúde.	Pacientes
<i>Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)</i> ²⁷	Traduzir valores e preferências de cuidado dos pacientes no fim da vida em uma prescrição médica, de modo a facilitar a prestação de cuidados consistentes com tais valores e preferências.	Médicos

continua...

Quadro 2. Continuação

Instrumentos	Objetivos	Público-alvo
<i>The conversation project</i> ¹⁶	Guia de conversas iniciais com o objetivo de ajudar as pessoas a dialogar sobre seus desejos de cuidados de fim de vida.	Paciente e familiares
<i>Voicing my choices</i> ²⁸	Introduzir discussões sobre o PAC. Validado somente com adultos jovens com câncer	Pacientes

Aspectos legais

Cuidar de pacientes é uma tarefa desafiadora e que requer não apenas uma visão holística do indivíduo, mas também a compreensão das circunstâncias familiares, sociais, legais, econômicas e institucionais que os cercam, especialmente à medida que se aproximam do fim da vida. Infelizmente, existem muitos mitos e equívocos sobre o que pode ou não ser legal nesse cenário. Nos Estados Unidos e em alguns países da Europa (Portugal, França, Reino Unido e Espanha, por exemplo), as DAV já são consideradas documentos legais que orientam a tomada de decisão de tratamento.

No Brasil, ainda não existe legislação específica sobre as DAV, mas há a Resolução 1.995/2012²⁹, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que determina que todo médico deve considerar as diretivas antecipadas de vontade do paciente nas decisões sobre cuidados e tratamentos daqueles que se encontram incapazes de se comunicar ou expressar de maneira livre e independente seus desejos, estabelecendo, também, que o médico registrará em prontuário as DAV que lhe forem comunicadas pelo paciente^{7,29}.

Essa resolução visa garantir que a autonomia do paciente seja respeitada, com base na ortotanásia – sem qualquer relação com a eutanásia –, reconhecendo o direito do paciente de recusar tratamento extraordinário, entendido como aquele que visa apenas prolongar a vida, sem garantir qualidade de vida ou benefício na perspectiva do paciente. Assim, o que tiver sido determinado nas DAV prevalece

sobre qualquer outra decisão de terceiros, desde que em conformidade com os preceitos ético-legais²⁹.

Considerações finais

Alinhar os valores dos pacientes às melhores alternativas disponíveis de tratamento exige habilidades de comunicação para entender suas necessidades e prioridades e estabelecer metas de cuidados com base no que foi compartilhado. Não existe plano único para um cenário clínico específico, e essa flexibilidade requer alguma prática.

Este artigo trouxe sugestões e recomendações de evidências atuais para facilitar o PAC na prática clínica, que deve ser pautado numa comunicação empática, desde a informação do diagnóstico e prognóstico – essencial para que o paciente identifique suas prioridades –, passando por uma escuta ativa para explorar o que é importante para o paciente, até a tomada de decisão propriamente dita e o posterior compartilhamento de informações e registro do plano de cuidados.

Há evidências suficientes que justificam o PAC como processo-chave para melhorar cuidados de fim de vida e, portanto, deve ser rotineiramente integrado à prática clínica por todos os médicos que assistem pacientes com doenças crônicas e potencialmente graves. Quanto antes iniciadas essas discussões, maiores as chances de o paciente receber tratamento consistente com seus desejos e valores, refletindo em melhor qualidade de vida, além de menor sobrecarga emocional para familiares e redução dos custos com intervenções desproporcionais.

Referências

1. Bernacki RE, Block SD. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2014 [acesso 1º ago 2022];174(12):1994-2003. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.5271

2. Fahner JC, Beunders AJM, van der Heide A, Rietjens JAC, Vanderschuren MM, van Delden JJM, Kars MC. Interventions guiding advance care planning conversations: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2019 [acesso 23 abr 2021];20(3):227-48. DOI: 10.1016/j.jamda.2018.09.014
3. Fulmer T, Escobedo M, Berman A, Koren MJ, Hernández S, Hult A. Physicians' views on advance care planning and end-of-life care conversations. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2018;66(6):1201-5. DOI: 10.1111/JGS.15374
4. Jain N, Bernacki RE. Goals of care conversations in serious illness: a practical guide. *Med Clin North Am* [Internet]. 2020 [acesso 3 mar 2022];104(3):375-89. DOI: 10.1016/j.mcna.2019.12.001
5. Granek L, Krzyzanowska MK, Tozer R, Mazzotta P. Oncologists' strategies and barriers to effective communication about the end of life. *J Oncol Pract* [Internet]. 2013 [acesso 18 fev 2022];9(4):e129-35. DOI: 10.1200/JOP.2012.000800
6. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M *et al.* Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* [Internet]. 2017 [acesso 23 abr 2021];18(9):E543-51. DOI: 10.1016/S1470-2045(17)30582-X
7. Silveira MJ. Advance care planning and advance directives. *Up To Date* [Internet]. 2022 [acesso 2 jun 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3woqMbm>
8. Advance Care Planning. North Bristol NHS Trust [Internet]. 2022 [acesso 4 maio 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3pE5lIS>
9. Nunes R. Diretivas antecipadas de vontade. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2016.
10. Silveira MJ, Kim SYH, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med* [Internet]. 2010 [acesso 3 mar 2022];362(13):1211-8. DOI: 10.1056/NEJMSA0907901
11. Covinsky KE, Fuller JD, Yaffe K, Johnston CB, Hamel MB, Lynn J *et al.* Communication and decision-making in seriously ill patients: findings of the SUPPORT project. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2000 [acesso 18 fev 2022];48(S1):S187-93. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2000.tb03131.x
12. Cook MR. Goals of care: understanding the outcomes that matter most. *Surg Clin North Am* [Internet]. 2019 [acesso 13 mar 2022];99(5):833-47. DOI: 10.1016/j.suc.2019.06.005
13. Molloy DW, Guyatt GH, Russo R, Goeree R, O'Brien BJ, Bédard M *et al.* Systematic implementation of an advance directive program in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA* [Internet]. 2000 [acesso 13 mar 2022];283(11):1437-44. DOI: 10.1001/JAMA.283.11.1437
14. Johnson S, Butow P, Kerridge I, Tattersall M. Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. *Psychooncology*. [Internet]. 2016 [acesso 4 maio 2022];25(4):362-86. DOI: 10.1002/pon.3926
15. Sommovilla J, Kopecky KE, Campbell T. Discussing prognosis and shared decision-making. *Surg Clin North Am* [Internet]. 2019 [acesso 3 mar 2022];99(5):849-58. DOI: 10.1016/J.SUC.2019.06.011
16. Institute for Healthcare Improvement; The Conversation Project. Seu kit de conversas iniciais: quando se trata de cuidados de fim da vida, conversar é importante [Internet]. Boston: IHI; 2022 [acesso 1º maio 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3R64C5x>
17. Agarwal R, Epstein AS. Advance care planning and end-of-life decision making for patients with cancer. *Semin Oncol Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 13 mar 2022];34(3):316-26. DOI: 10.1016/j.soncn.2018.06.012
18. Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, Widera EW, Smith AK. Prognostic indices for older adults. *JAMA* [Internet]. 2012 [acesso 4 maio 2022];307(2):182-92. DOI: 10.1001/jama.2011.1966
19. Discussing trade-offs. *ePrognosis* [Internet]. 2022 [acesso 3 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3R0yGzO>
20. COVID-19 prognosis information: what would you like to do? *ePrognosis* [Internet]. 2022 [acesso 13 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3wu4hlg>
21. Higginson IJ, Gomes B, Calanzani N, Gao W, Bausewein C, Daveson BA *et al.* Priorities for treatment, care and information if faced with serious illness: a comparative population-based survey in seven European countries. *Palliat Med* [Internet]. 2014 [acesso 16 abr 2022];28(2):101-10. DOI: 10.1177/0269216313488989
22. Jorge R, Sousa L, Nunes R. Preferências e prioridades para os cuidados de fim de vida de pessoas idosas: adaptação cultural para o Brasil. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2016 [acesso 3 mar 2022];10(2):101-11. DOI: 10.5327/Z2447-211520161600002

23. Borreani C, Brunelli C, Bianchi E, Piva L, Moro C, Miccinesi G. Talking about end-of-life preferences with advanced cancer patients: factors influencing feasibility. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2012 [acesso 3 mar 2022];43(4):739-46. DOI: 10.1016/J.JPAINSYMMAN.2011.05.011
24. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; Associação Médica Brasileira. Recomendações da SBGG para a elaboração de diretivas antecipadas de vontade [Internet]. Rio de Janeiro: SBGG; 2022 [acesso 1º maio 2022]. Disponível: <https://bit.ly/2sILS3p>
25. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; Associação Médica Brasileira. Projeto Cartas na Mesa [Internet]. Rio de Janeiro: SBGG; 2022 [acesso 1º ago 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3KiAwcU>
26. Minhas Vontades: aplicativo das diretivas antecipadas de vontade. SBGG [Internet]. 2022 [acesso 16 abr 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3wtpawX>
27. Mayoral VFS, Fukushima FB, Rodrigues AM, Carvalho RP, Carvalho LP, Pinheiro LAFV *et al.* Cross-cultural adaptation of the physician orders for life-sustaining treatment form to Brazil. *J Palliat Med* [Internet]. 2018 [acesso 16 abr 2022];21(6):815-9. DOI: 10.1089/JPM.2017.0590
28. Zadeh S, Pao M, Wiener L. Opening end-of-life discussions: how to introduce Voicing My CHOICES™, an advance care planning guide for adolescents and young adults. *Palliat Support Care* [Internet]. 2015 [acesso 16 abr 2022];13(3):591-9. DOI: 10.1017/S1478951514000054
29. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 269-70, 31 ago 2012 [acesso 24 ago 2022]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3M0sSU0>

Laiane Moraes Dias – Doutoranda – laianemdias@gmail.com

 0000-0002-6714-1970

Mirella Rebello Bezerra – Doutoranda – mirebello@outlook.com

 0000-0003-1130-1098

Williams Fernandes Barra – Doutorando – ajuru2@gmail.com

 0000-0001-8954-4212

Rui Nunes – Doutor – ruinunes@med.up.pt

 0000-0002-1377-9899

Francisca Rego – Doutora – mfrego@med.up.pt

 0000-0001-8083-7895

Correspondência

Laiane Moraes Dias – Trav. Dom Romualdo de Seixas, 1476/2207, Umarizal CEP 66055-200. Belém/PA, Brasil.

Participação dos autores

Laiane Moraes Dias e Francisca Rego conceberam o estudo e prepararam o manuscrito inicial. Mirella Rebello Bezerra e Williams Fernandes Barra coletaram os dados e ajudaram na elaboração e na escrita do guia. Rui Nunes e Francisca Rego colaboraram com a revisão crítica. Todos os autores revisaram o manuscrito.

Recebido: 21.6.2022

Revisado: 10.8.2022

Aprovado: 16.8.2022