II FÓRUM DE GERIATRIA DO CFM



DECISÃO COMPARTILHADA: MÉDICO – PACIENTE OU RESPONSÁVEL PADRÃO DE ATENÇÃO



Paulo Villas Boas
Disciplina de Geriatria
Departamento de Clínica Médica
Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp
Câmara Técnica de Geriatria - CFM



Conflito de interesse

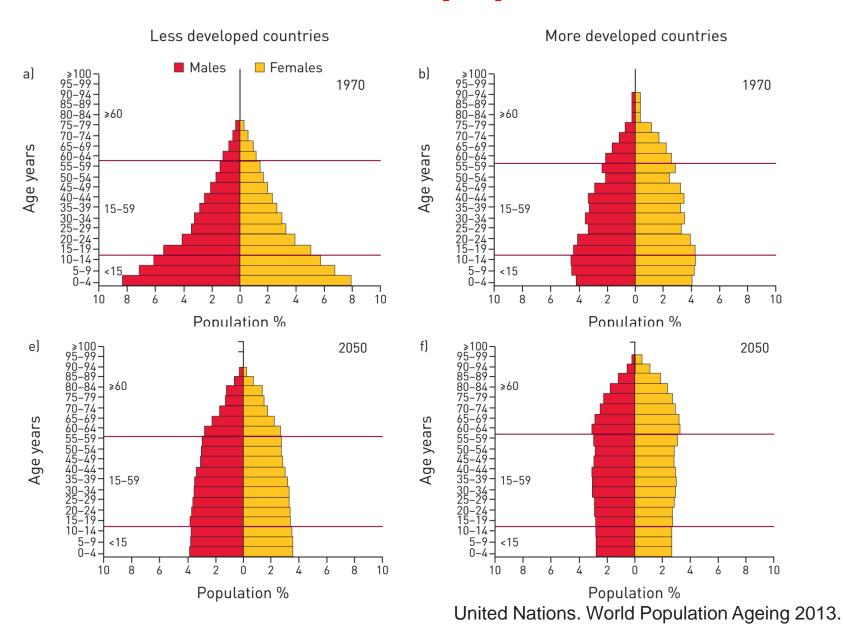
- Resolução da ANVISA 102/2000 sobre Conflito de Interesses de 30/12/2000
- Resolução CFM nº 1.595/2000

Não possuo conflitos de interesse referente a este tema

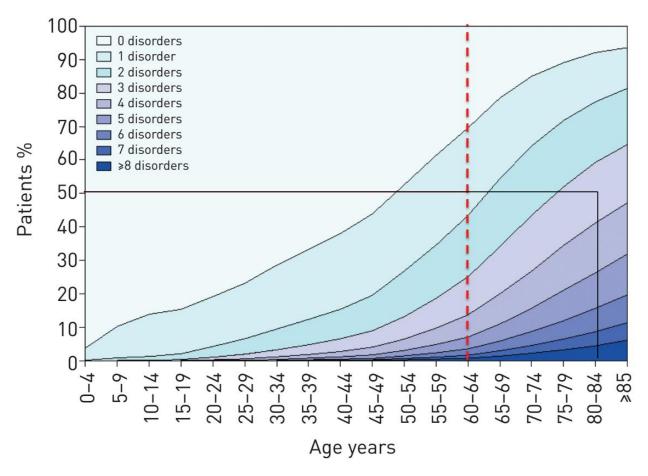
Plano da apresentação

- Epidemiologia do envelhecimento
- Multimorbidade e incapacidade
- Relação médico-paciente
 - Problemas
 - Tipos
 - Medicina centrada no paciente
- Decisão compartilhada
 - Que momento estamos
 - Resultados
- Conclusões

Envelhecimento populacional



Idosos e número de doenças



Ageing and the epidemiology of multimorbidity

Doenças crônicas

Table 1. Percentage of Medicare Beneficiaries With Selected Chronic Conditions, by Age and the Presence of Comorbidity, United States, 2008^a

	Preva	lence, %	% With Comorbidity	
Chronic Condition	Overall	Age ≥65 Years		
Hypertension	56.2	59.6	93.5	
Hyperlipidemia	42.8	45.4	94.9	
Ischemic heart disease	32.0	34.5	96.1	
Diabetes	26.6	26.9	95.1	
Arthritis	20.8	22.2	93.6	
Heart failure	16.8	18.0	98.7	
Depression	13.1	10.7	90.0	
Chronic kidney disease	12.7	13.1	98.1	
Osteoporosis	12.4	13.9	92.4	
Alzheimer's disease	11.0	12.6	94.0	
Chronic obstructive pulmonary disease	10.9	11.1	96.6	
Atrial fibrillation	7.7	8.9	97.9	
Cancer ^b	6.5	7.4	91.3	
Asthma	4.5	4.0	95.4	
Stroke	4.3	4.6	98.5	

Consequências das doenças crônicas

- Sintomas persistentes
- Sem cura
- Modificação de comportamento
 - Dieta, exercício físico
- Modificação social
- Estresse emocional
- Responsabilidade no tratamento
 - Participação das decisões
 - Uso de medicamentos

Patient Priority-Directed
Decision Making and Care
for Older Adults with Multiple
Chronic Conditions

Mary E. Tinetti, мр^{а,b,*}, Jessica Esterson, мрн^а, Rosie Ferris, мрн^{с,d}, Philip Posner, РhD^{e,f}, Caroline S. Blaum, мр^{с,d}

O que o paciente quer

- Acesso às informações
 - Diagnósticos
 - Tratamentos
 - Prognóstico

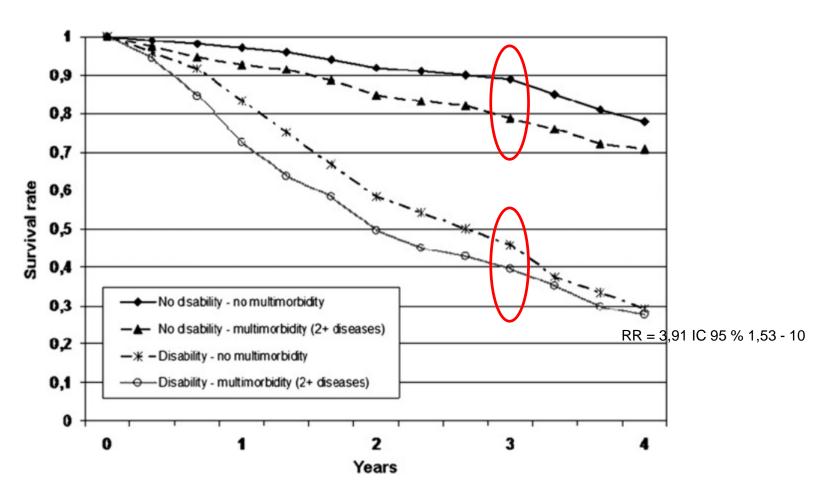


- Cuidado continuado com acesso
- Coordenação do cuidado
- Medidas para reduzir sintomas
 - Dor, cansaço, incapacidade
 e perda de dependência

Patient Priority-Directed
Decision Making and Care
for Older Adults with Multiple
Chronic Conditions

Mary E. Tinetti, мр^{а,b,*}, Jessica Esterson, мрн^а, Rosie Ferris, мрн^{с,d}, Philip Posner, РhD^{e,f}, Caroline S. Blaum, мр^{с,d}

Incapacidade e mortalidade



F. Landi et al. / Journal of Clinical Epidemiology 63 (2010) 752-759

Relação médico-paciente Problemas de comunicação

- Percepção do paciente
 - Profissionais de saúde focam na doença
 - Desejam sobre sua vida e saúde

Verghese A, Brady E, Kapur CC, Horwitz RI. The bedside evaluation: ritual and reason. *Annals of Internal Medicine* 2011;**155**(8):550–3.

A patient-centered view of the clinician-patient relationship

Authors: Tom Delbanco, MD, Margaret Gerteis, PhD Section Editor: Mark D Aronson, MD Deputy Editor: Judith A Melin, MA, MD, FACP

Literature review current through: Sep 2017. | This topic last updated: Oct 11, 2017.

- Educação médica
 - Modelo biomédico (Curativo)
 - Referencial a doença

Fox E. Predominance of the curative model of medical care. JAMA 1997; 278 (9):761-763.

Modelos de Relação Médico-Paciente

- Modelo Sacerdotal
- Modelo Engenheiro
- Modelo Colegial
- Modelo Contratualista



Robert Veach Instituto Kennedy de Ética da Universidade Georgetown, 1972

Modelo sacerdotal

- Mais tradicional tradição hipocrática
- Médico postura <u>paternalista</u> com relação ao paciente
- Beneficência
 - a decisão médica não leva em conta os desejos, crenças ou opiniões do paciente
- Médico
 - Autoridade
 - poder na relação com o paciente
- Processo de tomada de decisão
 - baixo envolvimento
 - Baseado em relação de <u>dominação</u> por parte do médico e de <u>submissão</u> por parte do paciente.
 - Palavra "paciente"
 - conotação de passividade
 - origem grega, significando "aquele que sofre".

Modelo Engenheiro

- Todo o poder de decisão no paciente
- Médico
 - Repassador de informações
 - Executor da ações propostas pelo paciente.
 - Preserva apenas a sua autoridade
 - Abre mão do poder (exercido pelo paciente)
- Baixo envolvimento
- Característica
 - acomodação do médico
 - Mais que pela dominação do paciente
- Paciente visto como um cliente
 - demanda de prestação de serviços médicos.



Modelo Colegial

- Não diferencia os papéis do médico e do paciente
- Processo de tomada de decisão
 - alto envolvimento.
- Não existe a caracterização da autoridade do médico como profissional
- Poder <u>compartilhado</u> igualmente
- Restrição
 - perda da finalidade da relação médico-paciente
 - Simples relação entre indivíduos iguais

Modelo Contratualista

- Médico preserva a sua autoridade
 - detentor de conhecimentos e habilidades específicas
 - Responsável pela tomada de decisões técnicas
- Paciente
 - Participante ativo da tomada de decisões
 - Exerce poder de acordo
 - Estilo de vida e valores morais e pessoais
- Processo <u>efetiva troca de informações</u>
- Médio ou alto envolvimento
- Base compromisso entre as partes



Modelo	Autoridade	Poder	Relação de Poder do Médico	Relação de Poder do Paciente
<u>Sacerdotal</u>	Médico	Médico	<u>Dominação</u>	<u>Submissão</u>
Engenheiro	Médico	Paciente	<u>Acomodação</u>	<u>Variável</u>
Colegial	-	Igualitário	<u>Negociação</u>	<u>Negociação</u>
Contratualista	Médico	Compartilhado	Compromisso	Compromisso

Medicina centrada no paciente

- Introduzida por Balint (1955)
- Institute of Medicine (IOM, 2001)
 - Cuidados de saúde que estabeleçam uma parceria entre profissionais, pacientes e suas famílias para assegurar que os prestadores e os sistemas prestem atendimento atento às necessidades, valores e preferências dos pacientes

Medicina centrada no paciente Dimensões

- Perspectiva biopsicossocial
- Paciente-como-pessoa
 - Significado pessoal de "a doença para cada paciente individual"
- Compartilhar poder e responsabilidade
- Aliança terapêutica
- Médico-como-pessoa
 - Influência das qualidades pessoais e emoção do médico
- Necessidade de descrever opções
 - Indução nas preferências dos pacientes
 - Concordância nas etapas no processo de tomada de decisão

Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine* 2000;**51**(7):1087–110.

 Envolvimento dos pacientes em políticas de saúde e pronto acesso à informação

Decisão Compartilhada O diálogo médico-paciente

- Decisão compartilhada (decision aid)
 - ferramenta para informar os pacientes
 - tratamentos disponíveis
 - potenciais benefícios, riscos e custos
- Tomada de decisões clínicas



Decisão compartilhada Que momento estamos?









INFORME
MUNDIAL
SOBRE
EL
ENVEJECIMIENTO
Y LA
SALUD

La discriminación por motivos de edad en los servicios de salud

 Serviços não consultam os idosos sobre suas preferencias quanto à atenção e restringe o acesso às intervenções médicas

American Geriatric Society

SPECIAL ARTICLES

Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians

American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity*

J Am Geriatr Soc 2012.

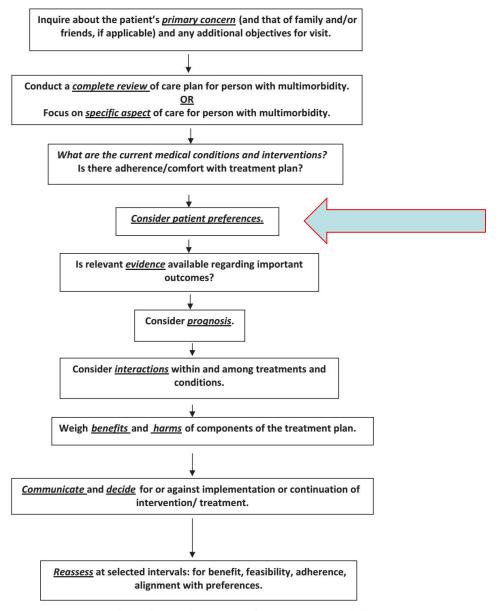


Figure 1. Approach to the evaluation and management of the older adult with multimorbidity.

GUIDING PRINCIPLES

I. PATIENT PREFERENCES DOMAIN

Guiding Principle: Elicit and incorporate patient preferences* into medical decision-making for older adults with multimorbidity.

Older people with multimorbidity are able to evaluate choices and then prioritize their preferences for care, considering pertinent personal and cultural contexts about health and health care. For example, it has been shown that such patients can weigh the risks and benefits of treatment when deciding to take medications²¹ and are able to rank health outcomes according to personal health priorities.²² Some recommendations within CPGs are more preference sensitive than others, and clinicians should be particularly aware of patient preference in these types of medical decisions. Preference-sensitive decisions include choices with more than one reasonable treatment option and possible lifelong implications for chronic disease management or decisions about treatments or interventions that have an important risk or offer uncertain benefit.^{23–25}

Pessoas idosas com multimorbidade são capazes de realizar escolhas e dar prioridade às suas preferências em relação ao cuidado, considerando contextos pessoais e culturais pertinentes aos cuidados de saúde.

Por exemplo esses pacientes podem pesar os riscos e os benefícios do tratamento ao decidir tomar medicamentos.

As decisões sensíveis às preferências incluem escolhas com mais de uma opção de tratamento e possíveis implicações ao longo da vida para o tratamento de doenças crônicas ou decisões sobre tratamentos ou intervenções que têm um risco importante ou oferecem um benefício incerto.

National Institute for Health and Care Excellence - Nice

Multimorbidity: clinical assessment and management

NICE guideline

Published: 21 September 2016

nice.org.uk/guidance/ng56

Your responsibility

The recommendations in this guideline represent the view of NICE, arrived at after careful consideration of the evidence available. When exercising their judgement, professionals and practitioners are expected to take this guideline fully into account, alongside the individual needs, preferences and values of their patients or the people using their service. It is not mandatory to apply the recommendations, and the guideline does not override the responsibility to make decisions appropriate to the circumstances of the individual, in consultation with them and their families and carers or guardian.

1.1 General principles

1.1.1 Be aware that <u>multimorbidity</u> refers to the presence of 2 or more long-term health conditions, which can include:

1.1.4 Think carefully about the risks and benefits, for people with multimorbidity, of individual treatments recommended in guidance for single health conditions.
Discuss this with the patient alongside their preferences for care and treatment.

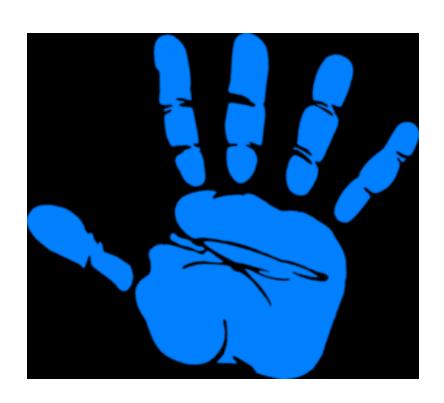
Establishing patient goals, values and priorities

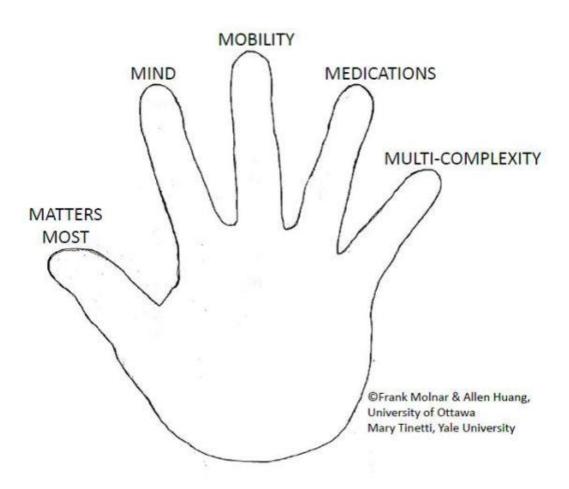
1.6.6 Clarify with the patient whether and how they would like their partner, family members and/or carers to be involved in key decisions about the management of their conditions. Review this regularly. If the patient agrees, share information with their partner, family members and/or carers. [This recommendation is adapted from the NICE guideline on patient experience in adult NHS services.]

Esclarecer com o paciente se e como eles gostariam que seu parceiro, membros da família e/ou cuidadores sejam envolvidos em decisões-chave sobre o gerenciamento de suas condições. Revise isso regularmente. Se o paciente concorda, compartilhe informações com seus parceiros, familiares e / ou cuidadores

British Geriatric Society 2016

The GERIATRIC 5Ms – the 5 simple words every geriatrician needs to know (the new mantra)





GERIATRIC 5Ms [©]	
<u>M</u> IND	<u>M</u> entation,
	Dementia,
	Delirium,
	Depression
MOBILITY	Impaired gait and balance,
	fall injury prevention
<u>M</u> EDICATIONS	Polypharmacy,De- prescribing,
	Optimal prescribing,
	Adverse medication effects and medication burden
MULTI-COMPLEXITY	<u>M</u> ulti-morbidity,
HOLLI COM LEXIT	Complex bio-psycho-social situations
MATTERS MOST	Each individual's own meaningful health outcome goals and care preferences.

© Frank Molnar & Allen Huang, University of Ottawa; Mary Tinetti, Yale University

Objetivos de resultados de saúde e preferências de cuidados individuais de cada indivíduo.

Decisão compartilhada - resultados



Cochrane Database of Systematic Reviews

Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Review)

Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A, Beasley M

Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A, Beasley M. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD003267.

DOI: 10.1002/14651858.CD003267.pub2.

Revisão sistemática

Std.

Std.

Outcome: 4 Health Status

Study or subgroup	PCC intervention		Control		Mean Difference	Weight	Mean Difference
	Ν	N Mean(SD)	N	Mean(SD)	IV,Fixed,95% CI		IV,Fixed,95% CI
Briel 2006	89	6.18 (3.94)	101	6.81 (3.94)	-	14.0 %	-0.16 [-0.44, 0.13]
Chenoweth 2009	43	41.7 (60.3)	34	58.7 (40.2)		5.6 %	-0.32 [-0.77, 0.13]
Dijkstra 2006	190	0.078 (0.013)	227	0.08 (0.012)	-	30.3 %	-0.32 [-0.51, -0.13]
Kennedy 2004	132	11.7 (7.9)	167	12.3 (7.6)	+	21.9 %	-0.08 [-0.31, 0.15]
McLean 2004	56	32.9 (10.8)	54	35.4 (9.9)		8.1 %	-0.24 [-0.61, 0.14]
Merckaert 2008	29	11.93 (7.96)	30	12.63 (7.13)		4.4 %	-0.09 [-0.60, 0.42]
Sorlie 2007	55	30.1 (7.1)	54	33.2 (9.1)	-	7.9 %	-0.38 [-0.76, 0.00]
Wilkinson 2008	50	36.5 (12.7)	62	43.2 (10.7)		7.9 %	-0.57 [-0.95, -0.19]
Total (95% CI)	644		729		•	100.0 %	-0.25 [-0.36, -0.15]
Heterogeneity: Chi² =	= 6.74, df $= 7$ (P $= 0.4$	16); I ² =0.0%					
Test for overall effect:	Z = 4.64 (P < 0.0000)	OI)					
Test for subgroup diffe	erences: Not applicab	le					
						1	

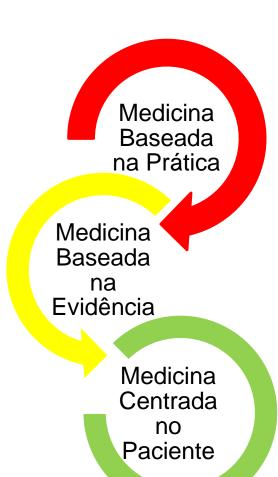
Favors PCC intervention

Outcome: 2 Satisfaction

Study or subgroup	PCC intervention		Control		Std. Mean Difference	Weight	Std. Mean Difference
	Ν	N Mean(SD)	Ν	N Mean(SD) IV,Fix	IV,Fixed,95% CI		IV,Fixed,95% CI
Joos 1996	22	4.44 (0.22)	20	4.36 (0.22)	-	5.3 %	0.36 [-0.25, 0.97]
Kennedy 2004	105	65.4 (12)	144	62.1 (12.3)	-	30.8 %	0.27 [0.02, 0.52]
Loh 2007	56	29.8 (2.7)	29	27 (3.6)	-	8.9 %	0.91 [0.44, 1.38]
McLean 2004	56	39 (30.9)	54	37 (24.7)	+	14.1 %	0.07 [-0.30, 0.44]
Stewart 2007	51	82.1 (5.8)	51	77.8 (8.1)	-	12.5 %	0.61 [0.21, 1.00]
Wilkinson 2008	51	65.3 (7.6)	58	61.2 (10.2)	-	13.6 %	0.45 [0.07, 0.83]
Wolf 2008	58	12.38 (1.87)	58	12.17 (2.26)	+	14.8 %	0.10 [-0.26, 0.46]
Total (95% CI) Heterogeneity: Chi ² = Test for overall effect: Test for subgroup difference of the control o	Z = 4.82 (P < 0.0000)	01)	414		•	100.0 %	0.35 [0.20, 0.49]
Test for subgroup diffe	erences: Not applicabl	e			-4 -2 0 2	4	

Favors control

Favors PCC intervention



Conclusões

- Necessário uma revisão na educação médica
 - Reformulação no relacionamento médico-paciente
 - Relação de poder é compartilhada
 - relação com as responsabilidades
- Otimiza a adesão ao tratamento
 - consequências benéficas no maior alcance dos desfechos clínicos
- Exercício da medicina baseada no paciente
 - Preferências e valores

"Tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem, é conhecer o homem que tem a doença"



Willian Osler,1898