


Avaliação bioética sobre decisões clínicas em Cuidados Paliativos

- **Dados da Associação Médica Americana sobre abordagem do tema morte nos cursos de graduação e residência:**
 - *Graduação(1993/1994): 5 /126 escolas*
 - *Residência(1993):1851(26%)/7048*
 - *Treating the Dying Patient Arch Intern Med vol 155,June 26, 1995*
- **Avaliação de temas sobre CP não oferecidos durante a graduação em medicina para alunos do 5º.e 6º anos do Curso de Medicina de Escolas de São Paulo**
 - *Informações sobre cuidados à pacientes com doenças terminais(83%)*
 - *Como dar más notícias(63%)*
 - *Tratamento da dor em pacientes oncológicos(76%)*
 - *Critérios para uso de opióides(82 %)*
 - *Pinheiro,RS Avaliação do conhecimento sobre CP em estudantes de medicina, Mundo da Saúde,2010;34(3):320-326*
- **Associação entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade de condutas no final da vida em UTI**
 - *ONR/EVP: 89%,ainda que 44% não registram em prontuário;*
 - *Limitação de SAV/Pn.L+Sep.+IRA:60%parcial;19%total;21%nenhuma*
 - *Forte, DN. Tese Doutorado, FAMUSP, 2011*

Breve histórico dos modelos pedagógicos utilizados para o ensino de medicina

Modelo	Período	Características	Relação md/pt
1. Cartesiano-flexneriano	1a. metade do sec. XX	Hospitalocentrismo; ênfase na anamnese e no exame clínico; valorização da propedêutica médica Paternalismo brando	Semiologia armada como elemento complementar ao diagnóstico clínico Confiança mútua (md. e pt. amigos morais)
 2. Tecnológico (sociedade individualizada) Respeito a autonomia do pt.; conduta médica equipamento-dependente	Anos 1970 - Doutrina do Consentimento informado (TCLE) Código de Direitos do Pt.	Uso desproporcional da tecnologia ; descaracterização da arte médica Paternalismo duro	Semiologia armada como elemento essencial para o diagnóstico clínico Autonomia solitária (md.e pt. estranhos morais) Paradigma : CURAR
3. Deliberativo à ser alcançado (sociedade individualizada)	Sec. XXI ética dialógica; alteridade; processo deliberativo	Condição necessária decisões que considerem fatos (MBE) e valores de médicos e pacientes	Autonomia solidária (md. e pt. amigos morais) Paradigma : CUIDAR

Decisões assimétricas

Decisões compartilhadas

Papel da universidade na formação do médico para o sec. XXI

	1a.geração	2ª. geração	3ª.geração
MODELO DE UNIVERSIDADE	Currículo baseado no conhecimento científico (o que foi)	Aprendizagem baseada em problemas (ABP) (o que é)	Ensino transformador comprometido com a realidade social (o que deverá ser)
INSTITUCIONAL	Hospitalocêntrico	Novos cenários de ensino	Universidade transformadora
COMPETÊNCIAS DOS EGRESSOS	Conhecimentos e habilidades técnicas	Novos conhecimentos e habilidades técnicas	Conhecimentos, habilidades técnicas e, acima de tudo, médicos preparados para cuidar de pessoas e não simplesmente de doenças

*"Health professionals for a new century", The Lancet Commissions
Lancet, November 29, 2010*

DADOS CLÍNICOS	VALORES ESSENCIAIS	VALORES CIRCUNSTANCIAIS
Território dos fatos	Território dos valores	
<p>IM há 6 anos deixando como sequela AN em ponta de VE quadro atual de angina típica; DM tipo II compensado; AVCI há 2 anos sem sequelas neurológicas</p>	<p>Religião espírita, crê na reencarnação ; 1º.casamento desfeito 4 meses antes do falecimento da esposa (Ca de mama metastático) deixando duas filhas adolescentes, que o culpam pelo abandono da mãe</p>	<p>2ª.viuvez; 2 filhos e 4 netos da união feita em Londrina há 32 a. ; filhos médicos discordam da decisão de alta e tentam interdição judicial do pai por considerá-lo incapaz para tomar decisões sobre sua própria saúde, por ser portador de aterosclerose cerebral.</p>
<p>Indicação de cirurgia de revascularização miocárdica com 2 pontes de mamária(DA/CX) e aneurismectomia do VE</p>	<p>Não aceita indicação cirúrgica ; solicita alta e planeja encontro para reconciliação com filhas da 1ª.união <i>“para que possa morrer em paz”</i></p>	<p>Os 4 netos da 2ª.união solicitam insistentemente para que o avô aceite a cirurgia e realize a planejada viagem após o procedimento ou pela vinda das filhas de Brasília à Londrina para realizar a desejada reconciliação.</p>
<p>RC aumentado por DM II; ICC II ; FE VE reduzida ; Pós-op. difícil; Implicações relacionadas com a não aceitação do procedimento: IAM e/ou morte súbita</p>	<p>Afirma ter compreendido plenamente todos os riscos que corre,inclusive o de morte súbita,entretanto recusa o procedimento cirúrgico, solicitando alta hospitalar</p>	<p>Por não terem obtido a interdição judicial do pai, registram em cartório declaração em que responsabilizam hospital e seu corpo médico por quaisquer complicações à saúde do pai, decorrentes da concessão da alta hospitalar.</p>
<p>História resumida: MA, 78 anos; CAG : lesões críticas (80%) Indicação:2 pontes de mamária</p>	<p>Odontologista ; DM II ; espírita. em 2 vasos (DA e CX); AN de VE e aneurismectomia de VE;</p>	<p>Insuficiência coronária crônica. FE (VE):30% ; ICC grau II Risco Cirúrgico aumentado.</p>

Passos obrigatórios a serem considerados para tomada de decisão clínica segundo o processo deliberativo

DADOS CLÍNICOS (fatos/MBE)	VALORES DO PACIENTE (como ser biográfico)	TOMADA DE DECISÃO (considerando fatos e valores)
Condições clínicas do paciente	Valores morais próprios da pessoa	Passos obrigatórios para tomar decisões clínicas
Indicativos de certeza do diagnóstico(MBE)	Critérios utilizados para a escolha das alternativas terapêuticas	1. Fatos científicos (o que é)
Vantagens e desvantagens das condutas clínicas propostas	Capacidade de compreensão das propostas terapêuticas a ela oferecidas	2. Valores morais de md. e pt : a) Essenciais b) Circunstanciais (o que deve ser valorizado)
Expectativas de qualidade de vida com ou sem a adoção das condutas terapêuticas propostas	Presença de fatores limitadores psicológicos ou econômicos	3. Tomada de decisão (o que devo fazer)