

ÍNDICE

	PÁG.
A. INTRODUÇÃO.....	2
B. PROCESSO DE DECISÃO	
B.1. Introdução.....	5
B.2. Incerteza – fontes na prática clínica.....	7
B.3. Factores condicionantes – viéses, influências emocionais, risco e erros.....	11
C. DECISÃO PARTILHADA	
C.1. Introdução.....	28
C.2. Autonomia vs Paternalismo.....	31
C.3. Papel do doente – a mudança de um paradigma.....	37
C.4. Papel do médico.....	39
C.5. Implementação.....	42
C.6. Dispersão e heterogeneidade.....	47
C.7. Informação.....	48
D. IMPLICAÇÕES	
D.1. Resolução de problemas.....	51
D.2. Prognóstico e seus factores.....	57
E. CONCLUSÃO.....	62
F. REFERÊNCIAS.....	65

A. INTRODUÇÃO

“Nada é mais difícil, e por isso mais precioso, do que ser capaz de decidir.”

Napoleão Bonaparte

A tomada de decisão é essencial na prática médica e na política de saúde de qualquer país.

A maioria dos doentes espera que o médico diagnostique com precisão e certeza cada um dos seus problemas. Idealmente, o doente abordaria o médico com a lista dos sintomas e problemas, o médico diagnosticaria e prescreveria um medicamento. O “serviço” seria barato, eficaz e não doloroso. No entanto, a literatura mostra que as decisões são muitas vezes feitas de modo inconsciente, indo raramente de encontro a este ideal. Porque será? (Kaplan & Frosch, 2004)

No contexto da Medicina, a integração da decisão na *legis artis* tem encontrado dificuldades pelo método de raciocínio e estratégias utilizadas. A prática da Medicina tinha e tem ainda, profundamente enraizados, modos de pensar e agir que nunca foram racionalizados.

A prática médica é um paradigma em mudança. Antigamente, a tomada de decisão regia-se pela hierarquia, com o médico no topo da cadeia de comando, decidindo o que fazer e dando ordens para a prestação de cuidados por outros profissionais. Os médicos eram os responsáveis máximos pelos resultados do doente e a via de transmissão da maioria da informação e decisões. Segundo este modelo, o foco dos cuidados de saúde estava na sua prestação, permitindo elevadas qualidade de cuidados, com alta tecnologia, fazendo “a coisa certa”. O papel da informática limitava-se à ajuda nos diagnósticos, mostrando, por exemplo, a probabilidade de enfarte agudo de miocárdio nos doentes no serviço de urgência com toracalgia. Era noção instalada de que, uma vez que os problemas do doente tivessem sido identificados, o médico seria capaz de tomar decisões correctas. A obtenção de dados

suficientes e apropriados era considerado um primeiro passo necessário, instintivo e até entediante. (Tierney, 2001)

Até tempos recentes, as decisões médicas eram deixadas apenas nas mãos do médico. Os doentes eram aconselhados mas raramente consultados acerca das alternativas. De há algum tempo a esta parte, os doentes tem obtido um papel cada vez mais relevante no processo de decisão médica.

O novo paradigma da medicina vê a prestação de cuidados de saúde de modo coordenado, levada a cabo por uma equipa multidisciplinar, onde se incluem médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, técnicos de outras especialidades e administrativos. O seu objectivo é a optimização dos resultados do doente, tanto objectivos (clínicos) como subjectivos (estado geral do doente, pela sua percepção). Perceber os problemas do doente e tomar as decisões correctas são apenas passos intermédios em direcção ao objectivo baseado nos resultados. Exemplificando: segundo o modelo antigo, o objectivo das intervenções médicas passava pelos cuidados preventivos, através do rastreio apropriado e tratamento dos factores de risco cardiovascular. Segundo o novo paradigma, o objectivo é reduzir o número de eventos cardiovasculares inesperados, maximizando a funcionalidade do doente e a sua satisfação com os cuidados de saúde prestados. (Tierney, 2001)

A revisão dos conceitos da tomada de decisão e as suas aplicações na prática médica são um passo fundamental para uma mudança global da atitude da própria Medicina humana. Assim, a missão desta revisão é compreender qual o papel do doente e a atitude do médico no processo de decisão médica, caracterizando os seus factores contribuintes e consequências, com as suas incertezas, racionalidade e implicações práticas. Procura-se assim, diminuir ao extremo o risco de decisões erradas.

Este artigo não pretende ser normativo, definindo a tomada de decisão ideal, mas ser analítico, ajudando a clarificar o significado deste processo, as diferentes definições e aplicações.

A metodologia utilizada nesta revisão caracterizou-se pela pesquisa bibliográfica de artigos na ferramenta PubMed® - Medline® da Biblioteca-on-Line (B-On®) dos Hospitais da Universidade de Coimbra, com as palavras-chave “raciocínio clínico” e “decisão médica”, de 1995 a 2009. A partir dos resultados, direcionei a leitura para os artigos mais recentes e cujo resumo se enquadrasse mais adequadamente nos objectivos da presente tese.

B. PROCESSO DE DECISÃO

B.1. Introdução

A tomada de decisão aplica-se a diversas situações médicas, em todas as especialidades e a doentes com espectro amplo de patologias e sua gravidade, assim como a todos os ambientes de decisão. (Hall et. al, 2002)

Na definição de doença, o tradicional modelo biomédico trata-a como uma variável binária, em que pessoas ou estão doentes ou não estão. No entanto, a maioria das doenças crónicas são processos graduais e não podem ser classificadas como binários. Assim, o critério para decidir se alguém está doente pode ser ambíguo. Por exemplo, muitas variáveis biológicas, como o colesterol, tensão arterial e glicémia estão distribuídos normalmente na população. Para a maioria destas variáveis, um painel de peritos decide que um certo valor ao longo de um contínuo de valores separa a doença da ausência da mesma. Para muitas condições, valores agora considerados factores de risco para determinada doença eram considerados completamente normais apenas há uns anos atrás.

A opinião também faz parte da interpretação dos dados clínicos na definição de doença. Os médicos avaliam e interpretam a informação clínica recorrendo à sua experiência, e, como em qualquer opinião, estas percepções não são completamente seguras, já que é consensual a variabilidade que os médicos apresentam na interpretação de dados clínicos. Em primeiro lugar, discordam uns dos outros quando analisam a mesma informação e, em segundo, discordam consigo mesmos perante a mesma informação em dois períodos de tempo diferentes. Muitos exemplos suportam este facto. Por exemplo, um estudo forneceu angiografias de alta qualidade a cardiologistas, pedindo para avaliar se a estenose na artéria coronária descendente anterior esquerda (ADAE) era maior que 50%. A importância desta avaliação é o seu critério para indicação de revascularização das artérias coronárias. O estudo demonstrou que os clínicos discordavam entre si em cerca de 60% dos casos. Noutro estudo,

apresentaram-se a cardiologistas as mesmas angiografias em duas alturas diferentes. No segundo tempo, os clínicos discordavam com o seu primeiro julgamento em 8 a 37% dos casos. (Kaplan & Frosch, 2004)

Muitas das decisões clínicas envolvem a intuição, que é entendida como um “curto circuito” cognitivo, onde se atinge a decisão mesmo que as razões para a mesma não possam ser facilmente descritas.

Embora a intuição seja um componente reconhecido da experiência, a natureza exacta desta relação não é bem compreendida e tem sido designada como “o mistério supremo do raciocínio clínico”. Sabe-se que a perícia intuitiva requer uma preparação de redes e regras bem organizadas que permitam um acesso eficiente à recuperação de informação. Estas “regras de decisão pessoal” são usadas pelos médicos, especialmente em condições de incerteza, mesmo que não resultem necessariamente no melhor desempenho e se inclinem para um número considerável de viéses bem reconhecidos. Vejamos adiante o conhecimento actual sobre a relação entre a incerteza e a intuição e os efeitos demonstrados que esta relação tem na tomada de decisão. (Hall et. al, 2002)

B.2. Incerteza – Fontes na prática clínica

A incerteza é óbvia em muitas decisões médicas. Apesar de os doentes encararem os tratamentos com a expectativa de benefício certo, os médicos experientes estão conscientes de que nem todos os doentes beneficiam na totalidade de cada etapa dos tratamentos. Assim, ao invés da certeza dos resultados, nalgumas circunstâncias estes são apenas probabilísticos. (Kaplan & Frosch, 2004)

Beresfold divide as fontes de incerteza em três categorias: técnicas, pessoais e conceptuais.

As **fontes de incerteza técnica** são aquelas em que não existe informação suficiente para prever adequadamente um prognóstico ou o efeito de determinada intervenção. Epistemologicamente, a base para a incerteza técnica inclui “variabilidade natural, ignorância sobre processos biológicos ou físicos básicos e a falta de confiança nos modelos explicativos”. A contribuir para esta incerteza, a rapidez de crescimento do conhecimento médico leva a que os profissionais de saúde se sintam inseguros acerca da sua actualização (embora pudesse ser visto como fonte de incerteza pessoal, a classificação técnica está correcta, de acordo com a sua epistemologia).

As **fontes de incerteza pessoal** têm as suas origens na relação médico - doente. Exemplificando, esta incerteza está presente quando os desejos do doente são desconhecidos e não é possível solicitá-los. Mesmo com a família disponível, podem permanecer dúvidas quanto à suficiência destes procuradores na tomada de decisão, como substitutos do doente.

Existe também incerteza devido à ligação emocional do médico pelo doente, levando a uma auto-percepção do médico, prejudicando a sua tomada de decisão.

As **fontes de incerteza conceptual** surgem da incapacidade de avaliar as necessidades dos doentes que competem pelos mesmos recursos (não mensurável) e da aplicação variável dos critérios gerais (por exemplo, *guidelines*) a doentes individuais. Também existe incerteza

a partir da aplicação de experiências anteriores transpostas para doentes actuais. Outra fonte de incerteza conceptual é a incerteza geral, acerca do futuro, que faz parte do processo decisório.

Conhecer as fontes de incerteza permite perceber que esta é um elemento irreduzível da tomada de decisão. Assim, construir as respostas à incerteza e aos viéses por ela gerados é essencial na redução dos seus efeitos indesejáveis nos processos de tomada de decisão.



Fig. 1 – Fontes de incerteza

Respostas à incerteza

De um modo geral, as pessoas não estão cientes da presença da incerteza na sua rotina diária e da influência que esta tem na sua conduta, chegando a negar a sua existência, como mecanismo de protecção psicológico.

A negação da incerteza na Medicina pode relacionar-se com os anos de prática do médico, já que a experiência aumenta a probabilidade da sua admissão, pelo menos para si próprio e para os colegas, se não acontecer para os doentes.

Mas qual a razão desta negação?

Para um médico, a negação substitui a incerteza pela certeza, impondo um grau de claridade que de outro modo não seria possível, criando situações indefinidas e desconcertantes. Assim, torna-se possível tomar decisões através desta ilusão de controlo e domínio.

É argumentado que a tendência para confirmar a ortodoxia médica é também uma resposta à incerteza, em “que a posição mais segura e confortável é fazer o que os outros fazem”, já que o significado de ortodoxia é “conformidade de uma opinião com doutrina considerada verdadeira, do grego *orthodoxía*, ”opinião sã”.

Pode argumentar-se que é no interesse das instituições de saúde que se mantém a negação da incerteza, porque aceitá-la desafiaria a estrutura de poder que prevalece naquelas instituições. É do interesse individual do médico confirmar a ortodoxia, que permite uma fuga (quase inconsciente) de enfrentar a incerteza, gerando uma sensação de segurança. No entanto, o que deixa de existir é a percepção das necessidades do doente, informando-o e levando-o a participar no processo de decisão.

De um modo geral, os médicos estão relutantes em divulgar aos doentes a incerteza como inquestionável na tomada de decisão. Esta relutância está muitas vezes ligada às queixas que causarão sofrimentos desnecessários e ansiedade nos doentes, o que não melhorará a capacidade dos mesmos para tomar decisões. Um cirurgião colocou o problema do seguinte modo: “tudo o que o médico pode fazer é definir probabilidades objectivas, modificadas pelas suas probabilidades subjectivas que expressam de algum modo a dinâmica dos seus sistemas de opinião, e deixar o doente com uma incerteza final sobre o resultado do tratamento. No entanto, este processo leva muitas vezes os doentes a perguntar porque é que não existe precisão no meio de tanta ciência!”

Katz explica que a razão pela qual os médicos defendem a não admissão da incerteza, tem origem no medo de que, ao fazê-lo, diminuam a sua capacidade em controlar e manter o poder no processo de tomada de decisão. Katz defende que surgem mais problemas na defesa dos médicos contra a incerteza do que pela suposta intolerância dos doentes à mesma incerteza médica. O reconhecimento aberto e a inclusão da incerteza pode facilitar positivamente a confiança entre doente e médico, confirmando de modo mais honesto o

consentimento informado, diminuindo expectativas não realistas do doente e reduzindo a probabilidade de litígio.

Por outro lado, a incerteza também estimula a actividade. Os médicos tem “propensão para resolver a incerteza e a ambiguidade mais através de acção do que por inactividade”. Este facto pode levar a um aumento dos internamentos hospitalares e pode ser a causa de pedidos excessivos de exames, embora não haja ainda dados suficientes para se generalizar esta conclusão. O aumento da incerteza no diagnóstico também leva à relutância em diminuir a terapêutica nos cuidados intensivos.

Outros efeitos associados à incerteza na tomada de decisão têm sido encontrados em estudantes de medicina. A intolerância para com a incerteza está associada a uma preferência pela medicina de alta tecnologia e à relutância nos cuidados psiquiátricos, geriátricos e paliativos, predizendo também uma atitude negativa perante doentes hipocondríacos.

A especialização médica pode ajudar a reduzir a incerteza de dois modos. O primeiro é válido, limitando a área de conhecimento pormenorizado, diminuindo o potencial para incerteza tecnológica. O segundo não é válido, ao aceitar que a especialização gera noções de superioridade inata dos médicos sobre outros.

A incerteza tem outros efeitos na tomada de decisão clínica. A heurística, “uma regra que é facilmente aplicada para tornar simples tarefas complicadas” cujo propósito é “servir para descobrir”, é usada especialmente sob condições de incerteza e pode levar a um leque vasto de erros e viéses. Por exemplo, quando não existe certeza sobre determinado aspecto, os médicos tendem a limitar as suas respostas pelas probabilidades de modo amplo, através de palavras como “possível” ou “provável”, em vez de utilizarem percentagens precisas.

Definir guidelines e chegar a consensos são modos construtivos de responder à incerteza. Assim, o consenso na tomada de decisão “pode ajudar os médicos a lidar com a incerteza definindo os limites do conhecimento médico e informando os médicos

individualmente sobre o que se conhece com razoável certeza e o que não se conhece.” No entanto, estas abordagens só afectam as fontes de incerteza técnica. (Hall et. al, 2002)

B.3. Factores condicionantes: viéses, influências emocionais, risco e erros

Na perspectiva do doente, a medicina perfeita baseia-se no uso racional da evidência e não simplesmente na vontade e estado de espírito do médico. No entanto, com a rapidez do aumento da investigação médica em curso, os médicos são constantemente desafiados a integrar de modo intocável a evidência na tomada de decisões no dia-a-dia dos cuidados aos doentes.

No entanto, este ênfase recente nas competências e capacidades dos médicos está ao mesmo nível da importância da exploração do modo como os doentes tomam decisões clínicas por eles próprios.

A psicologia cognitiva e social tem mostrado interesse na identificação dos factores que facilitam e dificultam o uso da evidência na tomada de decisões. Foram estudados **viéses**, ou estratégias não – racionais, utilizados no mundo não-médico e está a começar a ser feito o paralelismo para a esfera da medicina. Os viéses atravessam transversalmente o processo de decisório, como agora veremos.

Existem diversos métodos para explorar o processo de tomada de decisão. Como os viéses podem ocorrer em todas as fases da interacção dos médicos com os doentes, consideram-se duas fases sequenciais: atingir um diagnóstico (A) e o caminho de tratamento (B).

I. A. Fazer um diagnóstico

Suponhamos que um doente com 63 anos apresenta toracalgia, febre e infiltrados pulmonares difusos. Como antecedentes pessoais destacam-se angina de peito há alguns anos e o diagnóstico de leucemia há 14 meses. Ao avaliar este doente o médico deve definir a probabilidade de um número de hipóteses possíveis (i.e, diagnósticos), decidir que informação

adicional é necessário recolher para se poder decidir por uma delas e testar as hipóteses equivalentes entre si, avaliando a informação que foi recolhida. Na prática actual, é claro que estes passos ocorrem de modo praticamente simultâneo, sendo que à medida que cada passo é dado se incorpora o resultado anterior.

Apesar disto, é importante distinguir entre **vieses** que dizem respeito: (1) ao processo de reunir informação; (2) à interpretação da evidência depois de ter sido introduzida; (3) a estimar a probabilidade numa determinada patologia naquele doente particular.

I. A.1. Reunir informação

O médico tem de decidir que evidências quer e deve procurar para excluir algumas possibilidades, enquanto aumenta a probabilidade do diagnóstico definitivo. As evidências relevantes podem surgir de diversas formas, como a resposta do doente às questões sobre sintomas e história clínica, exame físico ou resultados de exames laboratoriais.

Quando inicialmente se consideram um ou mais diagnósticos possíveis, os exames são ordenados para organizar o diagnóstico diferencial, melhorando a probabilidade estimada de uma tentativa inicial de diagnóstico. A evidência obtida destes exames é então sintetizada e faz-se uma proposta final.

O valor do teste de diagnóstico reside no seu poder para mudar a certeza do médico quanto à doença da qual julga que o doente é portador. Um viés que pode afectar esta fase de tomada de decisão é o “**viés de confirmação**”, que leva a procurar e a interpretar evidências que confirmam predominantemente a hipótese pré-existente. Por exemplo, utilizar a mamografia não para dissuadir o médico de realizar uma biopsia, mas apenas para confirmar a hipótese de malignidade, apesar dos sintomas da doente ou até do resultado da mamografia anterior.

I. A.2. Interpretar a informação

Outra manifestação do viés de confirmação é a observação de que os doentes não tendem apenas a procurar a informação de confirmação, mas também prestam grande atenção a evidências de confirmação assim que surgirem e forem consideradas como tal. Inversamente, os doentes tendem também a subestimar evidência de não confirmação. Por exemplo, numa avaliação de sintomas no diagnóstico de pneumonia com médicos internos, embora fossem bastante sensíveis ao valor diagnóstico de sintomas relevantes quando estes estavam presentes – como arrepios – os médicos eram menos sensíveis à ausência do mesmo sintoma, igualmente de valor importante, mas de não confirmação, o que terá enfraquecido a mesma hipótese. Este viés é exacerbado pelo facto de que os achados presentes, como tosse aguda, suores nocturnos ou respiração assimétrica são percebidos como anormais e consequentemente altamente indicativos de pneumonia, enquanto que a ausência de sintomas, como ausência de toracalgia, são percebidos meramente como achados normais. Não obstante, os resultados ausentes podem ser tão informativos quanto os presentes, na realização do diagnóstico correcto.

No entanto, estas conclusões não devem significar apenas que a confiança num diagnóstico inicial, ou palpite, é inteiramente uma coisa negativa. Pelo contrário, quanto mais cedo se chega a um diagnóstico, mas efectivos são os exames subsequentes para testar as hipóteses. Sem um diagnóstico preliminar apropriado, os sintomas relevantes podem até nem ser evidenciados. Num teste feito a estudantes de medicina e médicos internos em que se mostrava, numa imagem, uma característica quase patognomónica de determinada patologia, além de uma curta história clínica, o seu desempenho esteve longe da perfeição. Falharam algumas das características mais relevantes e, assim, fizeram-se diagnósticos errados. Ainda assim, o mais importante foi a sua capacidade significativamente superior em detectar essas mesmas características quando lhes deram um diagnóstico provisório.

I. A.3. Avaliar as probabilidades

Na sua essência, o processo de chegar a um diagnóstico diferencial envolve a avaliação das probabilidades de cada uma das hipóteses concorrentes até que a probabilidade de uma delas seja marcadamente superior do que as outras. Se estas estimativas probabilísticas estiverem erradas, a gestão subsequente do doente será mal orientada. Então, todo o processo de diagnóstico recai na capacidade do médico para fazer avaliações de probabilidade exactas.

No entanto, ao fazer estas previsões o médico não tem bolas de cristal e, de facto, as suas estimativas podem variar amplamente. Para caracterizar este facto, apresentaram-se a um grupo de reumatologistas descrições de doentes hipotéticos e observou-se que a variação das suas opiniões sobre a probabilidade de resultados dados para o mesmo conjunto de circunstâncias abrangia aproximadamente todo o espectro de probabilidades. Mas quais os factores de variação das probabilidades? O viés de aprendizagem e o receio são dois deles.

O **viés de aprendizagem** é um fenómeno que inibe a estimativa de probabilidade de modo correcto. Este viés faz com que ao saber anteriormente o resultado de um evento, se sobrestime a probabilidade pela qual o mesmo podia ter acontecido. Este facto foi estudado apresentando histórias clínicas a médicos e pedindo que classificassem a probabilidade de quatro diagnósticos diferentes, estimando também probabilidade com que poderiam prever o diagnóstico correcto. Assim como o mero conhecimento de um resultado pode inflacionar a estimativa provável do mesmo acontecer, o facto de não desejar um resultado pode também levar a sobrestimar a sua probabilidade de ocorrer. Por outras palavras, o **receio (em viés)** que os médicos podem experienciar antecipadamente a um diagnóstico falhado pode levá-los a sobrestimar a probabilidade desse diagnóstico.

Embora um médico possa justificar o seu erro pelo lado seguro quando as consequências de um diagnóstico potencial são extremas, a inflação da probabilidade

estimada do diagnóstico mais sério pode excluir outros diagnósticos potenciais (e potencialmente correctos).

I. B. Decisão sobre um caminho de tratamento

Depois do diagnóstico ter sido feito, mesmo que provisório, faltar iniciar o tratamento. Os vieses podem também ocorrer nesta fase, o que leva os médicos a preferir um tratamento sobre o outro, objectivamente semelhantes entre eles, seleccionando um tratamento sub-óptimo ou mantendo um tratamento sem sucesso além do ponto em que deveriam escolher um caminho alternativo.

As opções de tratamento podem ser afectadas: (1) pelos resultados possíveis dos vários tratamentos, (2) pela descrição e limitação dos tratamentos, e (3) pelo número de alternativas de tratamento.

I. B.1. Resultados de tratamento

Relacionado directamente, o **viés de receio** pode também afectar esta etapa da tomada de decisão clínica. O arrependimento antecipado, na previsão de um mau resultado, é maior se o resultado parece depender mais da acção do médico ao tratar uma doença do que da sua inactividade. Esta percepção diferente do dano causado por omissão deve-se ao sentido de responsabilidade dos médicos, que é maior se um resultado adverso surge ao tratar alguém – efeitos secundários de medicamentos, p. ex. – do que por não o tratar e assumir uma abordagem de vigilância atenta. De qualquer forma, prever arrependimentos possíveis é um modo através do qual os médicos se sentem melhor acerca do seu diagnóstico e decisões terapêuticas.

I. B.2. Descrição e limitação dos tratamentos

Este efeito é um dos aspectos mais estudados na tomada de decisão clínica, tanto em doentes como em médicos. De acordo com este efeito, a preferência dos decisores entre opções é influenciada pelo modo através do qual a informação equivalente é apresentada e

limitada. Quando os resultados são apresentados em termos de ganhos, como salvar vidas ou ganhar dinheiro, as pessoas são aversas ao risco e escolhem um determinado ganho em vez de um possível mas incerto ganho maior. Em contraste, no domínio das perdas, com resultados como perder vidas ou dinheiro, as pessoas tendem a avaliar o risco, evitando uma determinada perda.

Por outras palavras, as pessoas estão mais dispostas a aceitar riscos quando percebem algo como uma perda potencial e tendem a evitá-los quando vislumbram um ganho potencial.

I. B.3. Número de alternativas

A investigação no efeito de descrição e limitação foi típica, ao comparar escolhas de tratamento entre duas opções. No entanto, outra investigação adicionou o viés potencial como variável, que resulta em ter muitas alternativas de tratamento versus poucas. Tais preocupações são muito importantes nesta era de centenas de opções de terapêutica e medicamentos. Concluiu-se que acrescentar uma nova opção de tratamento aumenta a probabilidade de escolher uma alternativa previamente disponível. (Bornstein & Ermler)

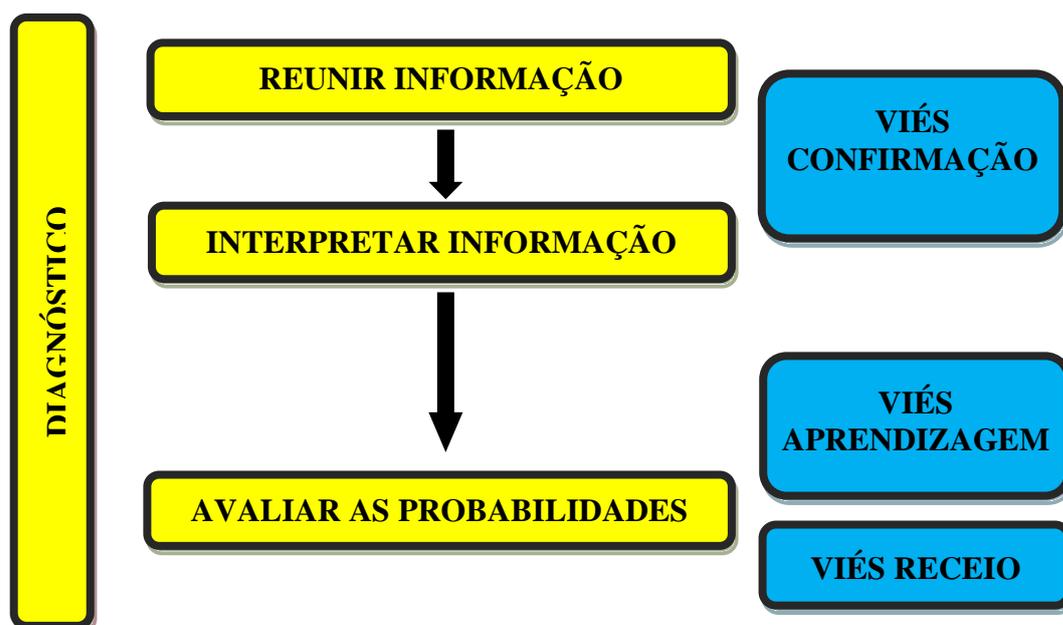


Fig. 2 – Viéses nas várias fases do diagnóstico

II. Influências emocionais

Qual o papel do estado de espírito e de humor do doente nas decisões?

O processo de tomada de decisão está desenhado para ajudar os doentes a fazer escolhas clínicas que reflectam as suas preferências. No entanto, surge um dilema ao tentar determinar se os doentes procuram, de facto, a decisão “certa”. Em parte, este problema é inerente a todas as decisões clínicas que são sensíveis às preferências. Por outro lado, está em crescimento a investigação sobre o papel do estado emocional no processo de decisão. Tradicionalmente, a investigação em processos de decisão assumiu que as pessoas fazem escolhas para maximizar a sua utilidade expectada.

As emoções experimentadas quando uma pessoa tem de fazer uma escolha podem conduzir a decisões que não reflectem necessariamente o que essa pessoa consideraria como melhor modo de acção. Quando estão de bom humor as pessoas tendem a ser mais optimistas nos seus juízos e escolhas e, do mesmo modo, tendem a ser mais pessimistas quando estão de mau humor.

Uma visão alternativa do papel das emoções na decisão é que o afecto é um componente importante da decisão quando combinado com avaliações cognitivas das probabilidades e conflitos num conjunto dado de escolhas. O desafio está na identificação de quando é que as emoções são mais importantes do que os componentes cognitivos no processo de decisão e como moderar essa influência para permitir que ocorra o processo de decisão optimizado.

As investigações sobre o papel do afecto e emoções são muito relevantes para os objectivos da decisão partilhada, mas ainda não se focaram no processo de decisão médica. Um estudo recente examinou o papel de testemunhos de doentes sobre escolhas clínicas de outros doentes como ajudas de decisão. Estes testemunhos têm como objectivo auxiliar os doentes a perceber melhor as consequências das escolhas clínicas na qualidade de vida

subjectiva. Estes testemunhos são mais dinâmicos e reais do que qualquer informação estatística pura a descrever resultados de uma escolha em saúde, evocando no entanto respostas afectivas mais poderosas. Numa simples ajuda à decisão na escolha entre *bypass* e angioplastia, a inclusão dos testemunhos além da informação estatística levou a que mais doentes fizessem tratamento conservador de angioplastia, apesar de os testemunhos não intencionarem acrescentar informação à previamente dada. Percebeu-se então que os testemunhos pareciam influenciar e alterar significativamente as decisões dos doentes. Estas conclusões são limitadas porque os voluntários não eram doentes e as escolhas eram hipotéticas. No entanto, levantam-se preocupações importantes sobre modos de optimização para encorajar doentes na decisão partilhada. É necessária mais investigação para perceber o papel das emoções e do afecto do doente quando enfrentam e participam numa decisão clínica. (Kaplan & Frosch, 2004)

III. A relação médico-doente e a tomada de decisão

Eisenberg teorizou que as influências sociológicas no processo de decisão se podiam dividir em 4 categorias: factores do doente, factores do médico, factores sociais e médicos relacionados com o local onde a medicina é praticada e factores da relação médico - doente, durante a consulta.

A decisão médica raramente é tomada unilateralmente, sendo redefinida pela colheita da história clínica, pelo desenvolvimento do relatório, pela estimulação da sinceridade e pelo esclarecimento dos pontos de vista e preferências do doente. Mesmo quando um doente é incapaz de comunicar, como nos doentes crónicos, a primeira tarefa do médico é perceber as preferências do doente a respeito das decisões médicas, através da família.

A melhoria da comunicação e uma relação mais positiva estão relacionados com o aumento da satisfação do doente, assim como a aceitação da terapêutica e a melhoria dos

índices de morbilidade. No entanto, o modo como a interacção entre o doente e o médico afecta a decisão médica não foi ainda directamente avaliada e é difícil de estudar.

As preferências do médico para os doentes também têm o seu papel no processo de decisão médica. A consulta é um momento único, baseado na recolha de história clínica em ambiente interpessoal íntimo, permitindo ao médico um conhecimento global do doente, além da observação directa. Os estereótipos e viéses podem agir sob diferentes suposições neste ambiente, no qual as hipóteses podem ser testadas, as impressões e suposições modificadas pela aquisição de dados adicionais e obtêm-se dados comportamentais a partir do doente.

Em 1980 concluiu-se que os médicos, embora muitas vezes relutantes a admitir a falta de objectividade no tratamento médico, descrevem o seu desagrado com doentes segundo algumas características: a não adesão à terapêutica, o comportamento auto-destrutivo e o excesso de exigências para com o médico. Percebeu-se também que os médicos escolhiam a especialidade e área geográfica de acordo com a sua preferência pessoal e seria ingénuo acreditar que não têm preferências sobre os doentes a tratar.

Desde os primórdios que os médicos são ensinados a transcender as suas reacções para os doentes, a permanecer objectivos nas suas decisões e são advertidos em tratar de si próprios ou dos elementos da sua família, talvez como um reconhecimento da subjectividade inevitável nestas situações. (Aberegg & Terry, 2004)

IV. Viéses e erros na intuição de peritos

Tversky e Kahneman descrevem três heurísticas (e seus viéses) nos juízos intuitivos de decisão clínica: (a) de representatividade, (b) de disponibilidade e (c) de adaptação e âncora.

IV.A. A heurística representativa é uma técnica intuitiva onde as probabilidades são avaliadas pelo grau no qual a amostra dada encaixa, ou é representativa de uma classe de

amostras (ou população). Usando esta heurística criam-se viéses na tomada de decisão clínica de vários modos diferentes:

- os médicos podem falhar ao ter em conta a taxa de eventos, se a informação for apresentada em termos de probabilidade. Este é provavelmente o erro mais comum no processo de tomada de decisão;

- os médicos podem ignorar o efeito do tamanho de uma amostra na validade das suas previsões;

- os médicos podem ser insensíveis à confiança da informação, ou ao grau pelo qual a informação permite fazer um julgamento exacto e assim sobrestimam informação pouco importante para determinado diagnóstico. Por outro lado, a certeza dos médicos nas suas decisões aumenta com o detalhe da informação cedida mesmo que seja irrelevante: tais sugestões podem ser pesadas incorrectamente, levando a uma certeza excessiva e despropositada;

IV. B. A heurística de disponibilidade é uma técnica intuitiva onde a probabilidade esperada de um evento era influenciada pela facilidade da recordação. Eventos mais facilmente recordados eram atribuídos com maior probabilidade. Eventos mais frequentes são normalmente os mais facilmente recordados, mas o contrário não é sempre verdadeiro.

Em primeiro lugar, os viéses podem ocorrer devido à facilidade de recordar casos que se cruzam ou relacionam: os eventos mais recentes são recordados mais facilmente. Assim, a sequência de eventos a dar o diagnóstico ao médico pode afectar o diagnóstico subsequente.

A facilidade de recordação também é afectada pela relevância da força emocional de uma memória, sendo que memórias associadas a emoções fortes são mais facilmente recordadas. Um viés como este pode afectar a avaliação clínica.

Em segundo lugar, os **viéses de disponibilidade** podem ocorrer devido à rede de pesquisa. A facilidade da pesquisa levanta viéses ao pensar que o que se pesquisa ocorre mais

facilmente. Por exemplo, ao diagnosticar septicémia, os médicos que recordavam frequentemente tratar doentes com este diagnóstico faziam-no mais facilmente do que médicos que lidavam pouco com doentes com esta patologia. Por outro lado, a isto chama-se experiência!

IV. C. A heurística de adaptação e âncora é usada quando uma série de estimativas é requerida para obter a previsão final. As pessoas normalmente criam uma previsão com base na informação inicial (âncora) e subsequentemente modificam o resultado quando a informação adicional está disponível (adaptação). Podem surgir **viéses sequenciais** de vários modos. O resultado final pode ser enviesado na direcção da informação inicial, à qual se dá maior peso do que à informação subsequente ou porque a informação inicial leva à distorção da informação tardia para suportar a opinião formada até aquele ponto. Os erros podem surgir a partir dos viéses ao avaliar eventos conjuntivos – cada evento aumenta a probabilidade do resultado final – e disjuntivos – cada evento diminui a probabilidade do resultado final. Quando se considera uma série de eventos conjuntivos, a probabilidade final tende a ser sobrestimada, enquanto que uma série de eventos disjuntivos é muitas vezes subestimada

Num sistema complexo, como o corpo humano, a probabilidade de falha pode ser alta simplesmente devido à sua complexidade. Probabilidades sequenciais podem também ser mal calculadas devido a uma tendência intuitiva de acrescentar, em vez de multiplicar, as probabilidades dos eventos individuais. Hábitos antigos de práticas que não foram modificadas à luz da nova informação também introduziram erros na tomada de decisão clínica.

A psicologia do decisor pode também afectar as suas decisões. As pessoas normalmente agem sob **viéses optimistas**, tendo uma visão positiva não realista de si próprios e uma percepção exagerada de controlo pessoal, ou seja, um optimismo não realista. Por

exemplo, os médicos podem acreditar que os seus doentes fazem melhor do que os doentes de outros médicos.

IV. D. Implicações na educação médica

As heurísticas e vieses descritos são ubíquos para todos os decisores e estão relacionados com o modo psicológico e neurológico pelo qual as pessoas respondem e processam a informação. Isto tende a ocorrer quando a tomada de decisão é feita sob condições de incerteza, o que envolve o uso da intuição. A grande maioria das decisões ocorre nessas condições: embora as fontes tecnológicas de incerteza possam ser reduzidas ou até eliminadas pelo estudo de factos científico, as fontes pessoais e conceptuais podem permanecer. Assim, as tomadas de decisão clínica permanecem inclinadas para os vieses referidos. Estes não afectam apenas a tomada de decisão dos médicos, estando também potencialmente presentes na tomada de decisão dos doentes.

Do mesmo modo, os vieses não afectam apenas as decisões clínicas, mas também a ética das mesmas. Considere-se o consentimento informado. Se este é considerado como uma escolha autónoma e que a autonomia de pensamento e vontade são características necessárias à escolha, os vieses podem introduzir um elemento coercivo subtil.

O que pode então ser feito para melhorar a tomada de decisão perante estes factores de desvio?

É óbvio que o conhecimento é poder, mas não obstante é verdade. A educação dos estudantes de medicina sobre o papel da incerteza e os vieses pode dar-lhes introspecção na sua tomada de decisão. Um estudo, ao ensinar duzentos alunos de medicina do terceiro ano, constatou que reproduzem os erros descritos por Tversky e Kahneman, considerando vieses e heurística. No entanto, uma vez avisados sobre os vieses possíveis, parecem mais resistentes a estas falácias. Assim, estão mais atentos quando a evidência é apresentada demonstrando os

efeitos da incerteza e seus vieses, na tomada de decisão de outros especialistas médicos com mais habilitação.

Investigações mostram também que a exactidão da decisão de estudantes, médicos e advogados podem todos ser muito melhorados fornecendo informação não no modo tradicional, expresso por probabilidade (p. ex 1%) mas expresso por “frequência natural” (10 em 1000). Embora mais estudos sejam necessários, é já certo que é essencial a incorporação no ensino médico e informação e treino nesta área. (Hall et. al, 2002)

V. Risco

A tomada de decisão sobre opções de tratamento perante uma doença grave exige que se considere seriamente o risco que envolve. Ser capaz de perceber, avaliar correctamente e responder a desafios destes pode efectivamente fazer a diferença entre a vida e a morte. Os doentes que se confrontam com escolhas difíceis de tratamento geralmente não têm base intelectual ou experiência para estimar adequadamente os riscos a que estão expostos. Torna-se então dever dos médicos ajudar os doentes a tomar decisões acertadas, sem tentar impor a sua visão ou valores pessoais. A previsão do risco mostra-se assustadora porque abrange o ganho e a perda. A questão reside à volta do quanto é que se prevê perder, como se perde e, obviamente, permanece uma percepção subjectiva do risco.

Muita da investigação psicológica centra-se na percepção e avaliação do risco, como reduzir a probabilidade de vieses indesejáveis e como aumentar as oportunidades para uma escolha optimizada.

VI. A. Vieses psicológicos nos juízos

Quando as pessoas são confrontadas com várias opções terapêuticas para uma doença grave, cada opção apresenta determinado risco potencial e outros tantos benefícios possíveis. Perante a escolha, os indivíduos são muitas vezes afectados por vieses cognitivos, que

influenciam a sua percepção da probabilidade ou a frequência com que um determinado resultado ocorrerá se uma determinada escolha for feita. Um dos vieses de julgamento, a anteriormente explicada heurística de disponibilidade, merece especial consideração neste contexto.

Os acontecimentos são fáceis de imaginar, estando mentalmente disponíveis para o doente. Assim, são mais facilmente julgáveis dos que aqueles que são difíceis de prever. Sem surpresas, o risco real muitas vezes não tem nada a ver com os factores que podem aumentar a percepção subjectiva do risco. Por exemplo, quando uma pessoa estima a frequência de determinados eventos fatais, tendem a sobrestimar causas dramáticas e sensacionalistas, como assassínio ou ataque de animais, subestimando causas que parecem entediadas e maçadoras, como *diabetes mellitus* ou enfisema pulmonar. As reportagens enviesadas dos meios de comunicação contribuem para este efeito, mas na sua base está o facto de isto ser característico da natureza humana.

A heurística cognitiva é também aqui uma preocupação real, já que as pessoas permanecem altamente confiantes nos juízos utilizando os seus métodos, mesmo quando não são tão exactos como os decisores acreditam que sejam. Este facto é extremamente importante e sobressai no modo como algumas pessoas mantêm esperanças irracionais em tratamentos alternativos ou bizarros que nunca foram provados ou, pior ainda, já se demonstrou serem perigosos. Isto porque existe o interesse de pessoas que querem mais do que nunca avidamente explorar o medo e a tristeza daqueles que procuram as tais curas milagrosas. Assim, as pessoas raramente têm a noção intrínseca de que os seus julgamentos são feitos com base em suposições ou dados falsos.

O risco baixo de morte numa cirurgia usual pode ser entendido como um risco, apesar de baixo. No entanto, o médico tem de ser cauteloso porque a estrutura da discussão desse risco mínimo (que não deve ser omitido) pode afectar a percepção do risco global pelo doente,

já que todas as pessoas parecem ser especialmente sensíveis a previsões de perda extrema, como a morte.

Uma vez apresentadas as hipóteses, tem de ser feita uma escolha. Um dos modelos mais relevantes para descrever a decisão feita sob condições de risco é a Teoria Prospectiva, desenvolvida pelos psicólogos Daniel Kahneman e Amos Tversky, que descreve como as pessoas realmente tomam decisões. Abrange duas fases sequenciais: a primeira, na qual os efeitos de limitação e descrição ocorrem e a segunda, a avaliação de opções.

VI.A.1. Efeitos de limitação e descrição

Explicam o modo como opções particulares, ou escolhas, são construídas antes da escolha final. Um dos aspectos mais importantes reside na tendência para aceitar as limitações e descrições das opções com as quais foram apresentadas. Isto é importante porque a ordem ou modo pelo qual as opções são apresentadas pode afectar substancialmente a escolha subsequente, sem os indivíduos se aperceberem desta influência.

Por exemplo, quando os doentes são confrontados com a necessidade de cirurgia por carcinoma pulmonar, mostram mais preocupação com o risco de morte na cirurgia do que com o risco de diminuição da esperança de vida da própria doença. Os autores da teoria dizem que “um médico e talvez um conselheiro presidencial, podem influenciar a decisão tomada pelo doente ou pelo presidente, sem distorcer ou suprimir informação, apenas através de limitação e descrição dos resultados e contingências. Estes efeitos podem ocorrer fortuitamente, sem ninguém se aperceber do impacto da limitação e descrição na decisão final.” A melhor solução para este enigma é apresentar as opções todas usando limitações e descrições alternativas simultaneamente, para que os doentes possam ver por si mesmos o impacto que as diferentes representações de opções têm nas suas preferências para vários tratamentos.

IV.A.2. Avaliação de opções

As discrepâncias relatadas da avaliação do risco resultam em parte do modo como as opções são avaliadas. Esta avaliação compreende dois elementos - a função de valorizar (a) e a função de ponderar (b) - que são semelhantes a cálculos racionais de utilidade e probabilidade para a finalidade mas não para a forma de o fazer até lá.

(a) A função de valorizar descreve o modo como as pessoas avaliam as opções com que são confrontadas. As opções, cuja construção pode já ter sido enviesada antes, tendem a ser avaliadas relativamente a um ponto de referência, o que tipicamente tem a ver com a posição de status quo do indivíduo, mas pode ser relativo a aspirações futuras também. Para uma doença grave, a expectativa focar-se-á no regresso a uma vida saudável. Quando os indivíduos avaliam as opções a partir do seu ponto de referência, as alternativas que se colocam num domínio de ganho, onde as coisas vão melhorar, encoraja as decisões opostamente ao risco ou ao cuidado. Por outro lado, as opções que colocam o doente num estado pior do que o seu ponto de referência, em que as coisas tendem a piorar, motivam fortemente a análise do risco de cada uma das opções para conservar as perdas previstas. Deste modo, os pontos de referência são a chave a sua propensão do risco. Sabe-se também que os doentes que fazem avaliações a partir da perspectiva de retorno a um estado de saúde total estão mais dispostos a correr riscos.

É importante referir o essencial da ajuda do médico para que o doente compare as perdas, encorajando a enfrentar, por exemplo, riscos cirúrgicos, que podem não querer, mas que o médico acredita que pode salvar ou prolongar a sua vida.

(b) A segunda parte da avaliação envolve a função de ponderação, através da qual as pessoas pesam psicologicamente a probabilidade. São importantes dois aspectos. O primeiro é que as pessoas atribuem muito mais peso e importância a acontecimentos que parecem certos ou impossíveis de acontecer do que a acontecimentos com probabilidade

média de acontecer. Outro facto constatado diz respeito ao peso psicológico que as pessoas atribuem à probabilidade. Assim, as baixas probabilidades são psicologicamente sobrevalorizadas, enquanto as probabilidades médias e elevadas são subestimadas. Então, as pessoas receiam mais acontecimentos com baixa probabilidade, como a gripe aviária, do que acontecimentos com elevada probabilidade, como enfarte agudo do miocárdio. (McDermott, 2008)

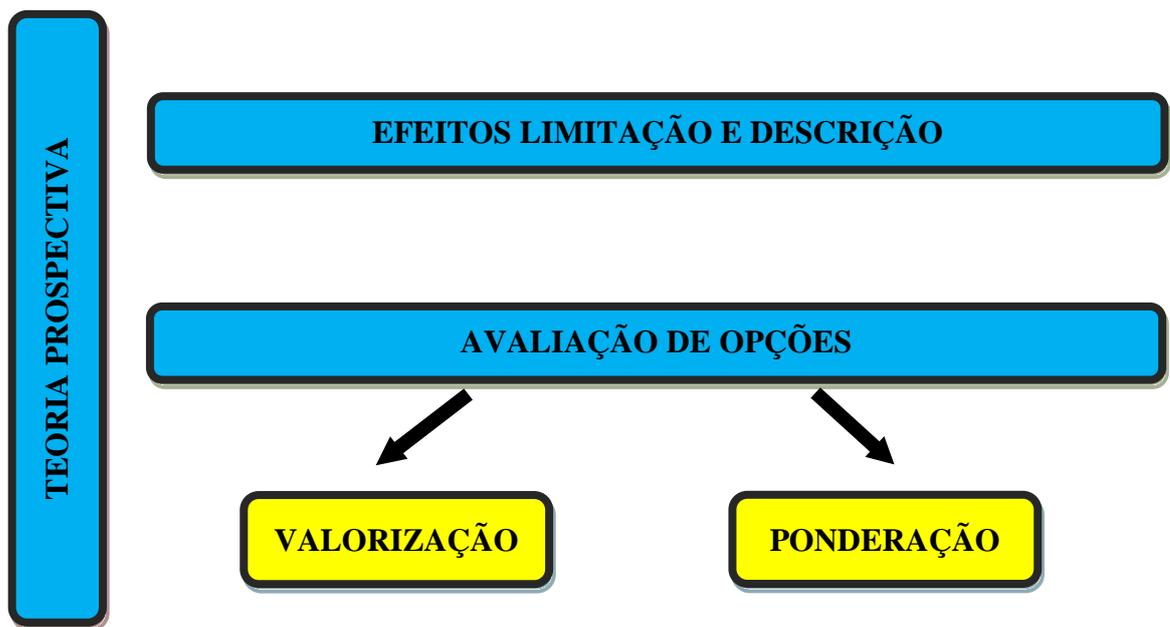


Fig. 3 – Teoria Prospectiva de Daniel Kahneman e Amos Tversky

C. DECISÃO PARTILHADA

C.1. Introdução

A decisão partilhada emerge neste momento como um novo paradigma nos cuidados de saúde. Esta partilha aspira em juntar doentes e prestadores de cuidados num processo de colaboração para escolher as opções clínicas que reflectem a preferência do doente. Embora algumas evidências indiquem que o doente deseja ter um papel activo na tomada de decisão, outras sugerem que existem doentes que preferem um papel passivo. (Kaplan & Frosch, 2004).

A díade deste tipo de decisão começa com o reconhecimento de que existe incerteza acerca dos caminhos ou vias alternativas de diagnóstico e tratamento em muitos casos. Os doentes aprendem acerca dos riscos e benefícios associados a cada opção e muitas vezes participam em exercícios orientados e tutorados para os ajudar a perceber as consequências das diferentes alternativas.

Muitos componentes das decisões em cuidados de saúde envolvem factores que não podem ser conhecidos pelo prestador de cuidados, como preocupações sobre efeitos adversos de carácter sexual ou características cosméticas. A decisão partilhada envolve a obtenção gradual destas preferências e a sua integração no processo de decisão formal.

Historicamente, as decisões clínicas têm sido tomadas pelos médicos. A alternativa da partilha consiste em múltiplos estádios que começam numa troca bidireccional de informação médica e pessoal entre o doente e o médico, incluindo uma discussão explícita sobre as preferências sobre as condições de saúde, opções clínicas e resultados esperados e possíveis. Depois da troca de informações e de completar as tarefas de resolução do problema (i.e. diagnóstico), o médico, o doente e outros potenciais elementos (família, por exemplo),

empenham-se numa deliberação partilhada para chegar a um mútuo acordo sobre a decisão a tomar (Charles et. al, 1999).

No entanto, questiona-se quais as decisões clínicas que devem ser partilhadas. Algumas opiniões defendem que a decisão partilhada se deve restringir a situações em que não há uma alternativa melhor e os médicos estão num estado de equilíbrio (Elwyn et. al, 2000). Outras opiniões defendem a sua aplicação mais ampla porque muitas vezes os doentes decidem não seguir as recomendações dos médicos, decidindo claramente que “não fazer nada” é uma opção (Steven, 2001).

A tomada de decisão partilhada não deve ser confundida com a obtenção de consentimento informado de um doente. Embora as guidelines éticas imponham este consentimento, especialmente quando está envolvida uma intervenção potencialmente agressiva, a decisão partilhada vai muito para além disso. É um processo no qual o médico e o doente consideram a informação disponível sobre o problema médico em questão, incluindo as opções de tratamento e suas consequências, e depois concluem acerca do modo como estes se encaixam nas preferências do doente para os estados de saúde e resultados. Depois de considerarem as opções, a decisão de tratamento é feita com acordo mútuo.

Ainda assim, várias condições têm de se encontrar para que esta decisão partilhada ocorra. Em primeiro lugar, a atmosfera deve conduzir à participação activa do doente, em que o médico deve fazer o doente sentir que as suas contribuições são válidas. Os doentes, no seu papel, têm de ser honestos com as suas preferências e objectivos para o tratamento. O médico intervém ajudando o doente a determinar como é que as suas preferências e objectivos se encaixam com as opções válidas de tratamento e assim atinge-se uma decisão partilhada. (Dominic et. al, 1999)

Formal e globalmente, os médicos tomam decisões de tratamento para os doentes com muito pouca participação destes. É agora aceite que os valores do doente são importantes de

considerar, particularmente em situações de risco de vida, nas quais não existe um tratamento óptimo e existem discrepâncias entre os riscos e benefícios dos tratamentos disponíveis.

A decisão partilhada de tratamento refere-se ao processo no qual tanto médicos como doentes participam. Apesar do interesse crescente neste conceito, o seu significado permanece indescritível por muitas razões. Em primeiro, diferentes tipos e níveis de participação do médico e doente têm sido atribuídos como características que definem esta abordagem. Em segundo, muitos assumem que o significado deste processo de decisão é tão evidente por si próprio que nenhuma definição é requerida, deixando doentes e médicos a fazer as suas próprias interpretações, que variam de acordo com os indivíduos. Assim, o resultado é ambíguo e confuso no uso do termo e talvez conduza a insatisfação dos doentes e médicos que querem aplicar esta abordagem.

As grandes diferenças no significado da tomada de decisão partilhada encontradas na literatura médica relacionam-se com três aspectos principais: o papel do doente e médico neste processo, a sequência do envolvimento de cada um e o que se partilha entre os dois.

Assim, a decisão partilhada é um processo no qual os médicos dão aos doentes informação importante sobre os benefícios e risco das opções de tratamento disponíveis para que os doentes sejam capazes de tomar uma decisão informada, por si próprios, aplicando os seus próprios valores. O papel do médico é limitado à partilha de informação com o doente, sem participação no processo de decisão. O processo em si mesmo consiste na divisão de trabalho ou na sequência de tarefas separadas levadas a cabo pelo médico e pelo doente.

Outra visão descreve o processo como interactivo no qual médico e doente simultaneamente participam em todas as fases da tomada de decisão e juntos negociam um tratamento a implementar. (Charles et. al, 2003)

C.2. Autonomia vs Paternalismo

A visão clássica do papel de doente define-o como isento do seu papel social pelo médico. Um doente obtém este privilégio pela submissão às directrizes do médico. De acordo com o curso prescrito de tratamento espera-se que surja alívio, o que limita o tempo gasto no papel de doente. De acordo com este modelo, que privilegiou durante muitas décadas o tratamento médico, o médico domina e é autónomo, carregando a única responsabilidade para tomar decisões de tratamento. O médico é visto como capaz de discernir e implementar na totalidade as preferências do doente. (Dominic et. al, 1999)

Quando um médico se expressa como “os meus doentes”, estará a desempenhar um papel de afecto e consideração, com uma relação próxima e preocupada, considerando a sua autonomia ou será um exemplo de paternalismo em que os doentes são seus protegidos e há que agir como tal, porque só assim se cuida bem deles?

Autonomia

Esta palavra vem do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra ou lei) e foi usado pela primeira vez para referir auto-governo. Embora inicialmente aplicada à sociedade, tornou-se um termo usado para referir a indivíduos e é encontrado na filosofia moral e bioética. Beauchamp e Childress descrevem-na como “a regra pessoal própria que é livre tanto de interferências controladoras pelos outros como de limitações pessoais que previnem escolhas significativas, como compreensão inadequada.”

No contexto médico, o respeito pela autonomia do doente é considerado um princípio ético fundamental e esta crença é a premissa do conceito de consentimento informado. Além disso, alguns estudos mostraram que a capacidade e a oportunidade de exercer autonomia melhora a saúde física e mental e é de um modo geral um indicador de qualidade de vida.

A liberdade do doente para decidir pode ser alterada por (a) factores internos, consequentes da condição do doente, ou por (b) factores externos.

(a) Os factores internos são aqueles que afectam a capacidade do doente para tomar decisões. Por exemplo, um doente com neoplasia da próstata com metástases tem de decidir acerca da ventilação mecânica não invasiva ao sofrer de dor óssea grave. Neste caso, a dor funciona como um factor interno e deve ser controlado o mais possível para ajudar o doente no processo de tomada de decisão.

(b) Os factores externos incluem a capacidade de outros exercerem controlo sobre um doente através da força, coacção ou manipulação. A força envolve o uso de limitação física ou sedação para permitir que determinado tratamento seja aplicado; a coacção envolve o uso de ameaças explícitas ou implícitas para garantir que um tratamento seja aceite; a manipulação envolve uma distorção ou omissão deliberadas de informação na tentativa de induzir o doente a aceitar um tratamento ou a tomar uma determinada decisão. Para evitar a coacção e manipulação, o médico deve fornecer a informação exacta e importante.

A autonomia requer uma relação adequada entre o doente (ou família) e o médico. Sugestões úteis desenvolveram um enquadramento para a análise da tomada do processo de decisão relacionada com o tratamento e propuseram três abordagens de decisão de tratamento (Charles et. al, 2003): a abordagem paternalista, caracterizada pelo controlo do médico; a abordagem informada, caracterizada pela divisão de trabalho e preservação da autonomia do doente; a abordagem de partilha, em que existe uma interacção simultânea entre o médico e o doente em todos os estágios do processo de tomada de decisão. (Rodriguez-Osorio & Dominguez-Cherit, 2008)

Os estágios da decisão referidos incluem a troca de informação, a deliberação sobre opções de tratamento e o acordo sobre o tratamento a implementar. Embora analiticamente separados, estes estágios ocorrem juntos ou num processo interactivo. As abordagens possíveis são infinitas. (Charles et. al, 2003)

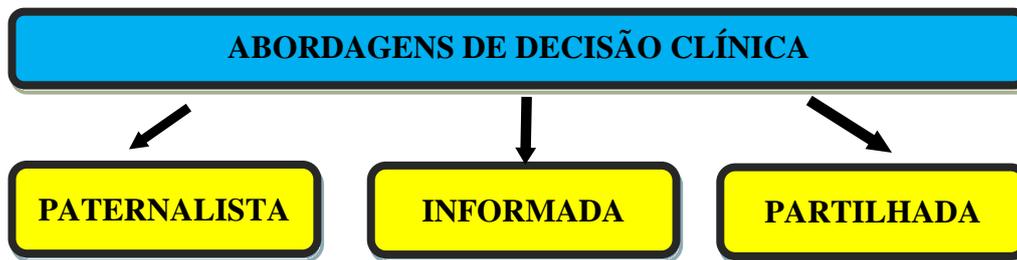


Fig. 4 – Abordagens de decisão clínica.

Alguns estudos mostraram que a maioria dos doentes nos Estados Unidos da América (EUA) quer ser completamente informada sobre a sua situação médica e preferem a decisão partilhada. Outros estudos sugerem que 10-20% de todos os doentes não querem saber detalhes da sua situação e 9-17% preferem deixar as decisões para a sua família ou outros médicos. Fornecer informação em detalhe pode causar aumento dos níveis de ansiedade, como em doentes neoplásicos, o que pode influenciar negativamente as decisões de cuidados médicos. No entanto, tipicamente divulga-se pouco e de modo apressado, no cenário errado, sem apreciação das necessidades e medos reais dos doentes. Por esta razão, os médicos devem partir da suposição de que todos os doentes são capazes de lidar com os factos e devem reservar a não informação total para os casos minoritários, dos quais resultaria mais prejuízo ao dizer a verdade do que não a dizendo.

A verdade deve ser oferecida, mas não forçada, e o tempo e modo para discutir a situação do doente devem ser cuidadosamente avaliados. A quantidade certa de informação a revelar a cada altura varia de doente para doente. Preocupações a respeito dos maus resultados, como perda de esperança, morte prematura ou suicídio são escusadas e sem qualquer fundamento empírico real.

Paternalismo

Os médicos são muitas vezes confrontados com uma tensão inerente entre o seu desejo de respeitar e promover a autonomia do doente e a sua responsabilidade de agir no melhor interesse do mesmo. A palavra “paternalismo” tem origem do latim *pater*, que significa “agir como pai”, ou “tratar uma pessoa como criança”. Beachamp e Childress escreveram: “paternalismo, então, é a ultrapassagem intencional das preferências ou acções de uma pessoa conhecida por outra pessoa, onde que ultrapassa justifica a sua acção com o objectivo de trazer benefício ou evitar o dano à pessoa cujas preferências ou acções foram ultrapassadas.” (Rodriguez-Osorio & Dominguez-Cherit, 2008)

A abordagem paternalista caracteriza-se pelo controlo do médico, que determina a quantidade e tipo de informação a dar ao doente. A troca de informação tem apenas um sentido. O médico decide sozinho ou com colegas sobre os benefícios e riscos dos tratamentos disponíveis e depois toma uma decisão. Não existe participação do doente além do consentimento informado, sendo que é assumido que o médico sabe qual o tratamento que é melhor para o doente, mesmo que este discorde. (Charles et. al, 2003)

A investigação conduzida nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento mostrou que as preferências das pessoas na participação na tomada de decisão variam substancialmente. Num estudo nos EUA, 62% dos entrevistados preferem a decisão médica partilhada, 28% a abordagem informativa e 9% o paternalismo. Estes resultados variam de acordo com a gravidade da situação, por exemplo quando envolve morte potencial ou deterioração do estado de saúde. Além disto, factores como a idade, sexo, educação e cultura mostraram ter impacto no desejo dos doentes em serem informados e tomarem decisões.

De acordo com Beauchamp e Childress, deve aceitar-se o paternalismo como um benefício para o doente apenas em determinadas situações, quando o doente se encontra sob

risco de dano significativo e possível de prevenção. A acção paternalista provavelmente prevenirá o dano; os benefícios da acção paternalista para o doente superam os riscos. (Rodriguez-Osorio & Dominguez-Cherit, 2008)

Aplicabilidade

Além de tudo o que foi referido, vários estudos sugerem que o modelo paternalista já não é viável na prática da medicina actual.

Em primeiro lugar, o consentimento informado standardizado para tratamento médico mudou. Durante muitos anos o Supremo Tribunal Americano reforçava o paternalismo, nomeando médicos como testemunhas profissionais do consentimento informado. Nestas situações, os médicos decidiram qual a informação e em que quantidade deve ser divulgada ao doente. Mais recentemente, os advogados têm sido consultados em questões legais para determinar se os médicos deram informação suficiente aos doentes. Isto representa uma mudança considerável no respeito pela autonomia do doente e afasta a ideia do médico como indivíduo onipotente que pode decidir que informação é adequada para o doente. No fundo, o tratamento deve ocorrer apenas depois de um doente ser completamente informado sobre as implicações da escolha e ter concordado com o procedimento na base desta informação.

Em segundo lugar, o público está a tornar-se cada vez mais educado e céptico sobre os médicos. A medicina enfrenta uma crise geral de confiança devido à falha na partilha de conhecimento e o movimento dos direitos dos doentes procura afirmar as suas prerrogativas. A Internet tornou-se um meio poderoso na obtenção de informação por parte dos doentes sobre os seus problemas e tratamentos, assim como alternativas à medicina tradicional. Os grupos de discussão na Internet disseminam informação entre indivíduos e dão acesso a apoio social. Desde que a Internet ultrapassa fronteiras nacionais e internacionais, os doentes podem adquirir informação sobre tratamentos que podem ou não ser recomendados pelo médico. A

maior disponibilidade de informação força os médicos a ser mais detalhados na discussão das opções disponíveis de tratamento e mais cuidadosos na capacitação dos doentes. O lado negativo de tudo é que os doentes nem sempre podem ser bons consumidores de ciência médica e conseqüentemente procuram tratamentos cuja eficácia não está claramente estabelecida.

Dada a incerteza dos resultados de alguns tratamentos médicos e a disponibilidade das opções de tratamento para a maioria dos problemas médicos, a responsabilidade em escolher o tratamento deve ser partilhada pelo médico e doente. A avaliação das opções disponíveis deve ser baseada nas preferências individuais para o estado de saúde e resultados esperados e/ou expectados. Um doente traz informação essencial para a discussão sobre opções de tratamento que um médico não pode adivinhar: os doentes variam nas suas preferências, tolerância à dor e desconforto e probabilidades a longo prazo. Esta informação, crucial na escolha de uma abordagem de tratamento específica, é conhecida pelo doente individualmente mas não pode ser conhecida pelo médico sem discussão.

As decisões de tratamento devem levar ao resultado mais desejado para o doente. Atingir este objectivo requer a participação activa e a dedicação do doente e do médico.

A abordagem partilhada é vantajosa por várias razões. Em primeiro lugar, a tomada de decisão partilhada permite uma colheita mais completa dos dados das duas partes. Em segundo, força o médico a apresentar e considerar todas as alternativas de tratamento. Daqui, a qualidade das decisões realça-se e o conforto aumenta, já que os doentes sentem a sua participação no processo de decisão. Um doente passivo meramente a seguir instruções do médico está menos preparado para traduzir um plano de tratamento para “rotina diária de trabalho na gestão da doença”. Doentes pró-activos na decisão partilhada tem maior capacidade de auto-controlo, níveis mais baixos de preocupação acerca da sua doença e estão mais satisfeitos com o tratamento.

No entanto, há que considerar que existem claras limitações a este processo. Por exemplo, numa emergência médica, não é viável perceber as preferências do doente acerca do tratamento. Do mesmo modo, nem todos os problemas médicos se podem reger pela decisão partilhada. Por exemplo no caso de apendicite aguda, a única abordagem possível é o tratamento cirúrgico, portanto a decisão partilhada não afectaria de modo mensurável a opção de tratamento. (Dominic et. al, 1999)

Opinião dos médicos sobre a tomada de decisão

Murray et al. desenvolveram um ensaio clínico com uma amostra de médicos nos EUA. 75% prefere partilhar a decisão, 14% prefere a abordagem paternalista e 11% prefere uma abordagem informativa. Os médicos acima dos 50 anos de idade tendem a assumir que praticam mais paternalismo. Médicos com formação no estrangeiro tendiam a assumir menos que tomavam decisões partilhadas do que os médicos formados nos EUA, mas assumiam tanto uma abordagem paternalista como informativa. (Rodriguez-Osorio & Dominguez-Cherit, 2008)

C.3. Papel do doente – a mudança de um paradigma

Qual o interesse dos doentes na decisão partilhada?

O ênfase crescente na decisão clínica partilhada deve-se em parte ao pedido dos doentes para serem mais envolvidos na selecção do caminho para resultados na sua saúde (Frosch & Kaplan 1999). Vários estudos analisaram o interesse dos doentes em vários estados de saúde, com diversos resultados, desde cuidados preventivos e doenças crónicas até patologias graves como neoplasia e doença coronária. A certeza desde já que este interesse dos doentes não é universal.

Um estudo em doentes com neoplasia concluiu que uma grande maioria (62,5%) prefere participar na tomada de decisão clínica. No entanto, doentes mais novos estavam mais interessados em participar do que doentes acima dos 60 anos. As preferências para participação eram mais baixas entre homens mais velhos com doença mais avançada.

Estudos em cuidados primários mostraram que na generalidade existe menor preferência para participação em decisões clínicas. Numa pequena amostra de doentes com *diabetes mellitus*, as preferências de participação eram também baixas. (Kaplan & Frosch, 2004)

Apesar de tudo, não está ainda claro se o paradigma da tomada de decisão partilhada é, de facto, praticável para todos os doentes. Isto justifica-se, por um lado, com o facto de que alguns estudos falham na distinção entre resolução de problemas e tomada de decisão. Em primeira instância, tratar um problema médico exige o diagnóstico e a determinação das alternativas ao tratamento, o que por sua vez requer um elevado grau de experiência técnica. Estas tarefas, que requerem a resolução de problemas, são do domínio do médico e precedem a tomada de decisão. Os doentes são incapazes de diagnosticar e determinar as alternativas de tratamento, porque obviamente lhes falta o conhecimento que baseia a actividade médica. Estudos perceberam que os inquiridos utilizados na maioria dos doentes não distinguia a resolução de problemas da tomada de decisão. Assim, não é surpreendente que nestes casos a vontade do doente seja a decisão partilhada, porque estão pouco dispostos a desempenhar tarefas para as quais não são qualificados. Ao distinguir um conceito do outro, é claro que os doentes querem dar as tarefas de resolução de problemas para o médico, mas querem participar no processo de decisão. Enquanto a evidência sugere que muitos doentes preferem a decisão partilhada, permanece pouco claro porque outros doentes preferem que os médicos tomem decisões por eles. Conhecem-se apenas os factos, ie, os indivíduos mais jovens parecem ser preditores sobre o desejo de participar activamente nas decisões de tratamento.

Além disto, doentes com nível educacional mais elevado tendem a preferir a participação. No entanto existem outros factores que contribuem para isto.

O processo de pesar os riscos e benefícios de uma intervenção médica com as preferências pessoais para os estados de saúde e resultados é normalmente novo para o doente, que se sente intimidado e ansioso neste processo. Deste modo, passa toda a responsabilidade para o médico. Por outro lado, a barreira cultural e de linguagem interagem na decisão partilhada, apesar de os médicos terem alguma formação para ultrapassar este obstáculo. Assim, no nível mais básico, implementar a tomada de decisão partilhada traz desafios adicionais quando o médico e o doente não partilham uma linguagem primária em comum. (Dominic et. al, 1999)

C.4. Papel do médico

Empenhar-se-ão os médicos na decisão partilhada?

Muitos estudos avaliaram as características do médico e da relação médico-doente associadas a estilos de decisão clínica partilhada. Factores associados a abordagens de maior participação entre os médicos incluem menor carga de trabalho e visitas ao consultório mais prolongadas, numa especialidade médica de cuidados básicos ou competências de diálogo, com satisfação maior na autonomia profissional e etnia caucasiana. Relações médico-doente mais longas temporalmente têm sido associadas a processos de decisão participativos. Processo de decisão menos participativos ocorrem quando doentes do sexo masculino estão perante um médico homem, mais do que perante um médico mulher e doentes mulheres mostraram maior participação do que os homens, independentemente do género do médico.

Médicos de família que levaram a cabo uma abordagem de maior participação fazem-no em doentes com maior necessidade de cuidados e enfrentaram decisões mais complexas.

Estes resultados são coerentes com os de um estudo que diz que à medida que as decisões se tornam mais complexas, os médicos empenham-se em discussões mais extensas com os doentes.

Os autores desse estudo definiram tomada de decisão informada como a discussão de 7 elementos: o papel do doente na decisão, a natureza da decisão, as alternativas, os prós e contras das opções, as incertezas, a compreensão da informação pelo doente e as preferências do doente pela decisão. Os achados são desencorajadores. Em cuidados de saúde primários apenas 7.7% das decisões cumpriam os critérios para uma tomada de decisão informada. (Kaplan & Frosch, 2004)

A vontade do doente em participar no processo de decisão tem pouco impacto se o médico não estiver disponível para que tal aconteça. Apesar da crescente mudança para a medicina centrada no doente nos últimos anos, é difícil encontrar locais onde a política seja na generalidade esta. Enquanto a medicina académica diz que a decisão partilhada é o ideal, não está claro como é que os médicos-não-doentes vêem esta hipótese.

Alguns deles podem sentir-se ameaçados pela capacitação do doente. O diálogo limitado com o doente pode evitar situações de elevada carga emocional que muitas vezes surgem como resultado do diagnóstico médico. Alguns médicos são também relutantes a revelar informação relevante na escolha de hipóteses incertas, o que passa por envolver riscos, incapacidades e morte. Os médicos que encorajam este paradigma têm treino prévio em cuidados de saúde primários, competências comunicativas, menos doentes na consulta e mais satisfação na extensão da sua autonomia pessoal. Sugere-se que medidas de contenção de custos que aumentam o número de doentes por médico pode comprometer a eficácia dos cuidados de saúde ao desencorajar a decisão partilhada, o que em última análise leva a aumento dos custos em saúde. (Dominic et. al, 1999)

C.5. Família

Cuidados centrados na família

Embora a tomada de decisão partilhada e a autonomia do doente sejam desejáveis, a situação pode ser diferente perante doentes em situações de gravidade extrema e cuidados paliativos. Estes doentes são incapazes de dar consentimento a não ser que previamente tenham decidido acerca da sua condição futura. Normalmente, as suas famílias recebem a informação completa sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento e são solicitados a tomar decisões médicas em seu nome. Por esta razão, os prestadores de cuidados nas unidades de cuidados intensivos têm dedicado especial atenção aos familiares, criando o conceito de cuidados centrados na família.

Em muitos países, parece existir consenso acerca de que a substituição natural do doente é a família. Por exemplo, a participação de família em decisões de fim de vida é praticamente universal nos EUA (93%-100%), sendo mais variável na Europa (84%-97%). Deve salientar-se que, no entanto, esta definição de envolvimento da família pode não incluir decisão partilhada, como 88% das famílias europeias foram simplesmente informadas de que foi decretada a política de cuidados de fim de vida, sendo que apenas 38% foram chamadas a dar a sua opinião.

A relação entre o médico e a família nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) é uma interação complexa que exige que a equipa ofereça informação apropriada e exacta e os membros da família funcionem como substitutos dos doentes responsáveis por dar informações sobre os seus desejos. Estes componentes são necessários para escolher a estratégia de gestão que melhor se adapta às preferências, desejos e valores do doente. Um ponto importante é a capacidade da família em conhecer os sentimentos e opiniões do doente.

Quando as famílias estão envolvidas na tomada de decisão, as suas necessidades e preferências devem ser reavaliadas frequentemente, porque mudam ao longo do tempo e

causam problemas na relação médico - família. São comuns conflitos entre a equipa da UCI e a família, e um estudo refere que os membros da família sentem que recebem informação insuficiente a respeito da condição do doente, a sua causa de morte e métodos utilizados para aliviar a dor e ansiedade durante os cuidados.

A resolução destes conflitos pode ser alcançada através de negociação com sensibilidade. No entanto, quando estas medidas falham, podem ter de se aplicar mediadores externos, onde se inclui um consultor ético ou um conselho ético.

Além disto, de modo semelhante aos doentes, a família também desenvolve ansiedade crescente com muita informação. Assim, pode passar por estados de depressão ansiosa sobre o diagnóstico, risco de morte ou plano de tratamento dos seus entes queridos. Se a família está muito afectada, existe um risco de tomada de decisão inadequada. Por esta razão, os trabalhadores da UCI devem esforçar-se por aliviar estes sintomas, estabelecendo comunicação efectiva e compassiva. Muitas vezes, identificar um membro da família influente para ser o membro mais activo da discussão é extremamente útil. (Rodriguez-Osorio & Dominguez-Cherit, 2008)

C.6. Implementação

A implementação mais ampla de decisão partilhada é necessária e enfrenta desafios substanciais, no ambiente dos cuidados médicos actuais.

As condições básicas para a sua prossecução passam por um voluntariado mútuo entre doentes e médicos, para trabalharem juntos em cooperação, atingindo a decisão que encaixe nas preferências do doente e nas opções disponíveis para um problema clínico.

O modelo paternalista da decisão clínica, que desde sempre predominou na prática médica, deixou muitos doentes mal preparados para participar activamente no processo de decisão. Por outro lado, as decisões partilhadas requerem muitas vezes uma transferência de

informação significativa, que excede o tempo disponível na consulta. Numa consulta típica, o médico deve cumprimentar o doente e fazer avaliação médica de rotina, como medir a tensão arterial, fazer a história clínica e rever as medicações actuais. Além disso, deve direccionar as queixas, realizar o exame físico, diagnosticar, receitar, discutir o plano de tratamento e registar a consulta no processo do doente. Habitualmente, o médico deve fazer tudo em 15 minutos. Muitas vezes, os doentes só colocam questões difíceis ao fim de 15 min. Por exemplo, no final da consulta o doente pode perguntar se devem fazer terapia hormonal de substituição, PSA ou uma mamografia. Em cada um destes casos, a resposta da literatura para este problema é complexa.

Disponibilizar tempo e atenção para discutir o problema em pormenor de certeza que alongaria a consulta. Então, muitos médicos ultrapassam simplesmente o passo de discussão e fazem uma forte recomendação para um exame ou tratamento. Deste modo, os médicos enunciam a falta de tempo como uma barreira para envolver os doentes nas tomadas de decisão partilhada. Um estudo recente confirma esta barreira, dizendo que é necessário mais tempo nas consultas para que a decisão partilhada possa ocorrer. Os autores sugerem que a transferência de informação necessária para que a decisão partilhada ocorra tem de ter lugar antes ou depois da consulta com o médico.

As ajudas à decisão partilhada são uma solução potencial para permitir ao doente ganhar mais informação sem usar directamente o tempo da consulta.

No entanto, alguns autores sugerem que um estilo mais participativo não necessita obrigatoriamente de mais tempo. Ainda assim, mesmo quando as ajudas à decisão estão disponíveis para permitir transferência de informação fora da consulta, o tempo é ainda visto como uma barreira à decisão partilhada. Dar aos doentes o tempo para entenderem a ajuda à decisão previamente à tomada de decisão pode entrar em conflito com a pressão sentida pelos médicos para reduzir o tempo dispendido na tomada de decisões e procedimentos de actuação.

As intervenções para aumentar a participação do doente na decisão clínica podem ser amplamente divididas em duas áreas que têm sido objecto para revisão científica sistemática. Uma abordagem (A) foca o processo de estimulação dos doentes durante a consulta. A outra abordagem (B) utiliza as ajudas à decisão para facilitar a decisão partilhada ou apenas informada.

C.6.A. Estimulação dos doentes na consulta

Embora as intervenções de campo que focam o aumento de participação dos doentes durante a consulta tenham sido muitas vezes avaliados no contexto de uma patologia particular, os objectivos da intervenção são amplamente discutíveis, em que se tenta aumentar a colocação de questões pelo doente, procura de informação, e o levantar de preocupações. Em contraste, as ajudas à decisão tem o objectivo de ajudar os doentes na realização de decisões específicas, a partir de uma lista de opções bem definidas.

Tem sido utilizada uma grande variedade de métodos para tornar os doentes pró-activos e aumentar a sua participação numa consulta médica. A maioria das intervenções tem sido feita em doentes imediatamente antes de uma consulta médica. Os modos de intervenção tem variado, assim como os níveis correspondentes de intensidade. Dos 20 estudos incluídos numa revisão sistemática recente, 10 deles formalizaram a intervenção a doentes em formato escrito. Estas intervenções escritas incluíram conselhos em como verificar a informação dada pelos médicos e folhetos informativos que ajudaram os doentes a identificar as áreas problemáticas e com espaço para escreverem as suas preocupações pessoais, antes de entrarem para o consultório médico.

Outro tipo de intervenção, cara-a-cara, tem treinado os doentes para colocarem questões gerais e específicas da doença e para procurarem informação e também incluíram exercícios de *role-play*.

Outros estudos usaram intervenções em vídeo para activar a participação na consulta e um estudo deu aos participantes cassetes áudio da sua última consulta, para ouvirem antes da consulta seguinte.

A maioria das intervenções teve sucesso, ao aumentar a participação dos doentes. Estes, no geral, colocaram mais questões e estavam mais predispostos para requerer clarificações sobre a informação ou instruções vindas do médico. Sete em vinte estudos registaram a duração da consulta. Cinco destes sete não encontraram aumento na duração da consulta e apenas um registou seis minutos de aumento na duração da consulta. Cada um dos 4 estudos que examinaram as percepções de controlo dos participantes sobre a sua doença ou preferências para um papel activo na gestão da mesma encontraram aumentos significativos para estas variáveis.

Estudos em doentes com doenças crónicas registaram um aumento na assiduidade à consulta e na adesão às recomendações de tratamento. (Kaplan & Frosch, 2004)

C.6.B. Ajudas à decisão

O propósito de uma ajuda a decisão é auxiliar indivíduos a fazer uma escolha específica e deliberada entre diferentes opções para resolver um problema médico. Estas ajudas à decisão têm a intenção de facilitar a decisão partilhada entre doente e médico. Não é suposto que substituam a consulta, mas é suposto serem adjuvantes ao permitirem, pelo menos, informação detalhada sobre diferentes opções clínicas e seus resultados prováveis. O desenho e o conteúdo das ajudas à decisão varia amplamente e deve incluir: informação sobre a doença, custos relativos às diferentes opções, exercícios para ajudar os utilizadores a clarificar as suas preferências e valores, descrições de outras experiências de processos de decisão (muitas vezes na forma de testemunho pessoal) e conselhos ou treinos no processo de decisão ou comunicação com profissionais de cuidados de saúde.

Têm sido propostos vários modelos de projectos para diferentes tipos de ajudas à decisão e está em curso um processo de consenso para determinar os critérios pelos quais se possa aumentar a qualidade da ajuda à decisão. De um modo geral, as ajudas à decisão tem uma variedade de formas diferentes, incluindo: aconselhamento pessoal escrito, panfletos, livros de trabalho guiados por áudio, cassetes de vídeo, *dvd* e sites interactivos. A maioria é desenhada para ser vista por doentes antes da consulta.

Em todos os estudos onde a exposição à ajuda à decisão era comparada com um grupo controlo de cuidados habituais de saúde, o conhecimento sobre questões relevantes aumentava significativamente. Do mesmo modo, o conflito de decisão era mais baixo após exposição a uma ajuda à decisão, com os efeitos mais fortes na sensação do doente em se sentir informado. Os indivíduos que tiveram contacto com uma ajuda à decisão eram menos propícios a estar indecisos e muitas vezes mudavam as suas preferências depois de consultar os materiais. A exposição a estas intervenções aumentou a probabilidade com que os indivíduos preferiam um papel activo a um passivo no processo de tomada de decisão.

Apesar de todos estes resultados, têm sido levantadas preocupações sobre as falhas dos médicos nas suas competências de comunicação, necessárias para incentivar os doentes à decisão partilhada. Estas competências passam por: desenvolver uma parceria com o doente; estabelecer ou rever as preferências do doente sobre a informação que recebem; estabelecer ou rever as preferências no processo de decisão; perceber e responder às ideias do doente, preocupações e expectativas; identificar as alternativas clínicas e avaliar as evidências pertinentes para o doente; apresentar a evidência de modo imparcial; fazer ou negociar uma decisão partilhada; concordar na acção e seguimento. Estas competências necessárias concentram-se nas competências de comunicação que ultrapassam o que é habitualmente ensinado nas escolas médicas.

C.7. Dispersão e heterogeneidade

É notória a heterogeneidade na definição e aplicação do conceito de decisão partilhada nas consultas por todo o mundo médico. Termos como “decisão informada”, “tomada de decisão partilhada”, “parceria”, “participação do doente”, “cuidados centrados no doente” e “escolha pelo doente baseada na evidência” são usados como sinónimos para a tomada de decisão partilhada.

Uma definição clara do tema pode guiar a investigação dirigida, garantindo que todos os aspectos importantes são medidos, controlados ou variados no estudos e também permite que se tenha a certeza de que ninguém inventou uma característica adicional, acrescentando-a à definição original do termo.

Pelo contrário, se muitos nomes e definições forem propostos para descrever um fenómeno, pode ser confuso para o leitor. Se existir mais do que uma definição, é importante avaliar se os autores definiram claramente o fenómeno e quão semelhantes ou diferentes eles são.

Através da análise de artigos publicados entre 1997 e 2004, investigou-se se o uso da definição por vários autores é consistente com a definição escolhida ou se o conceito é utilizado sem cuidado na sua definição, se o uso do conceito foi directo e a citação do mesmo feito por outros autores.

Concluiu-se que vários autores definem o que significa para si tomada de decisão partilhada, ou outro termo próximo relacionado e alguns autores têm definições semelhantes. O foco nas suas definições está na troca de informação entre o médico e o doente e na participação das duas partes no processo decisivo.

No entanto, alguns autores utilizam o termo “tomada de decisão partilhada” de modo inconsistente com a definição do seu objectivo e alguns utilizam os termos “tomada de decisão partilhada” e “decisão informada” como se fossem sinónimos, levando a confusão.

No entanto, a diferença conceptual entre estes dois termos foi descrita por alguns autores. Cerca de um terço dos autores analisados não fazem uma definição clara dos dois termos nem referem autores que o tenham feito, confundindo ainda mais os estudos e as suas conclusões.

(Moumjid et. al, 2007)

C.8. Informação

Na tomada de decisão partilhada, a informação pode ser apresentada usando uma grande variedade de formatos.

Do desenvolvimento, experimentação e psicologia da tomada de decisão, concluiu-se que a capacidade de memória para factos textuais importantes dos problemas, como a informação numérica, não afecta a exactidão do raciocínio.

A tomada de decisão baseia-se em representações da essência da informação opostamente às representações textuais. As palavras “essência” e “textuais” são definidas conforme se aplicam na linguagem diária, excepto que “textual” se aplica também a gráficos, números, imagens e outras formas de informação. Assim, uma representação de essência é vaga e qualitativa, capta a linha de fundo do significado da informação e é uma interpretação subjectiva da informação baseada na emoção, educação, cultura, experiência e nível de desenvolvimento.

A representação textual, opostamente, é precisa e qualitativa e capta a superfície exacta da informação, sendo uma interpretação literal.

Considere-se o exemplo: uma mulher de 49 anos na tentativa de perceber o seu risco de cancro da mama. Suponhamos que ela responde às 9 perguntas da ferramenta disponível no site do National Cancer Institute e que, de acordo com esta, o seu risco estimado é de 22.2%, em desenvolver neoplasia invasiva da mama. O nível de risco textual dado por esta ferramenta é de 22.2%. No entanto, a interpretação desse risco, a essência, pode variar de baixo para

elevado risco. O risco é baixo quando não é provável acontecer (menos de 50%), mas é alto relativamente para o risco médio da 11.3% de uma mulher da mesma idade.

A essência do risco que se extrair depende dos factores individuais e contextuais, incluindo a capacidade da pessoa para entender os números. A representação em essência é a resposta à questão “o que significam 22.2% de risco?” para esta mulher. As decisões e, conseqüentemente, o comportamento, são afectados pela essência compreendida pelas pessoas, mais do que os factos textuais também apresentados.

As pessoas retiram representações de essência e memória textual de vários tipos de informação: palavras, números, metáforas, imagens, gráficos, narrativas. Mais importante, no entanto, é que a memória tem um efeito independente, a confiança na intuição baseada na essência aumenta com o desenvolvimento, e a confiança cega na memória textual pode prejudicar o desempenho do raciocínio.

Aplicação à prática médica:

São os tipos de representações intuitivas que guiam o processo de tomada de decisão. A essência é tão positiva quanto o nível de compreensão do decisor. As representações estereotipadas, de acordo com os valores atribuídos, afastam as decisões médicas dos tratamentos eficazes e comportamentos de promoção de saúde adequados.

De um modo geral, a literatura publicada foca-se nos erros de compreensão das mensagens sobre riscos de saúde e nos vieses das decisões médicas a partir disto. A sua origem, na maioria dos casos, deve-se às dificuldades da pessoas em traduzir números (e outras informações relacionadas com saúde) para representações com significado ou essência, com recuperação de confiança e aplicação dos seus valores e conhecimento e com as complexidades inerentes envolvidas no processamento de conceitos de relações, como probabilidades.

O significado da informação relevante é por si raramente auto-evidente e mesmo os profissionais de saúde tem dificuldades na aplicação do conhecimento nos juízos de probabilidades. (Reyna, 2008)

D. IMPLICAÇÕES

D.1. Resolução de problemas

A criação e expansão das *guidelines* normativas médicas, chamadas “parâmetros práticos” implicam alguma compreensão de como é que os médicos resolvem os problemas clínicos.

Nos anos 60 o National Board of Medical Examiners desenvolveu um estudo para avaliar a competência dos médicos no treino clínico, com base no seu comportamento em incidentes.

A análise de 3000 incidentes produziu um conjunto de comportamentos considerados cruciais, que incluem: identificação de hipóteses iniciais pertinentes; testar todas as hipóteses pertinentes; reavaliar as hipóteses à luz de novas descobertas; reconhecer quando é que foram obtidos dados suficientes e não saltar logo para as conclusões; integrar dados em uma ou mais conclusões significativas; seleccionar a gestão adequada e plano de tratamento.

Esta sequência de acção permite delinear um esquema pelo qual se espera que os médicos resolvam os problemas. Assim, o processo de decisão encaixa-se em todos os aspectos da competência clínica. Do mesmo modo, os dois são inseparáveis, porque o processo de decisão está sob e é parte integrante de todas as resoluções de problemas.

Especificamente, as decisões médicas lidam com: o tipo de história a ser mencionada, o foco no exame físico, a selecção de manobras clínicas, os testes e exames, a interpretação de dados recolhidos, o peso de elementos num intervalo de tempo, a resolução de evidência de conflito, a escolha e avaliação das hipóteses de diagnóstico e terapêutica e a consideração de como actuar.

Estes processos de diagnóstico e de tomada de decisão devem ser analisados em conjunto porque diagnosticar é a tomada de decisão para a selecção da acção, e o diagnóstico

por si próprio é inútil. Inversamente, a resposta ao tratamento pode ser considerada como teste de diagnóstico que pode modificar o diagnóstico, a terapêutica subsequente ou as duas.

Os estudos sobre a resolução de problemas nas decisões médicas têm sido conduzidos em três direcções: resolução de problemas direccionados para o passado, presente ou futuro.

A abordagem de avaliação retrospectiva (passado) examina registos clínicos e avalia o desempenho médico como os passos a completar para a construção de uma hipótese de diagnóstico. A abordagem descritiva (presente) consiste na observação e interrogação de médicos na sua forma de abordar problemas, atreves do registo, transcrição e subsequentemente na análise das observações de problemas e sua resolução. A abordagem normativa (futura) usa a análise lógica e quantitativa dos riscos e benefícios associados a alternativas de competência para definir estratégias para guiar a prática futura.

À medida que pratica medicina, a maioria dos médicos tem vindo a acreditar que o diagnóstico e tratamento de uma doença são mais aprendidos do que ensinados. Implicitamente, muitos doentes concordam que a experiência prática é um atributo mais importante e crucial do que o conhecimento adquirido nas bibliotecas, e, assim, preferem um médico mais experiente e com mais idade do que um novato.

O processo de tomada de decisão e resolução de problemas

As diferenças individuais de experiência, prática e treino, predizem o modo de resolução de problemas. Num estudo com estudantes de medicina viu-se que estes empregaram o mesmo processo de pensamento do que clínicos já experientes, no mesmo grupo de doentes. Ao contrário do que se disse anteriormente, no entanto, os resultados de diagnóstico e gestão estavam positivamente relacionados com o nível de instrução. De acordo com estas evidências, os peritos seriam mais diferentes dos internos no comando de material factual do que na sua capacidade de resolver problemas e os dois deveriam simplesmente

aplicar os mesmos métodos genéricos a diferentes resultados e com diferentes objectivos no pensamento.

Os eternos ingredientes da resolução de problemas médicos fazem parte do conhecimento actual de “bagagem médica”, dos indícios para a queixa do doente recolhida pelo médico e da competência para aplicar o conhecimento médico aos dados individuais.

O conteúdo livresco da medicina e as evidências recolhidas dos doentes mudam com o tempo, mas inevitavelmente permanecem sempre incompletas. Face a isto, o problema da decisão médica pode formalmente ser definido como o seguinte: dada uma pessoa doente, é difícil escolher um tratamento que maximize o benefício esperado pelo doente. Para resolver este eterno problema, os médicos confiam num processo imutável, a aplicação clínica do que se chama “método científico”.

Em 1819 o médico francês René Laennec afirmou no seu tratado “*De l’Auscultation Médicale*” que as doenças torácicas seriam diagnosticadas de modo mais fiável se os clínicos percebessem o significado dos sons produzidos pelos órgãos nesta cavidade e se os monitorizassem com um instrumento chamado estetoscópio. Depois desta inovação revolucionária, tanto o conhecimento médico geral como a evidência obtida de doentes individualmente elevaram o seu rigor, mas mesmo a mais exacta ciência clínica permanece agarrada à terra firme probabilística dos processos vitais.

William Osler, em 1904, resumizou num aforismo: “*a Medicina é uma ciência de incerteza e uma arte de probabilidade*”. A possibilidade de variar e ignorar manifestações de saúde e de doença torna as hipóteses de diagnóstico ambíguas, já que a informação é incompleta, surgindo vários resultados possíveis. Assim, surge a incerteza na terapêutica de decisão. No entanto, evidência relevante pode reduzir a incerteza. Apesar disso, o objectivo de recolher evidência não pode ser para eliminar totalmente a incerteza das decisões médicas,

mas sim fazer com que se atinja um nível onde surjam resultados mais positivos que negativos.

O pensamento não determinista da biologia e medicina tem um impacto crucial e determinante na resolução de problemas clínicos. O pensamento determinista prossegue na causa - efeito e, daqui, para análise de manifestações. O pensamento probabilístico reverte essa ordem: a começar na análise da manifestação, procurar descobrir o efeito causal, e daqui, a causa final.

O PROCESSO HIPOTÉTICO-DEDUTIVO

Este processo pode ser caracterizado pelo seguinte: nos encontros clínicos os médicos não recolhem simplesmente dados até uma solução surgir óbvia, mas formulam hipóteses a partir daí.

As hipóteses podem ser muito específicas ou genéricas, mas tipicamente apenas são consideradas três hipóteses simultaneamente. Por outras palavras, o processo consiste na selecção consciente e no teste lógico de uma pequena lista de alternativas potenciais em vez de uma hipótese única profundamente forte.

Por outro lado, em situações que oferecem múltiplas alternativas, a introdução de opções adicionais pode aumentar a dificuldade da escolha e, assim, aumentar a tendência para escolher uma opção distinta ou para manter o *status quo*. A escolha de uma alternativa específica para considerar é comandada pelo peso de três características chave: a sua probabilidade, gravidade e possibilidade de tratamento.

Assim, o método hipotético - dedutivo representa tomar decisões sob risco e as tarefas decisivas incluem considerar e desconsiderar hipóteses.

ARBORIZAÇÃO

Este método analisa sequencialmente os dados pertinentes para uma situação ou problema apresentados, num processo sistemático e de pré-ajuste de discriminação passo a passo e com eliminação de hipóteses. A análise é conduzida ao longo de um de muitos caminhos disponíveis e a decisão é tomada num determinado ponto que automaticamente determina a decisão subsequente a tomar, antes do final do caminho, ao chegar à hipótese ou acção correcta. Algoritmos formais especificam os doentes aos quais se pode aplicar este método, a informação que deve ser recolhida, as conclusões a tirar das descobertas, o diagnóstico consequente e acções terapêuticas. Então, a arborização é uma versão mais estruturada da tomada de decisão sob risco, onde as tarefas de decisão incluem incluir e excluir hipóteses sem ter nenhuma preferência.

Juntamente com o processo hipotético - dedutivo, a arborização tem sido a estratégia principal na tentativa de duplicar a resolução de problemas médicos pela inteligência artificial.

As fraquezas particulares deste método são que a informação avaliada previamente não pode ser revista por avaliação multi-factorial à luz de novos dados e que a sequência rígida o torna difícil, se não impossível, de abranger problemas de diagnóstico multifacetados como a co-morbilidade ou problemas heterogêneos terapêuticos como os efeitos adversos potenciais dos medicamentos.

EXAUSTÃO

De outro modo, a exaustão aceita todas as alternativas possíveis, independentemente da sua probabilidade, em igual consideração, para encontrar a correcta pela eliminação de todas as incorrectas. Conceptualmente, a exaustão pode ser vista como as várias partes individualmente aplicadas no rastreio da população em geral, i.e., um teste indiscriminado

para detectar uma doença potencial numa pessoa que nem tem manifestações da mesma. Neste processo o decisor actua com a crença de que nenhuma informação a respeito da probabilidade de nenhum resultado está disponível, sendo que a decisão é tomada sob incerteza total.

A necessidade de decisão, conseqüentemente, é de colocar todas as hipóteses, mesmo que despropositadas. Então, as tarefas indissociáveis de recolher e interpretar todos os factos médicos concebíveis relevantes para o caso substituem a formulação de uma hipótese de trabalho.

Alguns ensinamentos clínicos e textos médicos parecem favoráveis à estratégia da exaustão e os médicos novatos acreditam que isso dá garantias contra erros de omissão. Para o médico experiente, no entanto, a exaustão parece ser um último recurso a usar, útil somente quando uma situação particularmente rara ou obscura impede a experiência ou o conhecimento de construir uma hipótese de trabalho. (Werner, 1995)



Fig. 5 – Métodos de resolução de problemas

D.2. Prognóstico e seus factores

Os fundamentos da prática clínica médica incluem o diagnóstico, a terapêutica, a profilaxia e o prognóstico. Os primeiros três são baseados na acção.

O prognóstico é uma arte e uma ciência de previsão e baseia-se no conhecimento filtrado a partir do diagnóstico e da informação obtida a partir de experiências anteriores. O conhecimento do resultado, ou prognóstico, constitui uma parte integrante do processo de decisão em medicina. Para atingir o prognóstico é necessária uma interacção próxima com o doente, com dinâmica e interactividade.

As prioridades para a investigação clínica são determinadas pelos resultados conseguidos com as medidas de diagnóstico e terapêutica disponíveis actualmente. Na perspectiva da política de saúde, o conhecimento dos resultados esperados ou prognóstico é importante para a priorização dos recursos de cuidados de saúde requeridos para uma determinada população.

O conhecimento da sobrevivência em 5 anos é uma medida recolhida aceite de resultados em doentes com cancro. No entanto, um doente individual com cancro está interessado em saber mais do que a sua probabilidade de sobrevivência em 5 anos. Os doentes querem saber quantas e quais as intervenções a que terão de se submeter no decorrer da sua doença, quer eles sejam hospitalizados e quer a sua doença ou tratamento resulte na perda de uma função orgânica ou de independência. Os doentes também querem saber quais as possíveis complicações que podem ocorrer e quando será mais provável que aconteçam. Finalmente, querem também saber se e quando a sua doença poderá levar à morte prematura.

D.2.A. Diagnóstico e prognóstico

Dois processos fundamentais em medicina, diagnóstico e prognóstico, são por vezes confundidos. A grande diferença entre os dois é o prazo. O diagnóstico envolve encontrar a

condição ou situação que já existe e destemporaliza o processo da doença. O prognóstico refere-se a um estado ou resultado que ocorrerá dentro desse prazo no futuro. O prognóstico é sujeito a constantes mudanças e nunca é estático. Assim, com a sua fluidez, parece ser difícil de captar.

Para simplificar a discussão nos factores que afectam o prognóstico, propõe-se denominar esta situação de gestão de cenário, comumente exemplificada em patologias neoplásicas, que compreende um doente com um número de atributos (factores de prognóstico) que caracterizam o tumor, o seu hospedeiro e o ambiente. Os atributos do tumor e os efeitos no hospedeiro são os chamados factores de prognóstico relacionados com o tumor; os atributos que definem o doente chamam-se factores de prognóstico relacionados com o hospedeiro; os atributos que descrevem as circunstâncias dos doentes chamam-se factores de prognóstico relacionados com o ambiente.

Os factores de prognóstico devem sempre ser considerados no contexto da intervenção planeada e nos valores-limite (*trade-off*) de interesse.

D.2.B. Factores de prognóstico

Um factor de prognóstico é uma variável que pode contribuir para alguma da heterogeneidade associada ao curso esperado e resultados para um doente com uma doença específica. Então, os factores de prognóstico contribuem para as melhores previsões no comportamento do cancro.

- Relevância

A divisão anterior dos factores de prognóstico permite um registo compreensível, mas não ajuda o médico a depurar a informação prognóstica aplicável a cada doente individualmente. Para dinamizar a relevância dos factores de prognóstico, dividimo-los em factores essenciais, factores adicionais e factores novos e promissores.

Os *factores essenciais* são os fundamentais às decisões sobre os objectivos e escolha do tratamento. São usados na construção das *guidelines* práticas baseadas em evidência. Sem o conhecimento destes factores, o clínico não pode desenvolver um plano de tratamento adequado e detalhado.

No entanto, os *factores adicionais* permitem uma previsão mais fina e mais completa de resultados para doentes individualizados, mas não são essenciais para uma decisão de tratamento.

Os *factores prognóstico novos e promissores* são aqueles que foram identificados na melhoria da previsão e que melhor combinam os tratamentos disponíveis para o doente, mas não foram ainda incorporados no grosso da prática clínica. Nesta categoria incluem-se factores em que actualmente a evidência que existe sobre o seu efeito independente no resultado do doente é incompleta ou em que existe evidência de conflito do efeito nos resultados do doente.

- *Aplicação*

Os factores de prognóstico são usados diariamente nos cuidados aos doentes.

O seu papel mais importante é na tomada de decisão, tendo em conta a gestão do doente. Estas decisões começam com escolhas em que se define optimamente a extensão de uma doença. Por exemplo, em doentes com carcinoma da próstata em estágio inicial, o conhecimento da escala de Gleason, o nível de PSA e a categoria T permite ao clínico decidir se são necessárias investigações adicionais para excluir a existência de metástases.

Os factores de prognóstico são também utilizados para determinar o objectivo do tratamento. Por exemplo, em doentes com neoplasia da próstata com metástases à distância, não existe cura possível e o objectivo do tratamento é melhorar a qualidade e quantidade de vida do doente.

O conhecimento dos factores de prognóstico também nos permite definir o tratamento. Neste processo, a selecção da modalidade do tratamento, a intensidade do mesmo e a selecção ou não de tratamento adjuvante são todos baseados nos factores de prognóstico.

Assim, é essencial conhecê-los, no processo do consentimento informado. Para o atingir, o médico tem de ser capaz de prever o resultado em termos de resposta, sobrevivência, possibilidade de preservação de órgãos e risco de complicações e tem de comunicar esta informação ao doente. A familiarização com os factores de prognóstico promove a tomada de decisão autónoma e capacita o doente a ser um parceiro independente neste processo.

Conhecer os factores de prognóstico também permite ao médico planear as medidas de suporte necessárias. Por exemplo, permite definir as necessidades e técnicas de tratamento especiais, como intervenções paliativas.

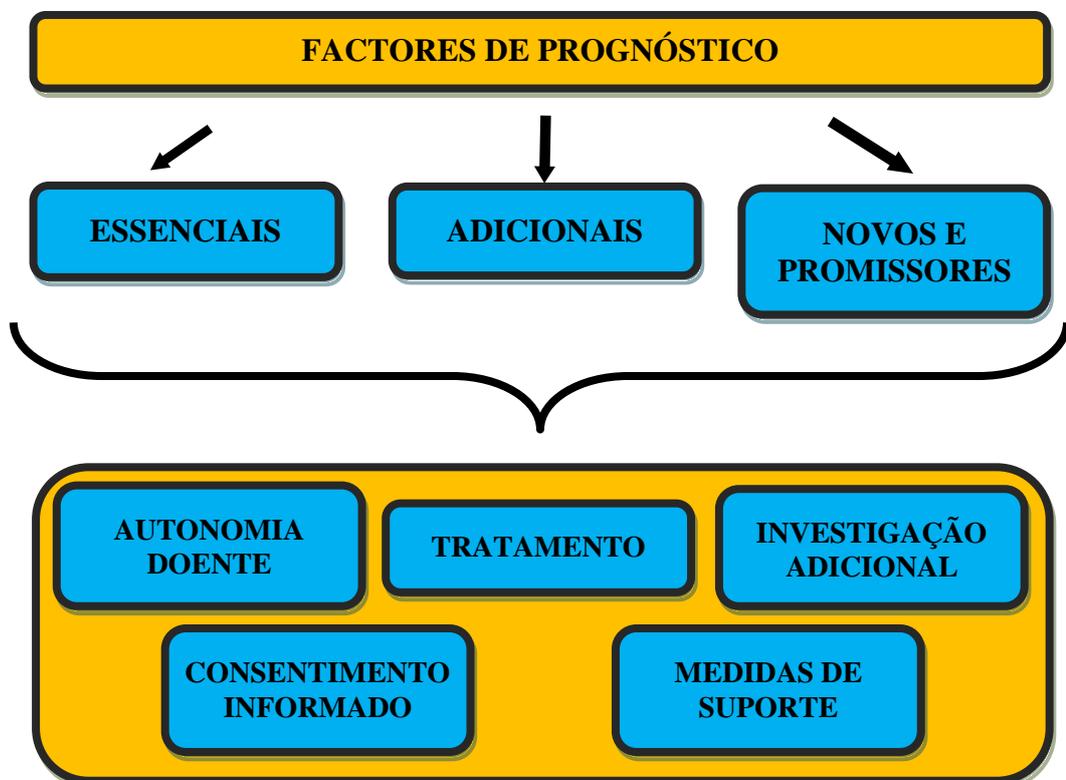


Fig. 6 – Factores de prognóstico e suas aplicações.

- Limitações

Os factores de prognóstico relacionam-se com o conhecimento já existente, que serve de base para a decisão de como tratar o doente. No entanto, os dados para isso foram construídos a partir de doentes já tratados no passado com as “mesmas” características do doente inicial. Devido a esta separação do tempo entre a aquisição do conhecimento e a sua aplicação num doente, o prognóstico será sempre inerentemente mais exacto para resultados a curto prazo, como a resposta ao tratamento, a presença de complicações agudas e a falha dos tratamentos.

Claro está que é preferível que os dados em que nos baseamos para definir um prognóstico sejam sempre contemporâneos. O prognóstico é também mais exacto para resultados simples, como a capacidade de curar ou não curar ou a sobrevivência numa determinada altura. Devido ao tempo de separação e à quantidade de informação necessária, o prognóstico é inerentemente menos fiável para resultados a longo prazo, como a sobrevivência a 10 ou 20 anos ou os riscos induzidos pelo tratamento de metástases. (Gospodarowicz et. al, 2001)

E. CONCLUSÃO

“Quem pode decidir quando os doutores discordam?”

Moral Essays, Alexander Pope

A tomada de decisão clínica evoluiu. Embora de forma mais lenta relativamente ao crescimento da própria Medicina, o processo de decisão médica mostra-se cada vez mais empenhado em acompanhar o desenvolvimento humano e tecnológico, deixando para trás a antiguidade histórica que o tem caracterizado.

Em tempos antigos, a Medicina era considerada um altar inalcançável para a maioria dos Homens e quem tinha esse privilégio eram apenas os sábios, inteligentes e afortunados, quase elementos divinos, cujas opiniões e conhecimento eram inquestionáveis e assumidos como verdades absolutas.

Com o passar do tempo a Humanidade apercebe-se que o médico é um homem comum, que entretanto se torna mais acessível e próximo da doença. Adequam-se modos de pensar e de transmitir a informação e conhecimento médicos ao doente e a dedicação à causa humana assume contornos nunca antes desenhados.

A cultura desenvolveu o espírito e ao longo das décadas a perfeição do saber e da atitude médicos foram postos em causa, desenvolvendo-se a exigência para com a prestação dos cuidados de saúde. Assim, surge mais marcadamente a responsabilidade, empatia e humanismo da *legis artis* médica, que se vê em braços com a necessidade de harmonizar e ponderar a relação médico-doente, alcançando consensos sem atitudes extremistas, orgulhosas ou com grande abismo de literacia. O modo de agir da Medicina já não pode sofrer retorno.

A decisão clínica é fulcral no processo de acção médica, desde o seu raciocínio até ao modo de avaliar hipóteses e chegar a um diagnóstico final. É um processo idealmente breve mas profundamente importante e complexo, que merece a atenção de todos os clínicos que

pretendam agir em conformidade com o seu juramento, trazendo os maiores benefícios para os doentes e prestando cuidados de saúde otimizados.

Esta revisão bibliográfica pretendeu dar a entender o que contribui para a decisão de modo global, mas também dissecando o seu processo, factores condicionantes e elementos constituintes, permitindo inferir acerca do modo ideal de ser e estar perante e com um doente. Urge compreendê-lo, respeitá-lo e considerar a sua vontade e expectativas, aceitando os modos de estar na vida tão díspares entre os indivíduos.

Esta tese, além de trazer os conceitos em que a decisão médica está envolta, assume e expõe com clareza os erros que nela existem e quais as estratégias a levar a cabo para os controlar, sendo inquestionável o longo caminho que existe para percorrer, tanto por parte do médico como do doente.

O decisor médico deve deixar de ser visto como tal, reconsiderando o paternalismo e a onnipotência extremos, partilhando ao invés a informação com o doente, prós e contras das opções disponíveis, mostrando disponibilidade mental e emocional para atingir um consenso informado.

O doente, para que a atitude médica surta efeito, deve mostrar interesse na sua doença e preocupação com o estado de saúde, procurando o conhecimento, auscultando e assimilando o que o médico transmite, colocando questões e levantando pontos que de outro modo poderiam ser considerados sem importância.

De parte a parte, há que eliminar preconceitos e participar na construção do futuro da saúde, sabendo no entanto aceitar as características e limitações constringentes da Medicina, que não são de modo algum as ideais.

Assim, alcançar a tomada de decisão partilhada e consensual exige esforço dos intervenientes, para que a evolução da Medicina continue a fazer sentido.

Por fim, é evidente que a educação médica sobre a tomada de decisão e a formação humana são tão importantes de globalizar e transmitir como o conhecimento científico e tecnológico. Está nas mãos de todos contribuir para uma Medicina eficiente, desenvolvida e inteligente emocionalmente.

F. REFERÊNCIAS

- Aberegg SK, Terry PB (2004) Medical decision making and healthcare disparities: the physician's role. *J Lab Clin Med* 144(1):11-7
- Apkon M (2003) Decision analysis and clinical uncertainty. *Curr Opin Pediatr* 15(3):272-7
- Arocha JF et. al (2005) Identifying reasoning strategies in medical decision making: a methodological guide. *J Biomed Inform* 38(2):154-71
- Banning M (2008) A review of clinical decision making: models and current research. *J Clin Nurs*. 17(2):187-95
- Bornstein BH (2001) Rationality in medical decision making: a review of the literature on doctors' decision-making biases. *J Eval Clin Pract* 7(2):97-107
- Cantor WJ et. al (2000) Provisional stenting strategies: systematic overview and implications for clinical decision-making. *J Am Coll Cardiol*. 36(4):1142-51
- Charles CA (2003) Shared treatment decision making: what does it mean to physicians? *J Clin Oncol*. 21(5):932-6
- Chaudhry B (2008) Computerized clinical decision support: will it transform healthcare?
- Coulter A. (1997) Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making *J Health Serv Res Policy* 2(2):112-21
- Fraenkel L, McGraw S (2007) What are the essential elements to enable patient participation in medical decision making *J Gen Intern Med*. 22(5):614-9
- Frosch DL, Kaplan RM (1999) Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *Am J Prev Med*. 17(4):285-94
- Ganzini L (2004) Ten myths about decision-making capacity *J Am Med Dir Assoc* 5(4):263-7
- Garb HN (2005) Clinical judgment and decision making. *Annu Ver Clin Psychol*. 1:67-89

- Garfield FB., Garfield JM (2000) Clinical judgment and clinical practice guidelines. *Int J Technol Assess Health Care* 16(4):1050-60
- Gospodarowicz M et. al (2001) Prognostic factors in clinical decision making: the future. *Cancer* 91(8 Suppl):1688-95
- Haas S (2003) Medical indications and considerations for future clinical decision making. *Thromb Res.* 109 Suppl 1:S31-7
- Hall KH (2002) Reviewing intuitive decision-making and uncertainty: the implications for medical education. *Med Educ* 36(3):216-24
- Kaplan RM, Frosch DL (2005) Decision making in medicine and health care. *Annu Rev Clin Psychol* 1:525-56
- Kawamoto K, Lobach DF (2005) Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *BMJ* 330(7494):765
- Kovacs G et. al (1999) Clinical decision making: an emergency medicine perspective. *Acad Emerg Med.* 6(9):947-52
- Khushf G (1999) The aesthetics of clinical judgement: exploring the link between diagnostic elegance and effective resource utilization. *2(2):141-59*
- Leask K (2005) The role of the courts in clinical decision making. *Arch Dis Child.* 90(12):1256-8
- Lurie JD, Sox HC (1999) Principles of medical decision making. *Spine* 24(5):493-8
- McDermott R (2008) Medical Decision making: Lesson from psychology. *Urol Oncol* 26(6):665-8
- Miller DL, Bolla LR (1998) Patient values: the guide to medical decision making. *Clin Geriatr Med* 14(4):813-29

- Mousjid N et. al (2007) Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? *Med Decis Making* 27(5):539-46
- Ortendahl M (2006) Discounting and risk characteristics in clinical decision making. *Med Sci Monit.* 12(3):RA41-5
- Redelmeier DA, Schull MJ (2001) Problems for clinical judgement: 1. Eliciting an insightful history of present illness *CMAJ* 164(5):647-51
- Reyna VF (2008) A Theory of Medical Decision Making and Health: Fuzzy Trace Theory
- Rodriguez-Osorio CA, Dominguez-Cherit G (2008) Medical decision making: paternalism versus patient-centered (autonomous) care. 14(6):708-13
- Rosentein AH (1999) Measuring the benefits of clinical decision support: return on investment. *Health Care Manage Ver.* 24(2):32-43
- Sakallaris BR et. al (2000) Clinical decision support systems for outcome measurement and management. *AACN Clin Issues.* 11(3):351-62
- Sarasin FP (2001) Decision analysis and its application in clinical medicine. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 94(2):172-9
- Sittig DF et. al (2008) Grand challenges in clinical decision support. *J Biomed Inform.* 41(2):387-92
- Tierney WM (2001) Improving clinical decisions and outcomes with information: a review. *Int J Med Inform* 62(1):1-9
- Von Korff M. (2003) The role of meta-analysis in medical decision making. *Spine J.* 3(5):329-30
- Weber S (2007) Clinical decision support systems and how critical care clinicians use them. *J Health Inf Manag.* 21(2):41-52
- Werner M (1995) A model for medical decision making and problem solving. *Clin Chem* 41(8 Pt 2):1215-22

- Whitney SN (2003) A new model of medical decisions: exploring the limits of shared decision making. *Med Decis Making* 23(4):275-80
- Zeiler K (2007) Shared decision-making, gender and new technologies. *Med Health Care Philos* 10(3):279-87