▸ CAPÍTULO 16

Tomando decisões compartilhadas: colocando a pessoa no centro do cuidado

Roberto Umpierre
Laureen Engel

Aspectos-chave

- A decisão compartilhada é o processo em que médico e pessoa decidem juntos sobre exames, tratamentos e suporte, levando em consideração as preferências da pessoa e as melhores evidências.
- A adesão medicamentosa, as mudanças de hábitos de vida e a satisfação com o tratamento são maiores quando a decisão é tomada de forma compartilhada.
- O lema norteador do sistema de saúde inglês acerca das decisões compartilhadas diz o seguinte: "Nenhuma decisão a meu respeito, sem a minha participação".

Caso clínico

Carlos, 53 anos, chega ao consultório com a crença de que já passou da hora de realizar a prevenção do câncer de próstata. Ele conta que é ativo, e, apesar de não praticar uma atividade física com regularidade, caminha vários quilômetros por semana, joga futebol de 3 a 4 vezes por mês, não é tabagista, bebe 3 a 5 garrafas de cerveja por semana. Nega sintomas urinários e tem relações sexuais satisfatórias 2 a 3 vezes por semana. É casado, não tem relações extraconjugais e tem duas filhas, de 16 e 13 anos. Trabalha como contador autônomo. Nega história familiar para doenças. Não é hipertenso, e seus exames feitos há 2 anos não apresentavam alterações de lipídeos.

A prática médica é realizada, na maior parte das vezes, de forma vertical, em que o médico decide a melhor opção de tratamento ou intervenção para sua pessoa, com base nas evidências disponíveis. Entretanto, há evidências de que a adesão medicamentosa, as mudanças de hábitos de vida e a satisfação com o tratamento são maiores quando a decisão é tomada de forma compartilhada. Portanto, para alcançar a alta resolutividade almejada na atenção primária à saúde, é necessário que, cada vez mais, os médicos de família e comunidade estejam familiarizados com essa técnica.[1–4]

O documento norteador sobre a política de obtenção de decisões compartilhadas do sistema de saúde inglês traz um lema que ficou mundialmente famoso e que resume bem essa ação: "Nenhuma decisão a meu respeito, sem a minha participação".[1] Os médicos, em geral, não estão familiarizados com o compartilhamento de poder necessário para chegar ao ponto de "permitir" que as pessoas participem acerca dos rumos de sua saúde. Esta inabilidade faz com que cerca de metade das pessoas não siga as recomendações médicas.[1]

Mas o que é decisão compartilhada? É um processo no qual médico e pessoa decidem juntos sobre tratamentos, exames, manejo e suporte, levando em conta as preferências da pessoa e as melhores evidências disponíveis.[1] Decisão compartilhada é a intersecção da medicina centrada na pessoa e da medicina baseada em evidências (MBE).[5]

O primeiro obstáculo na prática da decisão compartilhada é a visão de que o médico é a parte técnica da relação médico-pessoa e seria impossível transmitir todo conhecimento referente à doença, à sua fisiopatologia e evolução, às possibilidades de tratamento e suas consequências, bem como ao prognóstico em uma consulta. De fato, isso é impossível, mas também não é o que propõe a decisão compartilhada. A ideia é que, por meio de linguagem adequada, o médico consiga informar a pessoa acerca das possibilidades de tratamento, ao mesmo tempo em que incentiva a pessoa a compartilhar suas expectativas, inseguranças e medos quanto ao tema, para que, em conjunto, decidam a conduta mais plausível e factível a cada caso. A tendência atual é a conexão entre a MBE, com a obtenção de decisões compartilhadas por meio do uso de objetos de aprendizagem e fluxogramas criados a partir das melhores evidências, com uma adaptação de linguagem para agregar o conhecimento necessário as pessoas, a fim de que estejam capacitados a decidir sobre sua saúde.[5]

Para colocá-la em prática, é necessário, ainda na faculdade, aprender que pessoas podem ter concepções diferentes (e não necessariamente "certas" ou "erradas") sobre saúde e doença.

Scanned with CamScanner

Eles deverão relacionar-se em outro patamar, que exige, além de uma comunicação efetiva, um esforço pedagógico adicional e constante em relação a pessoa, a ponto de oportunizar que ele tenha uma postura mais ativa e consiga expressar suas prefereências e influenciar nas ações a serem tomadas a seu respeito.[6]

O mais importante em uma conversa de decisão compartilhada é:

- Ajudar a pessoa a entender e articular o que ele pretende alcançar com o tratamento ou opções de autocuidado disponíveis (seu resultado ou objetivo principal).
- Informar a pessoa sobre sua condição, sobre o tratamento, ou opções disponíveis de autocuidado, bem como seus respectivos benefícios.
- Ajudar a pessoa a entender os riscos e malefícios associados com o tratamento ou opções de autocuidado.
- Descrever o que é conhecido sobre os riscos e malefícios associados com o tratamento ou opções de autocuidado.
- Garantir que pessoa e médico chegaram a uma decisão baseada na mútua compreensão dessas informações.[1]

Agregar a decisão compartilhada no cotidiano de uma agenda lotada pode ser difícil, visto que o tempo despendido para informar e compartilhar decisões com a pessoa é maior quando comparado a uma consulta em que o médico decide a conduta por conta própria. Porém, ao pensar no longo prazo, essa prática torna-se tempo-efetiva, pois diminui a necessidade de reconsultas por doenças não controladas ou não resolvidas devido à falta de adesão. Alguns sistemas de saúde de países como Reino Unido e Canadá vêm desenvolvendo materiais de auxílio às decisões, na forma de panfletos, vídeos, textos e/ou fluxogramas disponíveis para as pessoas, como mais uma tentativa de facilitar a decisão compartilhada e poupar tempo de consulta. Com esses materiais, a pessoa pode, em casa ou na sala de espera do consultório, informar-se sobre sua doença, tratamentos e prognóstico e, na presença de seu médico, sanar dúvidas para, então, definir seu tratamento. Uma revisão de 55 artigos[7] mostrou que o uso de material de auxílio às decisões levou a:

- Maior conhecimento.
- Maior acurácia na percepção de riscos.
- Maior conforto com as decisões.
- Maior participação na tomada de decisão.
- Menor número de pessoas permanecendo indecisas.
- Não aumento na ansiedade.
- Menor número de pessoas escolhendo cirurgias de maior porte.

No Brasil, infelizmente, ainda não há nenhuma política governamental que incentive a prática de decisão compartilhada, nem algum grupo ativo de pesquisa no assunto.[8]

A decisão compartilhada também se mostra necessária no acompanhamento de pessoas graves ou em cuidados paliativos, para garantir que, caso a pessoa não esteja consciente para tomar decisões sobre a sua vida em determinado momento futuro, sua vontade seja respeitada. A pessoa com um diagnóstico de câncer terminal, por exemplo, pode expressar o seu não desejo de reanimação em caso de parada cardiorrespiratória, ou de que não sejam realizadas medidas invasivas, como intubação orotraqueal. No processo de decisão compartilhada com a pessoa grave, é fundamental que os familiares participem em conjunto, para que todos estejam cientes e de acordo com as condutas combinadas.

Sempre que, durante a prática clínica, se chega a um momento de decisão, abre-se a oportunidade para a prática da decisão compartilhada, excetuando-se situações com risco de vida iminente, em que o médico tem o dever de garantir o tratamento adequado visando ao melhor interesse da pessoa. Esses momentos de decisão envolvem a escolha de determinado tratamento, de realizar rastreamentos, de realizar procedimentos diagnósticos, de submeter-se a procedimento cirúrgico e de alterar hábitos de vida.

A abordagem na consulta

Deve-se adotar um estilo curioso, de apoio, livre de julgamentos e que comunique as evidências sobre os benefícios e os riscos de forma livre de vieses. Para isso, é necessário que o médico de família e comunidade desenvolva suas habilidades de comunicação. Pode-se iniciar a consulta deixando a pessoa decidir quais são as prioridades neste momento: "O que você gostaria de discutir hoje?". Após deixar a pessoa trazer suas queixas e dúvidas, realizar um resumo: "Deixe-me ver se entendi corretamente: _____ é o que mais lhe preocupa hoje, concorda?".[1]

Algumas pessoas com doenças crônicas não entendem, ou entendem erroneamente, a sua doença. Utilizar-se de perguntas como, "O que o senhor entende da sua doença?", "O que você acredita que está acontecendo quando sente (sintoma)?", "O que já lhe foi explicado sobre a sua doença?", pode facilitar a comunicação durante a consulta. Quando for necessário corrigir alguma ideia equivocada da pessoa sobre sua condição, usar abordagens que evitem o apontamento de erros: "Muitas pessoas acreditam que andar de pés descalços causa infecção urinária, mas não há qualquer relação entre elas. Agora que eu compartilhei isso com você, o que isso significa para você?".[1]

É importante, ao iniciar a abordagem do tratamento, questionar o que a pessoa espera, quais são seus objetivos, o que lhe causa medo ou apreensão, qual sua preferência, o que não gostaria/faria no momento, quais suas experiências prévias com essa doença, se existirem. É comum que uma pessoa com história familiar de diabetes, por exemplo, tenha resistência ao uso de insulina por lembranças de algum familiar que teve um efeito adverso com o uso da medicação. Outra situação comum é uma pessoa com medo de procedimentos cirúrgicos ou mesmo de entrar em hospitais, pois sua última lembrança nesse local é a da perda de algum ente querido.

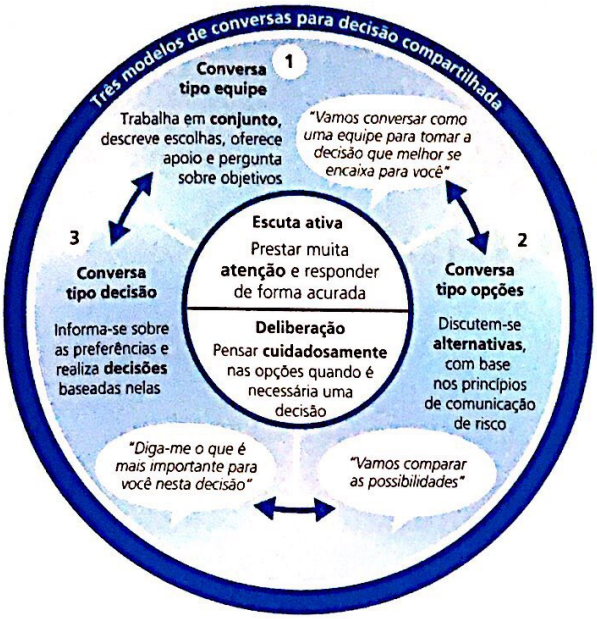
Ao propor o tratamento, uma ferramenta interessante é a "pergunte-fale-pergunte":

> – Pergunte: "Eu gostaria que considerássemos os possíveis benefícios do tratamento – tudo bem para você?".
>
> – Fale: "Considerando que os benefícios se baseiam no que sabemos até agora, uma em cada três pessoas relata uma melhora de 50% ou mais nos sintomas após este procedimento."
>
> – Pergunte: "O que isso significa para você?".[1]

Com essa abordagem, consegue-se extrair o que a pessoa espera do tratamento e incentivar sua participação ativa. Ao explicar os benefícios terminando com "entendeu?", não há margem para a pessoa explicar ou relatar que esses resultados não são o que ele estava esperando, pois ele se limita a responder "sim" ou "não".

Recentemente, diversos grupos de pesquisadores reuniram-se para atualizar o modelo das três conversas sobre a obtenção de decisões compartilhadas (Figura 16.1).[9]

Scanned with CamScanner



▲ Figura 16.1
Modelo das três conversas para obtenção de decisões compartilhadas.
Fonte: Elwyn e colaboradores.[9]

Após acordada a conduta com a pessoa, é necessário registrar adequadamente e de forma compreensível as decisões tomadas, sobretudo em situações de doenças crônicas, tratamentos prolongados ou pessoas graves/cuidados paliativos.

Resolução do caso clínico utilizando o modelo das três conversas

– Vamos trabalhar em conjunto para decidir se devemos procurar algum problema na sua próstata, mesmo você não tendo nenhum sintoma, e se esta seria a opção que melhor se encaixa para você, ok? (Conversa 1)

– Não entendi, doutor, não é sempre melhor prevenir do que remediar?

– Infelizmente, não! Muitas vezes, procurar por algo que não está nos causando nenhum desconforto pode estar ligado a riscos que podem ser bastante desagradáveis e por isso precisamos discutir seus objetivos com este exame. Para isso, eu preciso lhe passar algumas informações, depois esclarecer suas dúvidas para que possamos tomar essa decisão juntos. O que lhe parece?

– Ótimo! Eu li algumas coisas a respeito. Vi que este é o câncer que está entre os que mais matam os homens no Brasil.

– É verdade, o problema é que não conseguimos ainda diferenciar quais são os homens que vão ter câncer de próstata agressivo daqueles que vão ter câncer de próstata com crescimento tão lento que não vai chegar a ser um risco para a saúde. De cada 1.000 homens sem sintomas que fazem exames de câncer de próstata todos os anos, durante 10 anos, nós conseguimos detectar 37 com câncer de próstata. Alguns estudos dizem que desses 37, evitaríamos a morte de uma pessoa por câncer de próstata; entretanto, 160 homens submeteram-se a biópsias de próstata desnecessárias, e 20 homens realizaram cirurgias desnecessárias. A cirurgia causa disfunção erétil em uma pessoa a cada três operados, e incontinência urinária em um a cada cinco operados. Vamos comparar as opções? (Conversa 2)

– Puxa, então não há benefício nenhum?

– Com os dados que nós temos hoje e com os tratamentos atuais, parece que se você for aquele uma pessoa que deixará de morrer por câncer de próstata e se os danos da cirurgia não forem considerados por você como desconfortáveis, isso seria benéfico. Entretanto, se você for um daqueles 20 que se submeteu a uma cirurgia desnecessária ou um dos 160 que precisou de biópsia, muito provavelmente o rastreamento terá sido muito mais maléfico do que benéfico.

– Sim.

– Conte-me o que é mais importante para você para tomarmos essa decisão? (Conversa 3)

– Eu não gostaria de me submeter a múltiplos exames e tratamentos que podem me fazer mal em troca de um benefício pequeno. Seria muito grave eu ficar impotente ou pior ainda com incontinência urinária, e a menor dúvida de que me submeti a tudo isso em vão seria torturante. Eu prefiro não fazer o exame.

– Muito bem, concordo com sua decisão. Observe que, se em algum momento, você apresentar sintomas urinários, esses cálculos todos mudam, e, neste caso, o exame é útil para diagnosticar algo que o está incomodando, certo?[10,11]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas pessoas não desejam ou não estão preparados para compartilhar decisões ainda. Nesses casos, precisamos trabalhar com a longitudinalidade, incentivá-los a tomar decisões mais simples sobre sua saúde, para que haja gradual empoderamento no que se refere à sua saúde (prefere tratar com comprimidos ou injeção? Consegue tomar comprimidos 3 vezes ao dia ou precisamos adaptar o tratamento para você realizá-lo?). Além disso, o médico de família e comunidade precisa exercitar suas habilidades de comunicação para adaptar o discurso conforme a capacidade de compreensão de cada pessoa.

REFERÊNCIAS

1. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality: no decision about me, without me. London: King's Fund; 2011.

2. Manual de medicina de família e comunidade. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

3. Stewart M. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: MS; 2002.

5. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. JAMA. 2014;312(13):1295-1296.

6. Oliveira FA. Decisões compartilhadas. Jornal da Universidade. 2017:5.

7. O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(3):CD001431.

8. Abreu MM, Battisti R, Martins RS, Baumgratz TD, Cuziol M. Shared decision making in Brazil: history and current discussion. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2011;105(4):240-244.

9. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. BMJ. 2017;359:j4891.

10. Stein AT, Zelmanowicz AM, Falavigna M. Rastreamento de adultos para tratamento preventivo. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Ducan MS, Giugliani C. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

11. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(1):CD004720.

Scanned with CamScanner