



**UNIVERSIDADE DO PORTO**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**SUMÁRIO DA LIÇÃO DE SÍNTESE**

**TOMADA DE DECISÃO NO CAMPO DA SAÚDE**

**CANDIDATURA AO TÍTULO DE AGREGADO NO GRUPO DE PSICOLOGIA**

**Maio de 2005**

# **TOMADA DE DECISÃO NO CAMPO DA SAÚDE**

Apresentado por José Luis Pais Ribeiro, professor associado de nomeação definitiva, nos termos do artº 9º ponto 1- b) do Dec.-Lei nº 301/72, de 14 de Agosto, em concurso para o título de agregado do 1º grupo (Psicologia) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, a que foi admitido por despacho reitoral de 29 de Março de 2005.

## INTRODUÇÃO

“Tomada de decisão” e “Campo da saúde” constituem conceitos importantes em contexto alargado de saúde.

Mais antigo, o de *Campo da Saúde* foi apresentada por Lalonde em 1974 e globalmente aceite, e é hoje equivalente ao conceito de sector de saúde que consiste nos serviços de saúde públicos e privados, organizados (incluindo promoção da saúde, prevenção das doenças, diagnóstico, tratamento e cuidados de saúde), nas políticas e actividades dos departamentos e ministérios da saúde, organizações não governamentais, grupos comunitários e associações profissionais, ou ainda equivalente a contextos de saúde (*Settings for health*), ou seja, os locais ou contextos sociais em que as pessoas se envolvem nas actividades diárias, e onde factores pessoais, ambientais e organizacionais interagem para influenciar a saúde e o bem estar (WHO, 1998).

Este conceito é herdeiro dos movimentos holísticos, globalizantes, emergentes no pós Segunda Grande Guerra Mundial com os trabalhos do matemático e filósofo Wiener e do biólogo Bertalanffy que, contra a dicotomização das ciências e a prevalência da análise, propõem uma ciência de síntese, uma ciência das ciências, que procura integrar as ciências num tronco de doutrina comum, e a cibernética (do Grego, *kybernos* -leme do navio, governar) que procura regular o controlo e a comunicação dos sistemas gerais.

Um sistema é um todo complexo e organizado, ou uma reunião de coisas ou partes formando um todo unitário complexo. Duas ilações importantes resultam deste modelo: uma é que um sistema, incluindo as partes, e mais as relações entre elas, torna-se uma entidade nova, e não somente a soma das partes; outra é a importância da regulação e do controlo dos sistemas.

Esta perspectiva alcança formalmente o âmbito da saúde na década de 70 do século passado com as propostas de Lalonde e da Organização Mundial de Saúde (OMS) referidas acima. A partir deste momento, saúde e doenças, mais os seus contextos, mais os seus componentes tornam-se indissociáveis. E se a intervenção deve focar aspectos particulares, não se pode esquecer que essa intervenção se repercutirá muito para além do foco da intervenção, assim

como muitos outros aspectos do sistema impactará a intervenção focal que estejamos a realizar: que o objectivo de uma intervenção (o *output* de um sub-sistema) é um *input* de um sistema de ordem superior. Fixando-se em objectos e nas relações entre eles, numa visão temporal-espacial e teleológica o observador obtém uma nova perspectiva da realidade, observa relações inesperadas entre partes mais afastadas de elementos complexos. Uma abordagem sistémica não muda em nada a realidade: ela é apenas um novo modo de ver a realidade.

*Tomada de decisão* em contexto de saúde constitui um conceito novo e complexo. Podemos defini-lo como um *processo de produção de informação apropriado para implementar acções de saúde, segundo as necessidades pessoais, e as suas preferências e valores, de um modo culturalmente apropriado*. A definição apresenta vários componentes, nomeadamente: a) é um processo, b) de produção de informação, c) visa tomar decisões, d) de acordo com as suas necessidades preferências e valores, e) de um modo culturalmente apropriado,

Indivíduos diferentes poderão chegar a decisões radicalmente diferentes, recorrer a diferentes processos para tomar decisões, assim como utilizar diferentes níveis de envolvimento nesses processos; as próprias culturas exprimem regras, valores que as diferenciam e uma decisão pode não ser apropriada para determinada cultura e sê-lo noutra.

As decisões que as pessoas tomam em contexto de saúde vão desde as que se tomam na promoção e protecção da saúde, passando pela prevenção das doenças (primária e secundária) até ao tratamento e, em extremo, às tomadas de decisão respeitantes ao suicídio assistido ou a autorização de não ressuscitação em caso de condição grave. Em contextos de doença mais específicos vão desde quando se dirigir ao sistema de saúde, que avaliações e que tratamento seguir, quando aderir ao tratamento, e quando mudar o estilo de vida (Broadstock & Michie, 2000).

Com o aumento da preocupação e do interesse em aspectos ligados à Saúde (incluindo as doenças e por isso assinalado com letra grande) a tomada de decisão tem crescido, explicam Briss et al. (2004). Segundo eles tal impõe; a)

maior ênfase no consentimento informado; b) maior envolvimento nas decisões relacionadas com os cuidados de saúde; c) maior qualidade e disponibilidade de informação rigorosa, com base nos últimos dados científicos; sobre opções disponíveis, incluindo prós e contras; d) aumento da compreensão entre consumidores e profissionais de que muitas decisões clínicas não servem do mesmo modo todos, e que precisam de ser sensíveis a valores individuais; e) menos paternalismo na interacção profissional – cliente:

A tomada de decisão no campo da saúde, dado o grau de incerteza que coloca, impõe que ***se tome bem a decisão e não que se tome a boa decisão***. Se deixar de fumar é facilmente aceite como uma boa decisão que para certo tipo de fumadores é difícil de tomar, na esmagadora maioria das situações que se colocam ao indivíduo no campo da saúde não é óbvio qual é a boa decisão e, nestes casos ambíguos trata-se de tomar bem a decisão.

Briss et al. (2004) explicam que o envolvimento do sujeito melhora o processo de tomada de decisão assim como a “qualidade” (sublinhada pelos autores) da decisão tomada. Quanto mais o indivíduo se envolve na tomada de decisão, maior a probabilidade que a decisão reflecta as suas necessidades, preferências e valores, ou seja, maior a probabilidade que tome bem a decisão.

Da promoção da saúde aos cuidados terminais coloca-se a questão de tomar decisões sobre que acções de saúde implementar visando a melhoria da saúde ou da qualidade de vida.

As tomadas de decisão são influenciadas por inúmeros factores que vão desde se é uma decisão única e decisiva ou se pode ser alterada, qual o nível de risco envolvido na decisão, se a decisão tem repercussões imediatas ou demoradas, se envolve outros ou é só se aplica ao próprio, se tem que ser tomada num momento ou se deve ser tomada ao longo do tempo, etc. (Broadstock & Michie, 2000)

## HISTÓRIA

Várias razões históricas têm contribuído para que se considere e aceite que as decisões individuais têm impacto decisivo na Saúde em geral.

A primeira grande marca encontra-se na definição de saúde da OMS quando diz que a saúde é um estado de bem-estar mental físico e social e não somente ausência de doença. Esta definição trás uma novidade, implícita no conceito de saúde, *que é colocar a avaliação de saúde sob o ponto de vista do indivíduo* (Pais Ribeiro, 2005). Esta definição não teve impacto imediato mas repercutiu-se na orientação que o campo da saúde mostrou várias décadas depois, a partir dos anos 70.

Na década de 70 do século passado o Relatório Lalonde constitui-se como o primeiro documento político a especificar que a orientação do sistema de saúde tal como vinha sendo feita até então tinha que ser ultrapassada, para passar a capturar a complexidade e a globalidade do fenómeno designado por Saúde. Nele se salientam dois conceitos importantes e complementares: “Promoção da Saúde” e “Estilo de Vida”.

De seguida, ainda na década de 70 a reunião da OMS em Alma-Ata e a posterior aprovação do documento “Saúde para Todos no Ano 2000” em assembleia-geral da OMS continua e fortalece o que tinha sido iniciado no relatório Lalonde. Esse documento constituiu-se como modelo para a orientação que veio a ser seguida não só do ponto de vista político como do ponto de vista técnico, e espelha-se, por exemplo, na definição de psicologia da saúde adoptada na mesma época.

Posteriormente novos programas têm surgido como o “*Healthy People 2010*”, que é uma extensão do programa “Saúde para Todos no Ano 2000”, e que mantêm a mesma orientação.

Seguidamente, na reunião da OMS em Ottawa formaliza-se o conceito de Promoção da Saúde. Na promoção da saúde o empoderamento (*empowerment*) é o processo através do qual os indivíduos ganham maior controlo sobre as decisões e acções que afectam a sua saúde (WHO, 1998), e pode-se considerar que a questão da tomada de decisão está matriciada nessa primeira proposição da importância do empoderamento.

Concomitantemente com estas alterações os custos do sistema de saúde aumentam a um ritmo maior do que as economias permitem. Associado a este facto não é alheia a alteração dos padrões de mortalidade e morbidade em

que se passou de um sistema de elevada natalidade e elevada mortalidade para um sistema de baixa natalidade e baixa mortalidade. As consequências são o aumento da idade média da população e, principalmente, o aumento das doenças crónicas, com o conseqüente aumento dos custos associados ao seu tratamento.

O desenvolvimento tecnológico no campo da saúde, a evolução tecnológica, produz tecnologias de exames tão detalhadas que permitem detectar alterações tecidulares em estádios muito iniciais susceptíveis de ser consideradas pseudo doenças. A detecção de pseudo doenças e o seu tratamento precoce tende a aumentar os custos de saúde sem resultados óbvios quer ao nível pessoal, quer ao nível social. Black e Welch (1993) explicam que a partir da década de 70 do século XX o *armamentarium* de técnicas de diagnóstico revolucionou a prática da medicina. A tomografia axial computadorizada (TAC), a ressonância magnética, a ultrassonografia, e outras, permitem detectar anomalias muito antes de produzirem sinais clínicos ou sintomas. Tal tem levantado questões delicadas dado que uma vez identificadas anomalias é esperado que elas sejam corrigidas.

A prática baseada na evidência pode ser descrita como uma metodologia para avaliar a validade da investigação na prática clínica e a sua aplicação. Esta resulta da investigação e apreciação sistemáticas e críticas da literatura. Ou pode ainda ser definida como o uso explícito e judicioso da melhor evidência para tomar decisões acerca das intervenções a realizar diz Richter, (2003).

A necessidade de evidência tornou-se uma bandeira no sistema de saúde em geral: é preciso saber muito mais acerca dos custos relativos, segurança e eficácia, dos procedimentos utilizados no diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças, explica Relman em 1988 quando defende a terceira revolução da saúde. Truman et al (2000) a propósito da saúde pública salientam a importância de conhecer o que funciona, o que não funciona, e o que não está suficientemente documentado, com base em informação compilada por fontes imparciais.

Frequentemente as propostas que influenciam as tomadas de decisão são guiadas por informações sazonais que são susceptíveis de fazer bons títulos

dos media e que sugerem às pessoas o que fazer, muitas vezes guiadas por casos únicos, ou a propósito de uma reunião científica que teve lugar, ou a propósito de um produto de cosmética ou medicamento que foi lançado, ou a propósito de um tema candente, e que com frequência, ou é mascara de manobras publicitárias ou é marketing directo de produtos e serviços ligados ao consumo.

A investigação sobre evidência tem levado organizações científicas como seja a Associação Americana de Cancro e a Associação Americana de Urologia a rever as recomendações de que todos os homens com mais de 50 anos deveriam fazer o teste marcador tumoral prostático (que na sigla em inglês se designa por PSA), dada a evidência de que os riscos e benefícios se balanceiam, e que, geralmente, não há uma boa decisão a tomar.

A medicina tem sido historicamente centrada no médico, mas os doentes têm vindo a incorporar, cada vez mais, a sua perspectiva numa orientação que tem sido apelidada de medicina-centrada-no-doente. Segundo Laine e Davidoff, (1996), *uma medicina-centrada-no-doente refere-se a cuidados de saúde que são congruentes, e que respondem às necessidades, preferências e vontades dos doentes*. Esta perspectiva tem-se desenvolvido desde a década de 1960, no que tem sido designado *movimento dos direitos do doente*.

O sistema de cuidados de saúde, com o apoio tácito dos doentes, vinha advogando a reserva de informar o doente com o pretexto de que dar toda a informação acerca da sua patologia pode não lhe fazer bem. Ora, a quantidade e tipo de informação a dar tem sido decidida, caso a caso pelo médico, consoante os seus próprios valores e conceitos. No último século, e desde a década de 60, com o movimento dos direitos do doente, estes têm vindo a exigir o conhecimento detalhado acerca do diagnóstico, da fisiopatologia, das opções de tratamento e do prognóstico. Os doentes exigem informações que antes estavam unicamente ao alcance do médico, e os médicos estão cada vez mais interessados em partilhar tal informação com os doentes, reconhecendo que tal contribui para o sucesso dos resultados da intervenção. Aumentar a participação do doente no tratamento e, com isso, o sucesso do sistema de cuidados de saúde, pressupõe cuidados-de-saúde-centrados no doente.

Tudo o que foi dito anteriormente tem conduzido a alterações constantes no funcionamento dos sistemas de saúde. Estas alterações procuram ser mais eficazes; responder mais adequadamente às necessidades dos cidadãos e reduzir os custos, o que ainda está longe de ter sido conseguido na generalidade dos países mais desenvolvidos.

Em 1994 foi aprovada em Amesterdão a Carta dos Direitos do Doente. Esta constitui um documento em que expressa detalhadamente os direitos do doente e que especifica aspectos éticos básicos. De facto aspectos éticos incontornáveis estão associados ao empoderamento do doente na sequência do código de Nuremberga, da Carta dos Direitos do Homem, da Carta dos Direitos do Doente, da Carta de Ottawa, etc., que basicamente defende que as pessoas podem e devem ter o direito a tomar decisões acerca dos seus cuidados de saúde, com base no princípio ético da autonomia explicam Briss, et al. (2004).

A Carta dos Direitos do Doente distingue os direitos sociais, que são relativos, dos direitos individuais que são absolutos. Este documento não só fornece uma orientação para o funcionamento prático do sistema de cuidados de saúde como garante direitos institucionais aos nacionais de todos os países europeus.

## **EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE E MODELO DE RESULTADOS**

Os modelos de intervenção no campo da saúde complexificaram-se ao longo da história do homem. No último século as alterações foram enormes e rápidas.

O modelo biomédico designa uma concepção científica com raízes nas perspectivas científicas das sociedades europeias a partir do século XVI. Caracteriza-se pelo desenvolvimento do raciocínio analítico, e pela predominância da análise sobre a síntese. O progresso das ciências nomeadamente dos modelos sistémicos impôs a predominância da síntese pós análise.

Podemos identificar vários momentos ou várias subalíneas deste modelo:

A Primeira Revolução da Saúde que prevaleceu no século XIX centrou-se sobre as causas das epidemias e implementou estratégias que evitavam que as pessoas adoecessem; centra-se nas causas biológicas das doenças, mais concretamente nos germes.

A Segunda Revolução da Saúde centra-se na multicausalidade das doenças, identificando o comportamento como elemento central neste processo. Adoptou estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças que visavam actuar na multiplicidade de prováveis causas – factores de risco - das principais doenças. Os factores de risco de início eram fundamentalmente comportamentais e por isso a diferença básica com a primeira revolução da saúde era que em vez do germe se focava o comportamento, ou o comportamento substituiu o germe. O que é comum nestes dois momentos e modelos é o enfoque nas causas. Numa fase mais avançada dado que aquelas causas eram insidiosas e as consequências só se manifestavam muitos anos depois, passou a focar-se o estilo de vida desde muito cedo, nas crianças pequenas, com a ideia que assim se alterariam os padrões de mortalidade e morbidade na segunda fase da idade adulta.

A Terceira Revolução da Saúde surge mais tarde pela constatação de que a intervenção no estilo de vida não estava a alcançar os resultados previstos para passar a centrar-se nos resultados da intervenção em vez de nas causas.

Kaplan (2002; 2003) explica que o Modelo de Resultados (*Outcomes Model*) assume que o objectivo do sistema de saúde é fazer com que os indivíduos vivam mais tempo e se sintam melhor. O *modelo de resultados salienta a qualidade de vida e a duração da vida* em vez das medidas clínicas do processo de doença. Assim focam, não o processo de doença mas os resultados decorrentes de ter ou não a doença, de a doença limitar o tempo de vida, ou de limitar a qualidade de vida

## **CAMPO DA SAÚDE**

O relatório Lalonde explicava que o Campo da Saúde incluía quatro pilares: o estilo de vida, a biologia, o meio ambiente e a organização do sistema de

saúde. Estes componentes, por sua vez, cruzam-se com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção e tratamento das doenças.

A decisão no campo da saúde pode ser conceptualizada do ponto de vista da promoção e protecção da saúde e da prevenção e tratamento das doenças. Embora estes pontos de vista estejam incluídos, por força da definição sistémica produzida nos anos 70, no campo da saúde, eles pressupõem estratégias diferentes que, por vezes, se podem confundir.

Promoção da saúde é o processo de capacitar os indivíduos a aumentar o controlo sobre, e a melhorar, a sua saúde (WHO,1998). Inclui por sua vez outros componentes decisivos como sejam o de perícias de vida (*life skills*) herdeiro do conceito de estilo de vida, e o de empoderamento entre outros, este último que se espalhou posteriormente por toda a área da saúde. A promoção da saúde e a educação para a saúde não são sinónimos. A educação para a saúde é um método relativamente antigo sendo referido por Winslow já em 1923

A protecção da saúde constitui um aspecto particularmente importante nas sociedades modernas e inclui a segurança automóvel, com o uso de cinto de segurança ou o controlo da velocidade e outros, a protecção no trabalho, a vacinação, a regulamentação dos brinquedos, dos electrodomésticos, o controlo da alimentação, do ruído, da poluição, etc. A investigação sobre os métodos de protecção da saúde salienta a importância de métodos passivos em vez de activos, com recurso à persuasão e, só na sua falha, à regulamentação legal e às mudanças estruturais.

Prevenção das doenças refere-se aos procedimentos dirigidos não apenas à prevenção da ocorrência de doenças, como sejam a redução de factores de risco, mas também para impedir o seu progresso e reduzir as suas consequências após a doença sintomática instalada. Prevenção primária é dirigida para a prevenção do aparecimento da doença. A prevenção secundária e terciária visam retardar a evolução de uma doença já existente através de detecção precoce e tratamento apropriado, ou reduzir a ocorrência de relapsos e do estabelecimento de situações crónicas (WHO,1998).

Kaplan (2000) explica assim outras diferenças entre prevenção primária e secundária: *a prevenção secundária é uma expressão da saúde pública para prevenção médica que, tradicionalmente visa identificar uma doença em estádios iniciais eliminando o problema antes de que fique fora de controlo* enquanto a prevenção primária ocorre antes daquela fase, e implica acções que evitem chegar àquele estágio, normalmente mudanças comportamentais. Ou seja requer teorias comportamentais e intervenções comportamentais. *A prevenção secundária tradicionalmente recorre ao modelo biomédico requerendo diagnóstico e tratamento envolvendo normalmente uma ou mais dos seguintes procedimentos: diagnóstico médico, cirurgia, ou uso de medicação.* A prevenção primária, afirma Kaplan (2000) baseia-se normalmente no modelo comportamental incluindo mudanças comportamentais como, p. ex. exercício, alterações alimentares, redução de consumo de tabaco e outros. Nesta o diagnóstico ocupa uma posição secundária.

Prevenção comunitária é uma intervenção que previne as doenças ou acidentes ou promove a saúde num grupo de pessoas. Para este efeito uma comunidade é um grupo de pessoas que partilham uma ou mais características referem Truman et al. (2000). Para além do ajustamento individual deve haver a preocupação de que as intervenções propostas são culturalmente apropriadas e consistentes com as prioridades da comunidade explicam Briss et al.(2004). Os programas *Five Cityes* e *North Karélia* são exemplos de programas comunitários de referência

O Tratamento das doenças adopta inúmeros termos desde prevenção secundária e terciária até cuidados primários secundários e terciários. Estes conceitos, mais o de promoção da saúde, são sobreponíveis e, frequentemente, o que os diferencia são os agentes que os implementam e os contextos onde decorrem.

A adesão em contexto de saúde e de doenças constitui um elemento relevante nomeadamente porque está dependente do livre arbítrio do sujeito, quer se trata de uma acção visando a promoção da saúde quer se trate de uma acção de vigilância de uma doença que deveria ser rigorosa, como é o caso da diabetes. Constitui um bom exemplo da importância da tomada de decisão.

Kristeller e Rodin (1984) propõem uma sequência de estádios de adesão do mais passivo ao mais activo que designam de *Concordância, Adesão e Manutenção*, em que neste último estádio o sujeito é autónomo no processo de vigilância e controlo do seu estado. Dado o aumento das condições crónicas pode compreender-se a importância que a tomada de decisão tem para este domínio.

O fim de vida constitui um aspecto particularmente delicado do sistema de saúde. Nos últimos anos tem-se espalhado a discussão sobre o apoio ao fim da vida, quer na forma mais activa com o suicídio assistido, quer com a não ressuscitação ou de não manter obstinação terapêutica (ou seja deixar de tratar o doente em casos em que tal parece não estar a ser adequado). Este aspecto poderá, no futuro, impor ao doente a tomada de decisão sobre o que acontecerá em caso de a sua condição alcançar determinado patamar que poderá ser especificado formalmente num testamento vital.

## **A TOMADA DE DECISÃO**

A tomada de decisão é um processo psico-social complexo. Dois aspectos associados à tomada de decisão devem ser considerados: a) o que significa a tomada de decisão em contexto (ou nos variados contextos) de saúde e doenças; b) que estratégias considerar no apoio à tomada de decisão.

As intervenções que são realizadas visando a tomada de decisão para implementar determinados comportamentos (deixar de fumar, fazer exercício físico, usar cinto de segurança, fazer rastreio, fazer mastectomia preventiva, etc.) variam quanto à relação com as fontes de informação. Inúmeros modelos têm sido implementados para alterar o comportamento das pessoas que vão desde intervenções clássicas como os programas centrados na comunidade e que recorrem aos media, rastreio, estratégias comportamentais, activação comunitária e políticas ambientais, aos programas individuais que são igualmente eficazes e recorrem a técnicas tradicionais para influenciar o comportamento inspirados nas diversas técnicas terapêuticas.

A prevenção secundária e o rastreio constituem casos que modernamente colocam particular ênfase na tomada de decisão.

A prevenção secundária centra-se na detecção precoce de factores de risco para doenças. Estes assumem então uma posição importante na equação.

Factor de risco, define-se como uma característica de uma pessoa (demográfica, anatómica, psicológica, fisiológica) que aumenta a probabilidade (risco) de que essa pessoa desenvolva alguma manifestação da doença em consideração.

A lógica da intervenção sobre os factores de risco assume que se estes factores forem modificados a doença não acontecerá, o que a investigação tem mostrado ser, frequentemente, falso.

A noção de factor de risco faz hoje parte do vocabulário do dia a dia. Ouvimos falar de factores de risco a propósito de tudo. A investigação apresenta títulos como "*A survey of 246 suggested coronary risk factors*" (Hopkins & Williams, 1981). Considerando todos os riscos possíveis serão centenas. Então como usar o conceito? É um conceito importante porque é um elemento central na tomada de decisão.

Os factores de risco podem ser perspectivados de dois modos diferentes: os que são universais e constituem risco sempre, e aqueles que são factor de risco para condições únicas. O consumo de tabaco é um factor de risco relativamente consistentes sobre os malefícios que causa, enquanto o uso de cinto de segurança é específico para uma condição. Então, é possível focar o consumo de tabaco em programas de promoção da saúde ou de prevenção primária, enquanto o uso de cinto de segurança, dada a sua especificidade, já será apropriado em programas de protecção da saúde, ou de prevenção de mortalidade e morbidade por acidentes rodoviários. Diferenciaríamos então factores de risco gerais de factores de risco específicos.

Lloyd (2001) explica que há um viés na percepção de risco, que muitas pessoas compreendem mal o risco, e que, perante a informação precisa em termos de números, de percentagens, as pessoas recorrem a processos heurísticos para tomar decisões, recorrendo a atalhos que não tomam em consideração os valores precisos, utilizando antes os dados de forma qualitativa.

O conhecimento de risco para determinada doença é susceptível de aumentar o *distress*. Muitos indivíduos têm uma percepção inadequada do risco quer por sobre estimação quer por sub estimação do risco. Dooren (2004) numa investigação com mulheres sobre a relação entre precisão da percepção do risco da sua doença e *distress* verificou que das mulheres no grupo de maior risco, 60% tinham uma perspectiva precisa do risco, e que esta precisão diminuía quando o risco diminuía. Este estudo verifica que há uma associação estatisticamente significativa entre *distress* e percepção de risco (maior percepção de risco, mesmo que falsa, mais *distress*).

As pessoas preocupam-se com a possibilidade de adoecerem. Por exemplo em Portugal, Cabral, da Silva, e Mendes (2002) verificaram que cerca de 50% das pessoas se preocupam com o ter uma doença. Destas, 63% referem-se ao cancro, seguido da SIDA com 18%. São, por isso sensíveis às acções que desenvolvem e que possam constituir risco para qualquer dessas ou outras doenças.

No entanto Hay, Buckley, e Ostroff (2004) explicam que a preocupação com o cancro não é elevada entre a população, e que a preocupação dos profissionais com a prevalência de níveis de incapacitação provocadas por *distress* relacionado com o cancro são infundadas.

Andrykowski, Boerner, Salsman, e Pavlik, (2004). Explicam que as pessoas reagem de diversos modos a resultados de exames médios desagradáveis que descrevem como “monitores” (os que procuram informação relevante), “grosseiros” (os que evitam ou minimizam a informação) e “processamento de informação cognitiva – social sobre a saúde”.

## **A COMUNICAÇÃO E A TOMAR DECISÕES**

O fornecimento de informação é um aspecto básico em contexto de saúde e a comunicação é um aspecto central nessa informação. Tudo o que se passa no sistema de cuidados de saúde passa pela necessidade de recolha de informação por parte do sujeito que, para tal, recorre a várias estratégias. Aos profissionais de saúde compete informar o doente. O consentimento informado do doente é uma dimensão ética básica defendida em todos os sistemas de

saúde, embora «consentimento informado» possa significar coisas muito diferentes. Um aspecto básico a considerar é que há muitas maneiras de fornecer informação, por um lado, e, por outro, que os doentes recolhem sempre informação, nem sempre a mais adequada.

O contacto do doente com os contextos médicos faz-se com inúmeros profissionais que estabelecem com o doente um tipo de relação. Emanuel e Emanuel (1992) discutem modelos de relação com o doente tomando em consideração, a) os objectivos da interacção, b) as obrigações dos profissionais, c) os valores do doente, e d) o conceito de autonomia do doente.

Emanuel e Emanuel identificam quatro modelos relacionados com a comunicação e o fornecimento de informação: a) um modelo paternalista; b) um modelo informativo; c) um modelo interpretativo e; d) um modelo deliberativo, em que, e de acordo com muitos outros autores, consideram que o modelo paternalista é claramente inadequado.

## **TOMADA DE DECISÃO PARTILHADA**

Tomada de decisão em situação de risco acrescido, por se referir a tratamentos a seguir, tem sido designada por “tomada de decisão partilhada”. A tomada de decisão partilhada propõe-se discutir os modelos tradicionais de comunicação médico doente e as relações de poder implícitas.

Na prevenção secundária, ou seja, no contexto de doença mas focando principalmente a prevenção, Sheridan et al (2004) identificam dez termos para se referir à tomada de decisão dos quais assume como mais populares os termos “tomada de decisão partilhada” e “tomada de decisão informada”. Esta última define-se como o processo global de procura de informação relevante quer de fontes clínicas ou não clínicas, com clarificação independente ou não, de valores. A tomada de decisão partilhada, por sua vez, é um processo particular de tomada de decisão pelo doente e o seu médico no qual o doente 1) compreende o risco ou a gravidade da doença ou da condição a prevenir, 2) compreende a acção de prevenção, nomeadamente os seus próprios riscos, os benefícios, alternativas e incertezas, 3) pesa os seus valores relativamente

aos potenciais benefícios e problemas associados à acção, e 4) envolve-se na tomada de decisão num nível que deseja e no qual se sente confortável.

O apoio à tomada de decisão é um processo desenhado à medida do receptor e por isso deve tomar em consideração as características psicológicas do recipiente. Será que o sujeito deseja receber informação? Davey et al.(2002) num estudo em que visavam determinar a preferência pelo tipo de tomada de decisão sobre testes médicos verificaram que 94,6% do grupo estudado preferiam partilhar a decisão sobre o teste a fazer, e 91,2% sobre o tratamento em pé de igualdade com o seu médico, ou de ter um papel mais activo: somente entre 5,4% e 8,9% queriam que o médico tomasse as decisões por eles. Mais de 10% pretendiam tomar decisões sozinhos e cerca de 30 % pretendiam decidir depois de ouvir a opinião do médico. Estes resultados eram consistentes em todos os grupos de idade. 91,5% pretendiam informação acerca de resultados falsos e 95,6% pretendia resultados acerca de efeitos colaterais dos testes, mas muitos referiam que nunca recebiam tal informação. A maioria reconhecia que essa informação lhes aumentava o nível de ansiedade mas que queriam receber informação na mesma. Trata-se de um estudo com mulheres australianas com um nível de escolaridade elevado e portanto com maior capacidade de lidar com informação. Será que este argumento é adequado, ou seja, será adequado dizer que se dá menos informação ou se falsifica a informação porque as pessoas são menos literatas? Não nos parece: o que deve ser feito é adequar a informação (não traduzir a informação) às pessoas, a cada pessoa.

Esta perspectiva é incontornável dada a cada vez maior quantidade de fontes de informação disponíveis. Não é possível assumir-se que não dar informação, ou mascarar a informação para não chocar o indivíduo é a melhor solução porque as pessoas são ignorantes. Briss et al. (2004) reportam que entre 1998 e 2002, nos Estados Unidos da América a procura de informação relacionada com a saúde via Internet passou de 27% para 53%.

O tipo de exames de rastreio que devem ser realizados e as intervenções precoces são assuntos controversos. O que era aceite há pouco tempo é hoje contestado. Para muitas condições não há um tratamento indiscutível e com que todos concordem. Na maior parte dos casos a evidência questiona se

devem ser realizados rastreios e, quando são realizados e se encontram anomalias, se se deve intervir. Um exemplo da mudança de orientação pode ser ilustrado no título "*Screening for coronary artery disease in asymptomatic adults is not recommended, so why is it still done?*" (Carneiro, 2004).

O rastreio e a intervenção precoces estão estreitamente associados. De facto não faz sentido fazer rastreio se, em caso de se encontrar anomalias, não se está preparado para intervir. O *National Cancer Institute* dos Estados Unidos da América defende que o rastreio exige dois requisitos básicos para ser útil: a) devem existir técnicas ou procedimentos que detectem cancros mais cedo do que se o cancro fosse detectado numa fase sintomática; b) deve haver evidência de que o tratamento iniciado mais cedo em resultado do rastreio melhora os resultados da intervenção. Ou seja uma vez detectada a doença o indivíduo passa a estar doente e, uma vez com esta identidade, terá que ser tratado.

As pessoas acreditam que a intervenção precoce garante a eliminação da condição detectada. Como explica Welch (1996) a crença numa intervenção precoce é que: a) uma doença detectada cedo é fácil de erradicar; b) intervenções precoces parecem estar associadas a melhores resultados, nomeadamente porque as pessoas detectadas precocemente vivem mais tempo do que as que são detectadas tardiamente. Esta premissa é desafiada por cada vez mais autores como explica Welch, e são inúmeros os casos em que o rastreio e a intervenção precoce são contestados.

Um destes casos é o rastreio do cancro na próstata. Frosch, Kaplan e Felitti (2001) numa investigação experimental sobre fornecimento de informação acerca do teste marcador tumoral prostático para detecção de cancro na próstata, organizam quatro grupos de homens visando o fornecimento de informação sobre este exame, variando entre o fornecimento de informação de rotina até formas mais elaboradas de grupo para grupo, verificam que a tomada de decisão do grupo em que o fornecimento de informação e discussão foi mais elaborado reduz para metade a decisão de realizar o teste (o que é desejável dada a incerteza dos resultados)

## **TOMADA DE DECISÃO COMO PROCESSO COGNITIVO**

Que modelo adoptar no apoio à tomada de decisão quando as pessoas têm que lidar com uma provável doença (quer se trate de uma situação mais hipotética e distante como na promoção da saúde ou na prevenção primária, ou mais concreta no caso da prevenção secundária ou de uma condição sintomática mais ou menos avançada. Um dos modelos mais aceites e referidos na literatura é o Modelo de Auto-regulação.

Leventhal, Diefenbach e Leventhal (1992) propõem um modelo de explicação do modo que os indivíduos utilizam para lidar com o processo de adoecer e o respectivo tratamento, que denominam de *Modelo de Auto-Regulação*. O ajustamento à doença não ocorre no vazio. Há uma história do sujeito, uma cultura com regras, valores e conhecimentos, há uma sociedade, e há um indivíduo com as suas características. Adoecer implica uma organização cognitiva e emocional com organização da informação disponível. Leventhal, Nerenz e Steele (1984) referem três grandes fontes de informação em que as pessoas se baseiam para representar as doenças:

1. A primeira é o conjunto de informação geral disponível na cultura tal como a linguagem, que sugere sentidos específicos para doenças particulares, ou o modo como o próprio sistema de cuidados de saúde está organizado – ter de ir a um instituto de oncologia não é o mesmo que ir ao centro de saúde.
2. A segunda fonte de informação é a comunicação com o meio envolvente. A apreciação dos sintomas envolve a partilha de informação com as pessoas da rede social, tais como familiares, amigos, ou vizinhos. Esta partilha abrange a formulação de hipóteses acerca das causas, consequências, duração da doença, opções de tratamento e resultados do tratamento. A partir desta partilha o doente constrói um modelo da doença e elabora um plano de acção (desde não fazer nada a ir ao médico).
3. A terceira grande fonte de informação é a experiência pessoal do doente acerca da doença. Para compreender o modo como as pessoas se adaptam às ameaças à saúde é necessário tomar o ponto de vista do próprio sujeito; ou seja, defendem Leventhal *et al.* (1992), é necessário modelar as suas representações da ameaça, os processos que mobilizam para lidar ou gerir

com a ameaça e as questões que eles colocam para avaliar os resultados da sua acção. É necessário identificar e tomar em consideração as reacções emocionais que emergem e acompanham aquelas ameaças, como lidam com elas e os critérios utilizados na apreciação dos resultados. Finalmente, é necessário descrever como é que os processos emocionais interagem com as representações de doença e os processos pessoais para enfrentar e apreciar os resultados destas interacções.

Leventhal *et al.* (1992) desenvolveram um modelo que mostra dois sistemas de processamento maioritariamente independentes. Um expressa as representações psicológicas «objectivas» das ameaças à saúde com os seus processos de *coping* e os processos avaliativos, e a outra representa o sistema psicológico de processamento emocional «subjectivo» que desenvolve estados emocionais, processos de *coping* e regras de apreciação ou avaliação visando a gestão das emoções. Todo este processo decorre num contexto sociocultural próprio e num sujeito com determinadas características biológicas e psicológicas. Este bloco representa o sistema global de auto-regulação tal como os autores o propõem.

Leventhal e Cameron (1987) explicam que o processo decorre em três estádios: a) a representação cognitiva da ameaça à saúde, que inclui dimensões tais como identidade percebida (os sintomas e os rótulos que são atribuídos à ameaça), causa ou causas potenciais, consequências possíveis, e percepção de como a ameaça à saúde se desenvolverá ao longo do tempo; b) o plano de acção ou estádio de *coping*, no qual o indivíduo planifica e inicia um plano de acção; c) o estádio de avaliação no qual o indivíduo recorre a critérios próprios para avaliar e corrigir o processo de *coping*. Reacções emocionais, explicam estes autores, podem ocorrer em qualquer dos três estádios e o modelo defende que se desenvolvem planos de *coping* adicionais para controlar essas reacções emocionais

A adopção de um modelo como o de Auto-Regulação constitui um elemento facilitador para ajudar a tomada de decisão.