

IMPACTO DAS ORIENTAÇÕES DADAS A IDOSOS COM CÂNCER SOBRE AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV) NOS SEUS CUIDADOS DE SAÚDE – UMA REVISÃO DE ESCOPO

IMPACT OF THE ORIENTATIONS GIVEN TO ELDERLY WITH CANCER ON THE ANTICIPATED DIRECTIVES OF WILL IN THEIR HEALTH CARE - A SCOPE REVIEW

Iamile Queiroz de Farias Silva¹, Maria Eugênia Lemos do Monte Câmara², Rafaela de Lima Valadares Alves³, Flávia Augusta Orange⁴, Jurema Telles De Oliveira Lima⁵, Maria Júlia Gonçalves de Mello⁶, Mirella Rebello Bezerra⁷.

¹Aluna da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) –Bolsista PIC/FPS

²Aluna da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

³Aluna da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

⁴Co-orientadora - Médica anesthesiologista e pesquisadora da pós-graduação do IMIP.

⁵Co-orientadora - Médica oncologista coordenadora do Serviço de Oncologia do IMIP.

⁶Orientadora - Médica pediatra docente e pesquisadora da pós-graduação do IMIP.

⁷Orientadora - Médica Geriatria e Paliativista coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do IMIP

RESUMO

Cenário: Devido às mudanças demográficas e do aumento da prevalência de doenças oncológicas com o envelhecimento, os idosos com câncer precisarão cada vez mais de planejamento personalizado dos seus cuidados. As resoluções do CFM sobre ortotanásia e Diretivas Antecipadas de Vontade visam proteger as pessoas da obstinação terapêutica, devendo ser utilizadas nas tomadas de decisão.

Objetivo: Verificar, por meio de uma revisão de escopo (RS), o impacto das diretivas antecipadas de vontade no planejamento dos cuidados de pacientes idosos com câncer.

Métodos: Esta revisão de escopo utilizou a estratégia PICO para aplicar a questão, com "P" para o problema (diretivas antecipadas de vontade), "I" para o fenômeno de interesse (impacto da implementação das diretivas nos cuidados de fim de vida), "Co" para o contexto (idosos, com câncer).

Resultados: As estratégias de busca permitiram identificar 500 artigos, sendo três artigos replicados entre as bases. A leitura com análise dos títulos e resumos a fim de selecionar os artigos que fossem pertinentes à pergunta de revisão resultou na manutenção de 39 artigos. Destes, a partir da leitura do texto integral, foram selecionados 14 artigos por se tratarem especificamente sobre pacientes idosos com neoplasia em relação à decisão de cuidados sobre fim de vida.

Discussão: Apesar da importância do planejamento de cuidados antecipados, muitas pessoas idosas com câncer em fase terminal não têm a oportunidade de discutir sobre suas preferências e valores e menos ainda de construir as suas diretivas antecipadas, roubando a autonomia e o protagonismo dos indivíduos nas decisões e planejamento dos cuidados de saúde que recebem em momentos que não possam se expressar. Esta revisão da literatura relacionou os aspectos envolvidos nesta questão, principalmente em relação ao impacto das diretivas antecipadas de vontade no planejamento do cuidado do idoso com câncer.

Conclusão: A discussão e o registro do planejamento de cuidados antecipados, baseado em conversas honestas sobre o prognóstico das doenças, é fundamental para apoiar os indivíduos idosos com câncer avançado ter seus desejos e valores respeitados.

Palavras-chaves: *autonomia; idoso; câncer; planejamento antecipado de cuidados.*

ABSTRACT

Background: Due to demographic changes and the increasing prevalence of cancer diseases with aging, elderly people with cancer will increasingly need personalized planning of their care. CFM Resolutions on orthothanasia and Anticipated Directives of Will aim to protect people from therapeutic obstinacy and should be used in decision making options.

Objectives: To verify, by means of a scope review (SR), the impact of advance directives of will on the planning of care for elderly patients with cancer.

Methods: This scope review used the PICO strategy to apply the question, with "P" for the problem (advance will directives), "I" for the phenomenon of interest (impact of the implementation of the directives on end-of-life care), " Co "for the context (elderly, with cancer).

Results: The search strategies allowed to identify 500 articles, three of which were replicated between the databases. Reading with analysis of the titles and abstracts in order to select the articles that were relevant to the review question resulted in the maintenance of 39 articles. Of these, from reading the full text, 14 articles were selected because they are specifically about elderly patients with neoplasia in relation to the decision to care about the end of life.

Discussion: Despite the importance of planning early care, many elderly people with terminal cancer do not have the opportunity to discuss their preferences and values and even less to build their advance directives, stealing the autonomy and protagonism of individuals in decisions and planning the health care they receive at times that they cannot express themselves. This literature review listed the aspects involved in this issue, mainly in relation to the impact of advance directives of will on the care planning of the elderly with cancer.

Conclusion: The discussion and recording of early care planning, based on honest conversations about the prognosis of diseases, is essential to support elderly individuals with advanced cancer to have their wishes and values respected.

Keywords: *autonomy; elderly; cancer; advance care planning.*

INTRODUÇÃO

Devido às mudanças demográficas e do aumento da prevalência de doenças oncológicas com o envelhecimento, são observados nos idosos a maioria dos casos novos e das mortes relacionadas ao câncer. Nos últimos anos, muitos avanços terapêuticos têm surgido com o objetivo de cura ou palição de sintomas com melhoria da qualidade de vida. Entretanto, o uso irrestrito da tecnologia pode levar a tratamentos fúteis a despeito da vontade do indivíduo. Algumas resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) visam proteger as pessoas da obstinação terapêutica, devendo ser utilizadas no planejamento personalizado dos cuidados dos idosos com câncer.

A Constituição Federal brasileira, de 1988, serviu de base para a normatização dos direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como cidadão¹. Porém, ainda observamos que na vigência de situações de dependência, sobretudo na tomada de decisões em momentos incertos e delicados como a proximidade da morte ou tratamentos que prolonguem a vida, a autonomia da pessoa idosa tende a não ser valorizada².

No Brasil, as resoluções do CFM sobre ortotanásia e Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) (1805/2006 e 1.995/2012, respectivamente),^{3,4} orientam as condutas médicas visando o direito a morrer naturalmente, sem que os pacientes sejam obrigados a receber tratamento fúteis. Como não há uma lei específica no país, estas resoluções têm força de lei para os médicos por serem do CFM.⁵

Apesar disto, identifica-se uma dificuldade gerada por estigmas sociais - tanto por parte dos médicos, como pelos próprios pacientes e órgãos legislativos - em discutir, orientar e planejar os cuidados para o fim da vida. Isto gera desconhecimento sobre a atual legislação das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), as quais legitimam a vontade do próprio paciente quando este estiver impossibilitado de expressá-la, relatada

por ele antecipadamente ou por seus representantes legais quando o doente estiver impossibilitado. Por meio desta, sua vontade é transmitida através do testamento vital (TV) e do mandato duradouro⁶, respectivamente.

Apesar da importância do planejamento de cuidados antecipados, muitos pacientes com câncer em estado terminal não estão concluindo suas diretivas antecipadas. De acordo com estudo publicado na revista *Bioética*, estima-se que somente 20% dos participantes sabem ou ao menos têm ideia do que sejam essas diretivas⁷. Outro estudo evidenciou que apenas 27% dos doentes em fase terminal da doença conseguem completá-las.⁸ As prováveis razões para baixas taxas de conclusão incluem a abordagem limitada do médico ou fatores como ansiedade ou dificuldade em discutir tópicos de cuidados no fim da vida por parte do paciente.^{9,10}

Porém, a autonomia do paciente só será plena se ele estiver bem informado sobre sua circunstância e sobre o papel de determinadas terapêuticas no curso clínico da doença. Cabe ao médico que o acompanha não apenas registrar seu desejo no prontuário, como também ter um papel conjunto no processo da confecção da diretiva.¹¹ Acredita-se que capacitar os profissionais para isto deve colaborar para cuidados de fim de vida mais adequados, que respeitarão as preferências dos indivíduos, mesmo quando eles não possam mais se expressar.

Contudo, é improvável que as habilidades para construção de DAV e respeito a autonomia sejam desenvolvidas, e muito menos exibidas, a menos que o médico compreenda e concorde com os princípios éticos norteadores e conheçam o real impacto na sua prática profissional. Diante disto, este estudo realizou uma revisão de escopo sobre a relação entre DAV e os cuidados de saúde de idosos com câncer.

MÉTODO

O estudo foi delineado como uma revisão de escopo. O estudo de escopo (*scoping study* ou *scoping review*) tem como objetivos mapear os principais conceitos que apoiam determinada área de conhecimento, examinar a extensão, alcance e natureza da investigação, sumarizar e divulgar os dados da investigação e identificar as lacunas de pesquisas existentes⁹. Foram incluídos todos os tipos de estudos, publicados em português ou língua estrangeira, que envolvessem como participantes, ou como sujeitos de interesse, pacientes idosos com câncer na formulação de seus cuidados de fim de vida através da DAV.

A metodologia incluiu as cinco fases principais: (1) identificação da questão da pesquisa, (2) identificação de estudos relevantes, (3) seleção de estudos, (4) mapeamento dos dados e (5) agrupamento, resumo e relato dos resultados.

1. QUESTÃO DE PESQUISA

Esta revisão de escopo utilizou a estratégia PICo para aplicar a questão, com "P" para o problema (diretivas antecipadas de vontade), "I" para o fenômeno de interesse (impacto da implementação das diretivas nos cuidados de fim de vida), "Co" para o contexto (idosos, com câncer). Ajustando nosso objeto de estudo à estratégia da PICo, a questão norteadora é: “Quais os impactos das diretivas antecipadas de vontade nos pacientes idosos, com câncer, no fim de vida?”.

2. FONTES DE DADOS E ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A busca inicial foi implementada em 25 de junho de 2020 às 19:00 horas, em duas bases de dados eletrônicas: BVS, PUBMED. Os bancos de dados foram selecionados para serem abrangentes e cobrir uma ampla gama de disciplinas. Não foram

colocados limites de data, idioma, assunto ou metodologia para a pesquisa de banco de dados. A estratégia de busca utilizou as seguintes palavras-chave: (("80 and over" OR "oldest old" OR "nonagenarians" OR "nonagenarian" OR "octogenarians" OR octogenarians OR centenarians OR "geriatrics" OR gerontology OR "old man" OR "aged":kw) AND (neopla* OR D009369* OR neoplasia* OR tumor* OR cancer* OR malignanc* OR maliganan*) AND ("advance care planning":kw OR D032722 OR "Advance Directives" OR "Will, Psychiatric" OR "Psychiatric Wills" OR "Health Care Power of Attorney" OR "Living Wills" OR D016224)). A estratégia de busca foi adaptada aos requisitos específicos de cada biblioteca ou banco de dados. A última pesquisa foi realizada no dia 27/08/2020 e não teve limitação quanto a linguagem, sendo traduzido pela plataforma do google tradutor.

3. SELEÇÃO DE ESTUDOS

Todos os estudos envolvendo as diretivas antecipadas de vontade em indivíduos idosos com neoplasia foram considerados. Entretanto, artigos que apresentavam uma média de idade superior a 60 anos, porém não especificavam os dados na faixa etária exclusivamente de idosos foram excluídos, bem como os estudos que falavam de outras doenças e que não separavam os resultados levando em consideração essas diferenças.

Os títulos e resumos, quando disponíveis, dos artigos recuperados na busca foram lidos e analisados por três revisores para identificar os potencialmente elegíveis para o estudo. Nas situações de dúvida os artigos permaneceram para a fase seguinte, que envolveu a leitura na íntegra de cada um dos artigos selecionados pelos revisores independentes para: a) confirmar a pertinência à pergunta de revisão e, em caso positivo, b) extrair os dados de interesse. Participaram desta fase os autores deste artigo, e os casos de dúvida foram resolvidos em reunião de consenso. A revisão do texto completo

subsequente e a extração de dados foram conduzidas por todos os investigadores usando um formulário online padronizado compartilhado entre os autores.

4. TRAÇANDO OS DADOS

A extração de dados foi feita manualmente por todos os revisores usando um formulário online padronizado compartilhado entre os autores. Não foi utilizado um software de extração. Foram compilados em uma única planilha e importados para o Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corporation, Redmond, WA) para validação e codificação. As incongruências ou dúvidas foram resolvidas por consenso entre todos os autores. Foram extraídos dados de caracterização da produção (ano, local e periódico, por exemplo) e do tipo de estudo. Em cada publicação foram identificados e extraídos os focos principais envolvidos na proposição do problema, nos argumentos, nos métodos, nas discussões e conclusões. Os focos principais foram analisados, voltando-se aos textos integrais quando necessário, a partir do que foram identificadas categorias de análise que permitiram sintetizar de forma narrativa os achados.

5. SISTEMATIZAÇÃO

Para sistematização dos dados foram incluídos dados do artigo como o título, volume, número e ano, autoria, local do estudo, objetivos, tipos de pesquisa, amostra, resultados, menção das diretrizes antecipadas de vida, resultados relevantes da pesquisa, a base de dados em que foram avaliados, bem como a sequência em que foram analisados.

O risco de viés foi julgado de forma independente por pelo menos dois investigadores e as divergências foram resolvidas por um terceiro pesquisador.

OBJETIVO

Verificar, por meio de uma revisão de escopo (RS), o impacto das diretivas antecipadas de vontade no planejamento dos cuidados de pacientes idosos com câncer.

RESULTADOS

As estratégias de busca permitiram recuperar 500 citações. Sendo 482 da base de dados da PUBMED e 18 da BVS. Após remover 03 duplicatas, 497 artigos foram revisados por resumo e título a fim de selecionar os artigos que fossem pertinentes à pergunta de revisão. Na qual resultou na manutenção de 39 artigos que foram submetidos à avaliação do texto completo. Desses permaneceram 14 artigos os quais tinham como fenômeno de interesse: idade \geq 60 anos, câncer e o impacto das DAVs nesses pacientes.

A **figura 1** representa o fluxo das análises.

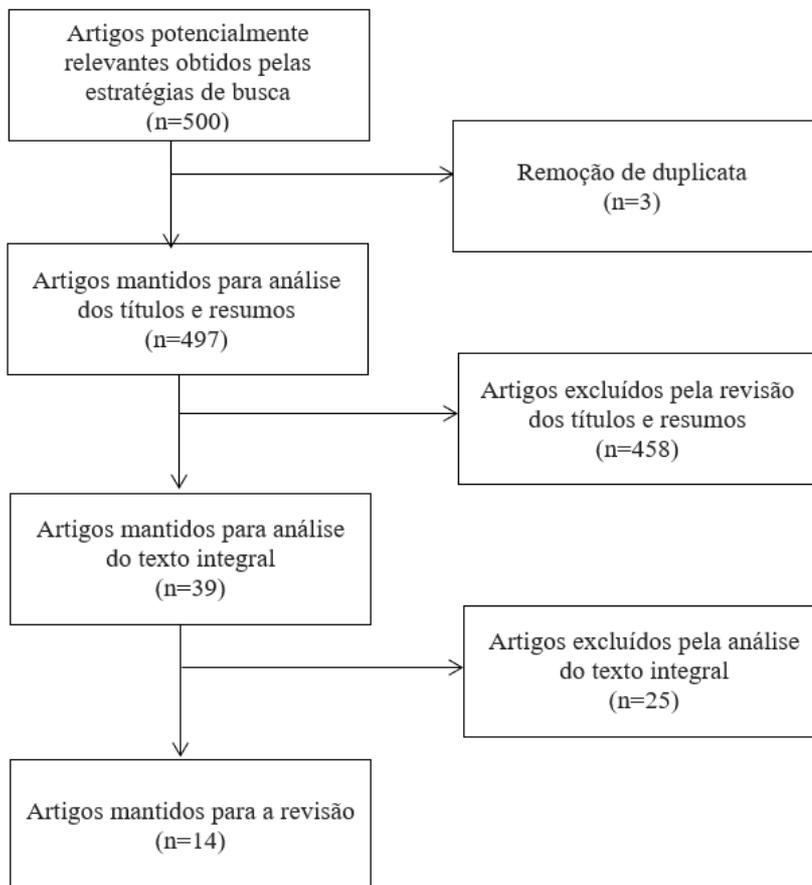


Figura 1 (diagrama de fluxo da busca na literatura e inclusão de artigos).

#	Título do artigo	Primeiro autor; local de publicação; ano da publicação	Tipo de estudo	País	Tópicos abordados
1	Advance care planning and home death in patients with advanced cancer: a structured interview analysis	Takako Ishikawa; International Journal of Palliative Nursing; 2018	Análise estruturada de entrevistas	Japão	Impactos da DAV sobre o local da morte.
2	Advance care planning for patients with inoperable lung cancer	Gillian Horne; International Journal of Palliative Nursing; 2006	Estudo qualitativo prospectivo com entrevistas semiestruturadas individuais	Inglaterra	Impactos positivos da DAV. Perfil do profissional.
3	Advance care planning within survivorship care plans for older cancer survivors: A systematic review	Rónán O’Caoimh; Maturitas; 2017	Revisão sistemática	Irlanda	Dificuldades para formulação da DAV.
4	Association of Early Patient-Physician Care Planning Discussions and End-of-Life Care Intensity in Advanced Cancer	Sangeeta C. Ahluwalia; Journal of Palliat Med; 2015	Estudo de coorte retrospectivo	Estados Unidos	Atendimento precoce e discussão de planejamento documentada no prontuário médico foi relacionada a uma menor utilização de UTI.
5	Communication practices in physician decision-making for an unstable critically ill patient with end-stage cancer	Deepika Mohan; Journal of palliative medicine; 2010	Série de casos	Estados Unidos;	Impactos positivos das discussões de fim de vida.

#	Título do artigo	Primeiro autor, local de publicação e ano da publicação	Tipo de estudo	País	Dados relevantes
6	Cuidados en los últimos días de vida en los pacientes hospitalizados en medicina interna	Díez-Manglano; Revista clín. esp. (Ed. impr.); 2019	Estudo observacional, transversal, retrospectivo multicêntrico.	Espanha	Dificuldade no estabelecimento de um prognóstico em doenças crônicas não oncológica. Falta significativa de registro dos últimos dias de vida.
7	Does implementation matter if comprehension is lacking? A qualitative investigation into perceptions of advance care planning in people with cancer	Anna Ugalde; Springer Nature; 2018	Estudo descritivo qualitativo	Alemanha	Impactos positivos da DAV. Documentação adequada das preferências.
8	Documentation of discussions about prognosis with terminally ill patients	Elizabeth H Bradley; The American Journal of Medicine; 2010	Revisão de prontuário	Estados Unidos	Discussões sobre prognóstico nas ordens de não reanimar vs. DAV. Estimativa de expectativa de vida.
9	End-of-life experience of older adults dying of End-Stage Renal Disease: A comparison with cancer	Melissa W. Wachterman; Journal of Pain and Symptom Manag; 2017	Estudo de coorte	Estados Unidos	História natural da doença como facilitador para construção da DAV. Dificuldades para construção da DAV.
10	End of life issues in older patients	Ursula A. Matuloni; Seminars in Oncology; 2004	Revisão sistemática	Estados Unidos	Estratégias para construção de DAV. Dificuldades para construção da DAV

#	Título do artigo	Primeiro autor, local de publicação e ano da publicação	Tipo de estudo	País	Dados relevantes
11	Ethical issues in the geriatric patient with advanced cancer “living to the end”	M. Daher; Annals of Oncology; 2013	Revisão sistemática	Líbano	A autonomia no processo de doença.
12	A physician’s moral dilemma in the emergency department: going against a patient’s perceived wishes	Shahla Siddiqui; The Journal of Emergency Medicine; 2016	Relato de caso	Singapura	Facilitadores para construção da DAV.
13	Geriatric assessment in oncology	David B. Reuben; American Cancer Society; 1997	Revisão de literatura	Estados Unidos	Estratégias para construção de DAV
14	Preferences of elderly cancer patients in their advance directives	Sophie Pautex; Critical Reviews in Oncology/Hematology; 2010	Estudo de coorte retrospectivo	Suíça	Motivações e dificuldades para a construção da DAV.

DISCUSSÃO

Apesar da importância do planejamento de cuidados antecipados, muitas pessoas idosas com câncer em fase terminal não têm a oportunidade de discutir sobre suas preferências e valores e, menos ainda, de construir as suas diretivas antecipadas, roubando a autonomia e o protagonismo dos indivíduos nas decisões e planejamento dos cuidados de saúde que recebem em momentos que não podem se expressar. Esta revisão da literatura relacionou os aspectos envolvidos nesta questão, principalmente em relação ao impacto da DAV no planejamento do cuidado do idoso com câncer.

A discrepância entre o local desejado e o real da morte é comum em pacientes com câncer avançado, com muitos deles desejando morrer em casa, mas na verdade morrem no hospital. Entretanto, há evidências de que fazer planejamento antecipado de

cuidados com os doentes e suas famílias está associado a morte em casa, havendo significativa associação com ter DAV, entre câncer avançado e pacientes em atendimento domiciliar.¹²

A criação de DAV por si só antecipa as discussões para um momento anterior ao crítico quando a tomada de decisão é mais difícil. Há evidência de que discussões de planejamento de cuidados feitas precocemente pode ajudar os pacientes e familiares a optar por cuidados menos invasivos e alcançar um cuidado centrado no paciente, levando a menor utilização de cuidados de UTI entre pacientes do Hospital de Veteranos do que as estimativas de utilização existentes entre pacientes com câncer de prognóstico ruim do Medicare e comparados favoravelmente com estimativas de um estudo de coorte recente de pacientes com câncer de pulmão ou colorretal em estágio IV.¹³

As principais motivações dos doentes para completar suas DAVs são: aumentar a autonomia, melhorar a comunicação com cuidadores, medo do excesso de tratamento, não ser um fardo, melhorar a comunicação com seus substitutos e para ter certeza de que suas preferências serão respeitadas.¹⁴ Entretanto, em um estudo com aproximadamente 1.600 pacientes com uma doença oncológica avançada que foram hospitalizados, apenas 149 pacientes (9%) mostraram interesse em completar as diretivas.¹⁴ Destes, noventa e nove iniciaram o processo, mas não foram capazes de concluir o processo pelas seguintes razões: muito difícil de antecipar a discussão, decisão rejeitada após discussão com os cuidadores, início de delirium ou piora clínica da condição.³ Foi verificado também que quanto maior a idade, maior a adesão.¹⁴

A maioria dos doentes, que criaram uma DAV, relatam que é útil e os fez se sentir fortalecidos, em paz de espírito, seguros, mais calmos e/ou aliviado por seus desejos serem conhecidos.¹⁵ E a maioria relatou que se sentiu melhor por ter tido uma discussão

sobre sua preferência para cuidados de fim de vida, principalmente, quando o profissional de enfermagem foi percebida como 'pé no chão', 'acessível', 'cuidadoso' e 'apoiador'.¹⁶

Corroborando com isto, há evidência que é mais provável que o médico inicie a palição, na fase terminal da doença, se ele tiver perguntado ao doente sobre suas preferências e desejos de um tratamento que prolongue sua vida.¹⁷ Entretanto, os benefícios destas conversas parecem ser alcançados quando há documentação adequada das preferências dos doentes.¹⁵ Mesmo em os doentes com DAV a congruência entre as discussões realizadas e os documentos escritos eram limitados. Com muitos desejos adicionais não registrados na DAV.¹⁵ Há que se explorar estratégias para melhorar a compreensão dos profissionais e garantir a concordância de preferências documentadas com desejos do paciente.¹⁵

Há, também, uma falta significativa de registro do processo de morte na história clínica, refletindo a falta de protocolização do processo de cuidado nos últimos dias de vida e de cuidado após a morte.¹⁸ A melhoria desses aspectos é fundamental para garantir que os pacientes tenham uma boa morte.¹⁸ Ter discussões documentadas sobre o prognóstico foi significativamente associado a conversas documentadas de tratamento de suporte de vida e com receber ordens de não reanimar.¹⁹ Entretanto, ter discussões documentadas sobre o prognóstico não está significativamente associado à conclusão de uma diretiva antecipada de vontade.¹⁹

Apesar de o registro em prontuário do prognóstico está relacionado a discussão sobre cuidados de fim de vida, estabelecer prognóstico ainda é um desafio. Quando o diálogo não é claro, a estimativa de expectativa de vida estimada pelo paciente e pelo médico costuma divergir, o que influencia nas suas decisões de fim de vida.¹⁸ Sabe-se que os pacientes com expectativas prognósticas mais otimistas são menos propensos a se envolver em um planejamento de cuidados antecipado e mais propensos a buscar

tratamento agressivo.²⁰ O desejo do paciente por tratamentos restauradores pode estar relacionado a uma série de questões, incluindo aliviar sua carga percebida em sua família, um desejo de não morrer, incompreensão de seu prognóstico, e incompreensão do grau de toxicidades associado à terapia.²¹

Por outro lado, pacientes com câncer que estavam mais bem informados sobre seu prognóstico, receberam mais atendimento psicológico, morreram em quartos individuais e acompanhados por seus familiares, a quem foi dada mais atenção no luto.¹⁸ Entre as doenças não oncológicas, estabelecer prognóstico é ainda mais complexo, havendo menor planejamento de cuidados.¹⁸ Estudos apontam a importância de explicar todos os riscos e benefícios realistas das terapias para pacientes, especialmente para pacientes idosos com limitação de expectativa de vida, porque há uma tendência para muitos pacientes a escolher o tratamento agressivo, apesar dos pequenos benefícios.²¹

O câncer avançado costuma ser caracterizado por um declínio relativamente previsível com mais certeza de que o fim da vida está se aproximando, o que permite um planejamento de cuidados mais avançado e uma melhor compreensão sobre a provável falta de utilidade dos cuidados agressivos.²⁰ No domínio de planejamento de cuidados avançados/tomada de decisão, pessoas morrendo de insuficiência renal terminal eram significativamente menos propensas a ter instruções de fim de vida por escrito do que pessoas semelhantes morrendo de câncer.²⁰

Parece útil oferecer um questionário prévio sobre DAV para determinar se o paciente já tem essa diretriz e se não tiver, os pacientes podem receber informações para ler em casa em preparação para discussões subsequentes.²² As discussões sobre as diretrizes antecipadas não devem ser reservadas para os dias em que a morte é iminente, mas antes abordadas no início do tratamento.²² Com a progressão de uma doença avançada como o câncer, há uma crescente debilidade e perda da funcionalidade que

corrói a autonomia do doente. Essa perda progressiva, na medida em que ameaça ainda mais a integridade da pessoa, aumenta o sofrimento desses pacientes. É por isso que a garantia prática da autonomia do paciente tem sido a construção prévia e uso da DAV.²³

Em cenários agudos, como pronto-socorro, as discussões sobre os cuidados, acaba considerando a autonomia da família e do paciente em conjuntos, quando não há DAV, sendo a presença de médicos envolvidos com cuidados de longo prazo e conhecimento de suas opiniões e valores podem ser cruciais na tomada de decisão.²⁴

Embora o planejamento de cuidados de fim de vida tenha sido recomendado por várias organizações por mais de dez anos, a aceitação tem sido variável e pesquisas sobre o processo são limitadas.²⁵

CONCLUSÃO

A discussão e o registro do planejamento de cuidados antecipados, baseado em conversas honestas sobre o prognóstico das doenças, é fundamental para apoiar os indivíduos idosos com câncer avançado a ter seus desejos e valores respeitados. Os doentes devem ser encorajados por seus médicos a articular o que é importante e dar sentido a eles enquanto vivem, enfrentam e recebem tratamento para seu câncer.

REFERÊNCIAS

1. Cielo PFLD, Vaz ERC. A legislação brasileira e o idoso. Rev CEPPG [Internet]. 2009;21(2):33–46. Available at: http://www.portalcatalao.com/painel_clientes/cesuc/painel/arquivos/upload/temp/d69c5c83201f5bfe256b30a1bd46cec4.pdf
2. Gomes BMM, Salomão LA, Simões AC, Rebouças BO, Dadalto L, Barbosa MT. Diretivas antecipadas de vontade em geriatria. Rev Bioética. 2018;26(3):429–39.
3. Resolução CFM nº 1805/2006. 2006;2006(D). Available at: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>
4. Resolução CFM nº 1.995/2012. 2012;2012(D). Available at: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf
5. Mabtum MM. 4 - Diretivas antecipadas de vontade como dissentimento livre e esclarecido e a necessidade de aconselhamento médico e jurídico. 2015.
6. Gomes BMM, Salomão LA, Simões AC, Rebouças BO, Dadalto L, Barbosa MT. Diretivas antecipadas de vontade em geriatria. Rev Bioética. 2018;26(3):429–39.
7. Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. Rev Bioética. 2014;21(3):463–76.
8. S.K. Kish, C.G. Martin, K.J. Price, Advance directives in critically ill cancer patients, Crit. Care Nurs. Clin. North Am. 12 (3) (2000) 373–383.
9. E. Cherlin, T. Fried, H.G. Prigerson, D. Schulman-Green, R. Johnson-Hurzeler, E.H. Bradley, Communication between physicians and family caregivers about care at the end of life: when do discussions occur and what is said? J. Palliat. Med. 8 (6)(2005) 1176–1185.
10. L.A. Dow, R.K. Matsuyama, V. Ramakrishnan, L. Kuhn, E.B. Lamont, L. Lyckholm, et al., Paradoxes in advance care planning: the complex relationship of

oncology patients, their physicians, and advance medical directives, *J. Clin. Oncol.* 28 (2) (2010)299–304.

11. D’Avila RL, Batista e Siva H. Resolução CFM n° 1.995/2012. 2012;2012(D). Available at: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf

12. Ishikawa T, Fukui S, Okamoto Y. Advance care planning and home death in patients with advanced cancer: A structured interview analysis. *Int J Palliat Nurs.* 2018;24(9):418–26.

13. Ahluwalia SC, Tisnado DM, Walling AM, Dy SM, Asch SM, Ettner SL, et al. Association of Early Patient-Physician Care Planning Discussions and End-of-Life Care Intensity in Advanced Cancer. *J Palliat Med.* 2015;18(10):834–41.

14. Pautex S, Notaridis G, Déramé L, Zulian GB. Preferences of elderly cancer patients in their advance directives. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2010;74(1):61–5.

15. Ugalde A, O’Callaghan C, Byard C, Brean S, MacKay J, Boltong A, et al. Does implementation matter if comprehension is lacking? A qualitative investigation into perceptions of advance care planning in people with cancer. *Support Care Cancer.* 2018;26(11):3765–71.

16. Horne G, Seymour J, Shepherd K. Advance care planning for patients with inoperable lung cancer. *Int J Palliat Nurs.* 2006;12(4):172–8.

17. Mohan D, Alexander SC, Garrigues SK, Arnold RM, Barnato AE. Communication practices in physician decision-making for an unstable critically ill patient with end-stage cancer. *J Palliat Med.* 2010;13(8):949–56.

18. Díez-Manglano J, Isasi de Isasmendi Pérez S, Rubio Gómez M, Formiga F, Sánchez Muñoz L, Castiella Herrero J, et al. End-of-life care for patients hospitalised in internal medicine departments. *Rev Clin Esp.* 2019;219(3):107–15.

19. Bradley EH, Hallemeier AG, Fried TR, Johnson-Hurzeler R, Cherlin EJ, Kasl S V., et al. Documentation of discussions about prognosis with terminally ill patients. *Am J Med.* 2001;111(3):218–23.
20. Wachterman MW, Lipsitz SR, Lorenz KA, Marcantonio ER, Li Z, Keating NL. End-of-Life Experience of Older Adults Dying of End-Stage Renal Disease: A Comparison With Cancer. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2017;54(6):789–97. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.013>
21. Matulonis UA. End of Life Issues in Older Patients. *Semin Oncol.* 2004;31(2):274–81.
22. Reuben, David B. Geriatric assessment in oncology. *J Am Geriatr Soc.* 1997; Vol 80(7): 1311-1316.
23. Daher M. Ethical issues in the geriatric patient with advanced cancer “living to the end”. *Ann Oncol.* 2013;24(SUPPLEMENT7).
24. Siddiqui S. A Physician’s Moral Dilemma in the Emergency Department: Going Against a Patient’s Perceived Wishes. *J Emerg Med* [Internet]. 2016;51(6):748–9. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2016.07.084>
25. O’Caoimh R, Cornally N, O’Sullivan R, Hally R, Weathers E, Lavan AH, et al. Advance care planning within survivorship care plans for older cancer survivors: A systematic review. *Maturitas.* 2017;105(May):52–7.