

Decisão (Médica) Partilhada *Shared Decision Making*

João Sá
Editor-Chefe

Em todas as áreas a disseminação e a partilha do conhecimento, associadas aos efeitos do aumento da escolaridade, têm possibilitado a aquisição de fundamentações com profundidade e qualidade diversas, incentivadoras da discussão privada ou pública de qualquer tema. E assim um leigo em matérias de economia e finanças pode discorrer sobre assuntos tão imponderáveis e complexos como os figurinos da actividade produtiva, ou das trocas comerciais e da criação de riqueza pelas comunidades e nações. Sobre as questões do Direito e da Justiça, e a reboque de “julgamentos públicos” associados ao carácter espectacular e pretensamente moralista do jornalismo actual, todos opinam, acusam, defendem e sentenciam na ignorância dos factos, das leis e da vasta (e desigual) jurisprudência. E não há quem não tenha uma palavra a dizer sobre o renascimento da agricultura, o impacto ecológico da pesca intensiva, a tipologia de florestas e sua relação com fogos, dos benefícios da rede viária nacional tão generosa, ou da crise crónica e histórica dos caminhos de ferro. E sobre o desporto-rei o discurso é de cátedra e torrencial.

É certo que existe maior acessibilidade a fontes de conhecimento, mas a consciência do seu rigor, do esteio científico, da sua adequação prática às questões do quotidiano ainda escapam à maioria dos cidadãos.

A Medicina não é excepção (de médicos e de loucos...) e o interesse pelas doenças, diagnósticos, curas e reabilitações tem produzido uma evolução rápida e intensa no estilo e na qualidade da relação médico-doente. O contacto facilitado com a matéria clínica e a consciência dos direitos de ser informado, mudaram o estatuto do doente enquanto destinatário final de intervenções diagnósticas e terapêuticas (*patient empowerment*). No “encontro clínico” o doente conquistou legitimidade a uma parceria activa que lhe permite inquirir, aceitar ou contestar as soluções que lhe são propostas. E nesta circunstância o médico vê-se obrigado a um diálogo correcto na sua forma e objectivo no seu propósito, por muitos considerado trabalhoso, mas arrastando consigo um incremento na qualidade da relação e do efeito clínico. Ao prestador crescem as responsabilidades e a

sua acção será cada vez mais alvo de escrutínios formais ou informais, que avaliam estilos, processos e resultados. Há que reconhecer que a actividade médica, em todas as áreas, é hoje intensamente vigiada. Os tempos da autoridade clínica inquestionável (o “imperialismo médico”) pertencem ao passado.

Uma interacção em Clínica Médica envolve pelo menos dois intervenientes: o doente e o médico. Mas o espectro pode ser mais alargado: a participação de uma equipa médica mono ou pluridisciplinar (a antiga conferência médica), de uma equipa de enfermagem ou de terapeutas, e a presença de familiares ou amigos dos pacientes.

As duas partes dispõem de informação. Os médicos utilizam um acervo considerável de ferramentas teóricas e do senso que a experiência lhes proporciona. Os doentes empregam (por vezes incorrectamente) as conclusões de textos muito desiguais a que acedem com facilidade (artigos originais, normativos de abordagem clínica, imagens e opinião estão disponíveis a todos *online*).

Nenhuma decisão médica é, por isso, passível de ser tomada sem uma partilha com o doente. E as decisões mais complexas, por envolverem riscos funcionais ou vitais, ou por ser necessária uma escolha entre várias possibilidades (no diagnóstico e no tratamento) obrigam à intervenção das duas partes. O conceito e a prática da decisão partilhada é isto mesmo: troca de informações que permita fundamentar solidamente uma decisão difícil. Este é o momento em que ao médico é permitida a avaliação de uma situação na óptica do doente, o que nem sempre sucede na prática clínica actual. E ao doente poderá ser revelada a dificuldade decorrente de “encruzilhadas clínicas” na melhor selecção dos caminhos para o alívio e para a cura. Os exemplos abundam e alguns ficam citados: melhor método de rastreio da neoplasia da próstata? Escolhas terapêuticas para as neoplasias da próstata e da mama em estadios iniciais? Vigilância de micro nódulos pulmonares e rastreio de neoplasia bronco-pulmonar? Hipolipemiantes na prevenção primária da cardiopatia isquémica? Modalidades de rastreio do cancro colo-rectal? Implantação de prótese do joelho? Intervenção (*stenting*) na doença coronária estável? Ventilação não-invasiva em pulmão terminal? Depuração extra renal iterativa em idade avançada?

Em Dezembro de 2010, num encontro conhecido como

Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

<http://revista.spmi.pt> – DOI: 10.24950/rspm/Editorial/3/2018

Salzburg Global Seminar,¹ participaram 58 individualidades de 18 países na discussão sobre o papel do doente na decisão em cuidados de saúde. Ficaram elaborados um conjunto de princípios sublinhando-se a importância dos seguintes:

- Os médicos têm um imperativo ético de partilhar as decisões importantes com os doentes (seja qual for o seu grau de literacia),
- Os doentes devem ser encorajados a formular questões, expor as circunstâncias de vida, e expressar valores,
- Deve ser fornecida informação de qualidade e clareza elevadas acerca de riscos e benefícios de qualquer intervenção.

A prática da decisão partilhada ainda não foi avaliada na sua forma e efeitos, mas algumas publicações recentes identificaram dificuldades. A título de exemplo cita-se um estudo sobre a aplicação do modelo num cenário de rastreio de neoplasia bronco-pulmonar empregando a tomografia axial computadorizada de dose baixa.² A aplicação de uma grelha de variáveis, ainda que sobre um número escasso de observações, permitiu concluir que a qualidade da decisão partilhada foi globalmente pobre, que os riscos do método de rastreio não foram explicados e que o tempo de consulta foi insuficiente.

Este figurino de relação assistencial carece de critérios de aplicação mais correctos e de uma avaliação mais extensa e sistemática. Mas lembre-se, a terminar, que o facto de haver uma “coprodução” em decisão não iliba o médico dos efeitos decorrentes da violação dos princípios e da prática clínica de boa qualidade, e do respeito pelas normas da Ética e da Deontologia. ■

<http://orcid.org/0000-0002-2466-7163>

REFERÊNCIAS

1. The Salzburg Statement on Shared Decision Making 2010 [consultado a 20/08/2018]. Disponível em: <https://www.salzburgglobal.org>
2. Brenner A, Malo TL, Margolis M, Elston Lafata J, James S, Vu MB, et al. Evaluating shared decision making for lung cancer screening. *JAMA Int Med*. 2018 (in press) doi:10.001/jamainternmed.2018:3054