



C O L U M N A

La toma de decisiones compartidas en América Latina

Shared decision-making in Latin America

A tomada de decisão compartilhada na América Latina

<https://doi.org/10.46856/grp.22.e139>

Date received: July 21/ 2022
Date acceptance: August 28/ 2022
Date published: September 13 / 2022

Cite as: Palacios A. La toma de decisiones compartidas en América Latina [Internet]. Global Rheumatology. Vol 3 / Jul - Dic [2022]. Available from: <https://doi.org/10.46856/grp.22.e139>



COLUMNA

La toma de decisiones compartidas en América Latina

Alberto Palacios

Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología del Hospital de los Angeles Pedregal en CDMX, dr.apboix@icloud.com.

Palabras Clave: DECISIONES COMPARTIDAS, RELACIÓN MÉDICO PACIENTE, REUMATOLOGÍA

"Las decisiones compartidas en Medicina son el ideal al que todos aspiramos, médicos y pacientes por igual. "

Por aquellos años (mediados de los ochentas) en una institución pública decidimos en conjunto con el jefe de Enseñanza redactar un cuestionario para que los pacientes -la mayoría de ellos de escasos recursos- aceptaran participar en su proceso diagnóstico y su tratamiento de forma más activa. El cuestionario incluía también una crítica a las intervenciones médicas, la actitud del tratante y la atención paraclínica recibida a lo largo de su hospitalización.

En buena medida, aquellos enfermos crónicos -cirróticos, leucémicos, insuficientes renales o cardioneumópotos en su mayoría- nos miraban con una mezcla de recelo y estupor. Nadie nunca los había apercibido de que podían tomar decisiones o relevar a sus médicos de la autoridad intrínseca que ellos adjudicaban al manejo de sus padecimientos.

Casi todos habían llegado al nosocomio afectados gravemente, desconocedores de la fisiopatología que arrastraban y motivados por sus familiares para hacerle frente a algún síntoma inquietante: edema, palidez de tegumentos, sangrado de tubo digestivo, anemia o fiebre.

Recuerdo en particular a uno de ellos, don Artemio, que sufría de intensos dolores óseos por un mieloma múltiple, diagnóstico que escapaba a toda explicación asequible para su precario nivel sociocultural. Tratamos de hacerle saber que consistía en la presencia de células "alocadas" que se depositaban en el tuétano de sus huesos y, que al crecer de forma tan rápida y descontrolada, "ensanchaban" los huesos y los hacían más frágiles. Aceptó entonces cambiar su lecho de hospital por una cama de Stryker, de suyo aparatosa e inimaginable para un campesino como él.

Una noche, advertidos de que se movía constantemente en su cama helicoidal, lo que había provocado tres fracturas patológicas, nos acercamos para reclamarle. El diálogo siguió estos derroteros:

-Artemio, ya no puede ser, su calcio está por las nubes y cada día sus huesos están peor-, le increpó el residente de guardia.

-Es que usted no coopera, señor-, agregó otro.

-Sí, doctores-, replicó el paciente, en actitud sumisa -ustedes díganme con cuántos pesos me pongo a mano, yo siempre coopero.

Este intercambio, chusco como suena, refleja la supina incomunicación que solemos tener con los enfermos. Desde una perspectiva paternalista, pedirles a los pacientes que “cooperen” con su atención es colocarlos en una posición un tanto equívoca e inusitada. Tradicionalmente, los enfermos adoptan una actitud pasiva y demandante de atención a cambio de una guía, una directriz y una autoridad moral incuestionable de parte de sus médicos. Así que suponer que de un momento a otro, por una iniciativa políticamente correcta, les devolveremos la autonomía y los podremos empoderar, resulta un tanto ingenuo.

En países del Tercer Mundo, donde la participación ciudadana en las decisiones democráticas, institucionales o judiciales es magra y sujeta a diversos obstáculos, los más obvios de orden educativo, pretender que los pacientes se adueñen de su destino frente a la incertidumbre que conlleva un padecimiento agudo o crónico no es una tarea tan simple como pareciera por simple decreto.

En Estados Unidos, donde los lineamientos sociales y el ejercicio de una Medicina defensiva -ahogada por restricciones y amenazas legales- son la norma, resulta enteramente lógico que desde hace cuatro décadas se buscasen los consensos de los pacientes en el marco de la atención sanitaria (1). Eso redujo costos, permitió que las demandas judiciales se acotaran y ante todo, facilitó la atención clínica al favorecer una educación sobre la marcha y un uso más racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos. Contemplado así, el ejemplo es encomiable y digno de seguirse al pie de la letra.

Pero su implementación en sociedades menos plurales y más verticales, como las latinoamericanas u otras del Tercer Mundo, donde el autoritarismo sigue prevaleciendo en casi todas las esferas, no es tarea sencilla. Aquí los pacientes acatan la autoridad moral del médico sin miramientos, aún cuando puedan tener sus reservas acerca de la preparación o las mejores intenciones del doctor que visitan.

Estoy convencido de que las series de televisión norteamericanas han sido más instrumentales en provocar tal escepticismo que el propio ejercicio de la Medicina en nuestras latitudes.

La reciente pandemia de covid-19, cuya quinta oleada estamos padeciendo, trajo consigo una mayor participación de los legos en ciertas medidas preventivas y de salud pública. Nunca en la historia los seres humanos habían favorecido las inmunizaciones o las tomas de saturación digital de oxígeno, pulso o presión arterial en su domicilio como lo han hecho desde la primavera de 2020. El conocimiento adquirido al vapor en las redes sociales, antaño muy fragmentario, se ha refinado y los pacientes con cierto nivel cultural han aprendido a buscar síntomas y asociarlos antes de acudir a su consulta tanto para aportar elementos de juicio como para poner a prueba la actualidad científica de sus galenos.

Sin embargo, las decisiones compartidas en Latinoamérica no van a galope sino a trote. En buena medida, los propios médicos se resisten a abandonar su posición autoritaria y paternalista porque esto conlleva prestigio, beneficios sociales y redundancia en ventajas económicas respecto de rivales menos asertivos.

Yo he usado este paradigma con una alegoría en una publicación de 2018 basada en el intercambio asimétrico que aportara Fyodor Dostoyevsky en su capítulo de "El gran inquisidor" (2, 3). En este retablo, enfrentó a una estudiante de Medicina que se ve contrariada por el ocultamiento de un procedimiento fallido en un paciente con Poliarteritis nodosa y que la conduce a someterse a una diatriba del Jefe de Medicina, quien la increpa por su candidez y por pasar por alto los tres poderes de la Medicina, a saber: milagro, magia, autoridad.

Con esta información en mano, podemos sugerir que las decisiones compartidas en Medicina son el ideal al que todos aspiramos, médicos y pacientes por igual. Los primeros, porque nos restará una responsabilidad unilateral respecto del cúmulo de elementos diagnósticos y opciones terapéuticas que pueden presentarse antes casos complicados o donde se juega la integridad de un enfermo. Estos, porque al hacerse cargo de su salud -con las limitaciones obvias de sus conocimientos o el peso de la subjetividad- podrán sin duda ofrecer mejores escenarios de discernimiento y exigir a la vez la colaboración y orientación del médico en situaciones de conflicto.

El resultado idóneo debiera ser una perspectiva más amplia, duplicada y expandida, del proceso diagnóstico y terapéutico, con desenlaces más exitosos y menos onerosos para el enfermo o los proveedores de servicios de salud.

El ensayo natural ha ocurrido en el ámbito de la medicina privada, dado que el costo de atención y el nivel socioeconómico de quienes pueden adquirirla crean de suyo un escenario donde las decisiones no pueden (ni deben) ser arbitrarias o de espaldas a los enfermos y su familia. Me permito aquí una viñeta reciente para ilustrarlo.

El Sr. Lucio Stevens, hombre de negocios a cuyos familiares he tratado por distintos padecimientos agudos y crónicos, acudió conmigo aquejado de fatiga y molestias digestivas vagas. Sus exámenes de laboratorio (que traía consigo previo a la visita, habiendo él mismo decidido cuál sería la rutina más conveniente) no mostraban datos de alarma excepto por una ligera hiperglucemia y albúmina sérica en cifras marginales.

Es un hombre adusto, delgado, con una cultura práctica que aplica en su vida cotidiana y que a sus 63 años se jacta de hacer cuatro horas de ejercicio aeróbico cada semana, no fumar y no consumir más de tres copas de vino dos veces por mes. Trae consigo, además de los exámenes recientes, una carpeta que ha acumulado de sus chequeos médicos en los últimos cinco años, "por si quiere revisarlos". Pese a ser contemporáneos y conocer a su familia por más de una década, me trata con deferencia y evita tutearme.

El examen físico no agrega ningún dato conspicuo, pero ante su insistencia de que dominan sus molestias intestinales y que ha perdido peso y apetito, decido -con su aprobación expresa- hacer una tomografía de abdomen con contraste. Pocos días después, se presenta a mi oficina con las placas y un USB que dan cuenta de una tumoración en la cola del páncreas, heterogénea y que desplaza el conducto de Wirsung. La sospecha de una neoplasia maligna es lo primero que acude a mi mente y me debato por algunos minutos en qué términos y en qué tono debo plantearse a don Lucio para que tome acciones oportunas y no se vea avasallado por un diagnóstico ominoso.

El intercambio de ideas discurre así:

-Lo que veo aquí es una masa, un tumor en su páncreas, pero no puedo decir con seguridad si es maligno o benigno. ¿Qué opina, Lucio?

-¿Respecto de qué, doctor? ¿Me recomienda que me opere?

-Lo que yo puedo sugerirle es visitar a un colega mío experto en problemas de páncreas, quien decidirá con usted si debe biopsiarse o extirparse. Lo cierto es que es un hallazgo fortuito, Lucio, no tengo elementos para pensar en algo incurable.

-Eso me tranquiliza, doctor, pero quiero preguntarle: ¿qué haría usted en mi lugar si es cáncer?

-Yo me trataría de inmediato, Lucio. Hoy por hoy tanto la cirugía excisional como los tratamientos, quimioterapia o inmunoterapia, ofrecen buen porcentaje de remisión. Pero, insisto: no hay datos concluyentes de que se trate de un tumor maligno. Visite al Dr. Wong; le aseguro que es un profesional muy competente y muy ético. Desde luego, siéntase libre de consultar a quien usted prefiera.

-Gracias, doctor. Lo tendré al tanto.

Este ejemplo ilustra una situación clínica donde la decisión terapéutica, si bien guiada mediante una referencia directa del médico, deja el poder en el paciente para seguir su consejo u optar por otro destino y otras opiniones.

Quiero subrayar que se trata de un paciente informado, competente y con los recursos intelectuales y económicos para buscar alternativas que no están al alcance del grueso de nuestra población en Latinoamérica, donde la seguridad social es limitada y limitante.

Un diálogo así es poco común en hospitales públicos o en regiones donde la atención primaria es poco calificada. Sin embargo, creo con profunda convicción que se pueden implementar instrumentos y escenarios de abordaje diagnóstico y terapéutico donde las decisiones dejen de ser unilaterales y arbitrarias, donde los pacientes- por poca cultura que aporten -sean siempre dignos de decidir y optar por los tratamientos e intervenciones que mejor convengan a la magnitud de su problema clínico.

Los médicos, a mi juicio, debemos ser ante todo educadores y por ello, cuidar que nuestros incentivos profesionales, económicos o de prestigio, por válidos o justificables que nos resulten, se antepongan al beneficio concreto e inmediato de nuestros pacientes. La ética en el ejercicio de la Medicina se mide por los resultados de nuestros juicios e intervenciones clínicas, pero también por la proporción con que hacemos partícipes a nuestros pacientes del cuidado de sus cuerpos y su destino.

Referencias

1. Frosch, D.L. & Kaplan R.M. Shared decision making in Clinical Medicine: past research and future directions. Am J Prev Med 1999; 17 (4): 285 - 294.
2. Palacios Boix, Alberto. Espectro íntimos. Apuntes en torno al miedo. Siglo XXI editores, México, 2018. Págs. 13 - 23.
3. Dostoyevsky Fyódor. Los hermanos Karamazov. Parte II. Libro V. Capítulo V: “El gran inquisidor”. Aguilar, Madrid, 1953. Págs. 209 - 223.

COLUMNS

Shared decision-making in Latin America

Alberto Palacios

Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología del Hospital de los Angeles Pedregal en CDMX, dr.apboix@icloud.com.

Keywords: SHARED DECISION-MAKING, DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP, RHEUMATOLOGY

"Shared decision-making in medicine is the ideal to which both physicians and patients aspire."

Back in the mid-eighties in some public institution, together with the Chief of the Education Section, we decided to prepare a questionnaire for patients – most of them low-income – to agree to participate more actively in their diagnostic process and treatment. This questionnaire also included a space for critics and comments about the medical interventions, the physician attitudes and the paraclinical care received throughout their hospitalization.

Those chronically ill patients – cirrhotic, leukemic, those with kidney failure or cardiopulmonary disease – regarded us with a mixture of mistrust and apprehension. No one had ever told them that they could make decisions or relieve their physicians of the intrinsic authority they attributed to the management of their conditions.

Most of them had arrived at the hospital seriously ill, unaware of the pathophysiology they were living with, and motivated by their relatives to deal with some worrisome symptom: edema, pale skin, gastrointestinal tract bleeding, anemia, or fever.

I particularly remember one of them, don Artemio, who suffered from intense bone pain due to multiple myeloma, a weird diagnosis that escape any possible explanation for his precarious sociocultural level. We tried to explain him that this disease consisted in the presence of "crazy" cells deposited in the bone marrow that, by growing so fast and uncontrolled, "widened" the bones and made them more fragile. He then agreed to change his hospital bed for a Stryker bed, which was in itself a cumbersome and unimaginable for a peasant like him.

One night, noticing that he was constantly moving in his bed which has already caused three pathologic fractures, we approached him to ask him to stay still. The conversation went as follows:

-Artemio, please stop, your calcium levels are sky-high, and your bones are more fragile every day- the resident on duty said to him.

-Sir, you have to cooperate- added another one.

-Yes, doctors- don Artemio replied in a submissive attitude -I always cooperate.

This conversation, funny as it may sounds, reflects the lack of communication we tend to have with our patients. From a paternalistic perspective, when we ask patients to “cooperate” with their care, we are placing them in a somewhat confusing position. Usually, patients adopt a passive and demanding attitude toward care in exchange for guidance, direction, and unquestioned moral authority from their physicians. So, assuming that suddenly, by a politically correct initiative, we will give them back their autonomy and empower them, is somewhat naïve.

In developing countries where citizen participation in democratic, institutional, or judicial decisions is weak and subject to various barriers, most of them of educational nature, pretending that patients take control of their destiny in the face of the uncertainties that come with an acute or chronic condition is not as simple as it may seem.

In the United States, where social codes and the practice of defensive medicine -stifled by restrictions and legal threats- are the norm, it seems natural that for four decades patient consensus has been sought in the framework of health care (1). This practice has reduced costs, allowed lawsuits to be limited and, above all, facilitated clinical care by favoring on-the-fly education and a more rational use of diagnostic and therapeutic resources. In this light, it seems like a praiseworthy model to emulate.

But the implementation of this model in less pluralistic and more vertical societies, such as those in Latin America or other developing countries, where authoritarianism continues to prevail in almost all spheres, is no simple task. Here patients abide by the moral authority of the physician without question, even when they may have reservations about their qualifications or best intentions. I am convinced that American television series have been more instrumental in provoking such skepticism than the practice of medicine itself in our latitudes.

The recent covid-19 pandemic, whose fifth wave we have just entered, has led to increase participation of non-professionals in certain preventive and public health measures.

Never before in human history, people have encouraged immunizations or digital oxygen saturation or blood pressure measurements at home as they have since the spring of 2020. The knowledge acquired in social networks, once very piecemeal, has been refined and patients with a certain cultural level have learned to look for symptoms and associate them before coming to their consultation both to provide elements of judgment and to test how updated their physicians are.

However, shared decision-making in Latin America is going to a rather slow pace. To a large extent, physicians themselves are reluctant to abandon their authoritarian and paternalistic position since this entails prestige, social benefits, and even economic advantages over less assertive competitors.

I have used this paradigm with an allegory in a 2018 publication based on the asymmetrical exchange given by Fyodor Dostoevsky in his chapter "the Grand Inquisitor" (2, 3). In this story, he confronted a medical student who is displeased by the concealment of a failed procedure on a patient with polyarteritis nodosa, situation that leads her to undergo a diatribe by the Chief of Medicine, who tells her off for her candor and for overlooking the three powers of medicine, namely: miracle, magic, authority.

With this information at hand, we can suggest that shared decision-making in medicine is the ideal to which we all aspire, physicians and patients equally. The former, because it will reduce our unilateral responsibility with respect to the wealth of diagnostic elements and therapeutic options that may arise in complicated cases or where the integrity of a patient is at stake. The latter, because by taking care of their health -even with the natural limitations posed by their limited knowledge or the weight of subjectivity- they will undoubtedly be able to offer better discernment scenarios and at the same time demand the collaboration and guidance of the physician in situations of conflict.

The ideal outcome should be a broader, duplicated and expanded perspective of the diagnostic and therapeutic process, with more successful and less costly outcomes both for patients and health care providers.

A natural trial has taken place in the field of private medicine, since the cost of medical care and the socioeconomic level of the persons who can afford it create a scenario where decisions cannot (and should not) be arbitrary or secret to the patients and their families. Here is a recent story to illustrate this.

Mr. Lucio Stevens, a businessman whose relatives I have treated for different acute and chronic conditions, came to me complaining of fatigue and vague digestive symptoms.

His laboratory tests (which he had brought with him prior to the visit, having himself decided on the most convenient tests to be taken) showed no alarming data except for a slight hyperglycemia and serum albumin in marginal numbers.

He is a grim-looking, thin man, with a practical bent that he applies in his daily life. At 63 he boasts of doing cardio four hours per week, not smoking, and not consuming more than three glasses of wine twice a month. Besides the recent laboratory tests, he also brings with him a folder in which he has filed the results of his medical checkups over the past five years, "in case you want to have a look". Despite being contemporaries and knowing his family for more than a decade, he treats me with deference and avoids calling me by my first name.

The physical examination does not show any abnormal data but given his insistence about his intestinal discomfort and the fact that he has lost weight and appetite, I decide -after having his express approval- to perform an abdominal CT scan with contrast. A few days later, he came to my office with the plates and a USB stick that showed a tumor in the tail of the pancreas, heterogeneous and displacing the duct of Wirsung. The suspicion of a malignant neoplasm is the first thing that comes to my mind, and I debate for a few minutes how should I tell him so that he takes timely action and is not overwhelmed by an ominous diagnosis.

The conversation goes as follows:

-What I see here is a mass, a tumor in your pancreas, but I couldn't say for sure whether it is malignant or benign. What do you think, Lucio?

-Regarding what, doctor? Do you recommend surgery?

-What I can suggest is seeing a colleague of mine expert in pancreas problems and then you can decide together whether to do a biopsy or to remove it. The truth is that it is a fortuitous finding, Lucio, I have no elements to think of something incurable.

-That is reassuring, doctor, but I meant to ask you: What would you do in my place if it is cancer?

-I would start treatment immediately, Lucio. Nowadays, both excisional surgery and treatments, chemotherapy, or immunotherapy, offer a good percentage of remission. But I insist: there is no conclusive data that it is a malignant tumor. Visit Dr. Wong; I assure you that he is a very competent and very ethical professional. Of course, feel free to consult whomever you prefer.

-Thanks, doctor. I will keep you posted.

This case illustrates a clinical situation where the therapeutic decision, although guided by the physician, leaves the power in the patient to follow his/her advice or to seek other options and opinions.

It is worth noting that this is about an informed, competent patient who has the intellectual and economic resources to seek alternatives not always available for the bulk of the population in Latin America, where social security is limited and limiting.

Such a conversation is uncommon in public hospitals or in regions where primary care is underqualified. Nevertheless, I am convinced that it is possible to implement diagnostic and therapeutic instruments and scenarios where decisions are no longer unilateral and arbitrary and where patients, despite their level of knowledge, are always worthy of deciding and opting for the treatments and interventions that best suit the magnitude of their condition.

Physicians, in my opinion, should be educators first and foremost, and therefore we should be careful that our professional, economic, or reputational incentives, no matter how valid or justifiable they may be, do not get in the way of the concrete and immediate benefit of our patients. Ethics in the practice of medicine is measured by the results of our judgments and clinical interventions, but also by how much we involve our patients in the care of their bodies and their destiny.

References

1. Frosch, D.L. & Kaplan R.M. *Shared decision making in Clinical Medicine: past research and future directions*. Am J Prev Med 1999; 17 (4): 285 - 294.
2. Palacios Boix, Alberto. *Espectro íntimos. Apuntes en torno al miedo*. Siglo XXI editores, México, 2018. Págs. 13 - 23.
3. Dostoyevski Fiódor. *Los hermanos Karamazov*. Parte II. Libro V. Capítulo V: "El gran inquisidor". Aguilar, Madrid, 1953. Págs. 209 - 223.

COLUNA

A tomada de decisão compartilhada na América Latina

Alberto Palacios

Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología del Hospital de los Angeles Pedregal en CDMX, dr.apboix@icloud.com.

Palavras chaves: DECISÕES COMPARTILHADAS, RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE, REUMATOLOGIA

"As decisões compartilhadas na medicina são o ideal, aquilo que todos aspiramos, médicos e pacientes."

Naqueles anos (meados da década de 1980) em uma instituição pública, juntamente com o Diretor de Ensino, decidimos escrever um questionário para que os pacientes - a maioria com recursos limitados - concordassem em participar mais ativamente do seu processo de diagnóstico e tratamento. O questionário também incluiu uma crítica às intervenções médicas, a atitude do médico assistente e os cuidados paraclínicos recebidos ao longo da sua internação.

Em grande parte, aqueles doentes crônicos - cirróticos, com leucemias, insuficiência renal ou cardiopneumopatas na sua maioria - olhavam-nos com uma mistura de desconfiança e estupor. Ninguém jamais havia percebido que poderiam tomar decisões ou liberar aos seus médicos da autoridade intrínseca que eles atribuíam ao manejo das suas doenças.

Quase todos chegaram ao hospital gravemente acometidos, desconhecendo a fisiopatologia que carregavam e motivados pelos seus familiares a lidar com algum sintoma preocupante: edema, tegumento pálido, sangramento no trato digestivo, anemia ou febre.

Lembro-me particularmente de um deles, Don Artemio, que sofria de fortes dores ósseas devido ao mieloma múltiplo, diagnóstico que escapava a qualquer explicação possível para o seu precário nível sociocultural. Tentamos avisá-lo que consistia na presença de células "loucas" que se depositavam na medula dos seus ossos e, ao crescerem tão rápida e incontrolavelmente, "alargavam" os ossos e os tornavam mais frágeis. Ele então concordou em trocar a sua cama de hospital por uma cama Stryker, pesada e inimaginável para um camponês como ele.

Certa noite, avisados de que se movia constantemente no seu leito helicoidal, o que havia causado três fraturas patológicas, abordamos ele para reivindicá-lo. O diálogo seguiu os seguintes caminhos:

-Artemio, não pode continuar, o seu cálcio está no teto e os seus ossos estão piorando a cada dia-, o residente de plantão o repreendeu.

"É que você não coopera, senhor", acrescentou outro.

-Sim, doutores-, respondeu o paciente, em atitude submissa -podem me dizer quantos pesos eu coloco na mão, eu sempre coopero.

Essa troca, por mais bem-humorada que pareça, reflete a falta de comunicação supina que costumamos ter com os pacientes. De uma perspectiva paternalista, pedir aos pacientes que "cooperem" com os seus cuidados é colocá-los em uma posição um tanto errada e incomum. Tradicionalmente, os pacientes adotam uma atitude passiva exigindo atenção em troca de um guia, uma diretriz e uma autoridade moral inquestionável dos seus médicos. Então, supor que de um momento para o outro, por meio de uma iniciativa politicamente correta, vamos devolver a eles a sua autonomia e poderemos empoderá-los, é um tanto ingênuo.

Nos países em desenvolvimento, onde a participação cidadã nas decisões democráticas, institucionais ou judiciais é escassa e sujeita a diversos obstáculos, sendo os mais evidentes de natureza educacional, tentar fazer com que os pacientes assumam o seu destino diante da incerteza de que um quadro agudo ou crônico a doença não é uma tarefa tão simples quanto parece por simples decreto.

Nos Estados Unidos, onde as diretrizes sociais e a prática da medicina defensiva – sufocada por restrições e ameaças legais – são a norma, é lógico que há quatro décadas se busca o consenso dos pacientes no âmbito da assistência à saúde (1). Isso reduziu os custos, permitiu que as demandas judiciais fossem limitadas e, sobretudo, facilitou o atendimento clínico ao favorecer a educação permanente e o uso mais racional dos recursos diagnósticos e terapêuticos. Visto desta forma, o exemplo é louvável e merece ser seguido à risca.

Mas a sua execução em sociedades menos plurais e mais verticais, como a latino-americana ou outros países em desenvolvimento, onde o autoritarismo continua prevalecendo em quase todas as esferas, não é tarefa fácil. Aqui os pacientes obedecem à autoridade moral do médico sem questionar, mesmo que possam ter reservas sobre o treinamento ou as melhores intenções do médico que visitam.

Estou convencido de que as séries de televisão americanas foram mais instrumentais para provocar tal ceticismo do que a prática real da medicina nas nossas latitudes.

A recente pandemia de covid-19, cuja quinta onda vivemos, trouxe consigo uma maior participação de leigos em determinadas medidas preventivas e de saúde pública. Nunca na história os humanos favoreceram imunizações ou medições digitais de saturação de oxigênio, pulso ou pressão arterial em casa como tem feito desde a primavera de 2020. O conhecimento adquirido ao vapor das redes sociais, velho e fragmentado, foi refinado e pacientes com um certo nível cultural aprenderam a procurar sintomas e associá-los antes de ir à sua consulta, tanto para fornecer elementos de julgamento quanto para testar a relevância científica dos seus médicos.

No entanto, as decisões compartilhadas na América Latina não vão a galope, mas a trote. Em grande medida, os próprios médicos relutam em abandonar a sua posição autoritária e paternalista porque isso traz prestígio, benefícios sociais e resulta em vantagens econômicas sobre rivais menos assertivos.

Usei esse paradigma com uma alegoria em uma publicação de 2018 baseada na troca assimétrica fornecida por Fiódor Dostoiévski no seu capítulo sobre “O Grande Inquisidor” (2, 3). Nesse quadro, ele confronta uma estudante de medicina que se incomoda com a ocultação de um procedimento malsucedido em uma paciente com poliarterite nodosa e que a leva a se submeter a um problema do Chefe de Medicina, que a repreende pela sua inocência e por passar despercebida os três poderes da Medicina, a saber: milagre, magia, autoridade.

Com esta informações em mãos, podemos sugerir que as decisões compartilhadas na Medicina são o ideal a que todos aspiramos, médicos e pacientes. A primeira, porque reduzirá uma responsabilidade unilateral quanto ao acúmulo de elementos diagnósticos e opções terapêuticas que possam surgir diante de casos complicados ou em que esteja em jogo a integridade de um paciente. Estes, porque ao se encarregarem da sua saúde -com as óbvias limitações do seu conhecimento ou o peso da subjetividade- poderão, sem dúvida, oferecer melhores cenários de discernimento e ao mesmo tempo exigir a colaboração e orientação do médico em situações de conflito.

O resultado ideal deve ser uma perspectiva mais ampla, duplicada e ampliada do processo diagnóstico e terapêutico, com resultados mais bem-sucedidos e menos onerosos para o paciente ou para os prestadores de serviços de saúde.

O ensaio natural ocorreu no âmbito da medicina privada, já que o custo de atenção e o nível socioeconômico de quem poder adquiri-la criam um cenário no qual as decisões não podem (nem devem) ser arbitrarias ou sem levar em conta aos doentes ou familiares. Contarei um exemplo para ilustrá-lo.

O Sr. Lucio Stevens, um empresário cujos parentes tratei de várias doenças agudas e crônicas, veio até mim queixando-se de fadiga e queixas digestivas vagas. Os seus exames laboratoriais (que trouxe consigo antes da visita, tendo ele próprio decidido qual seria a rotina mais conveniente) não mostraram dados de alarme, exceto hiperglicemia discreta e albumina sérica em números marginais.

É um homem austero, magro, com uma cultura prática que aplica no seu dia a dia e que, aos 63 anos, gaba-se de fazer quatro horas de exercício aeróbico por semana, não fumar e não consumir mais de três copos de vinho duas vezes por mês. Além dos exames recentes, trouxe consigo uma pasta que acumulou dos seus exames médicos nos últimos cinco anos, "caso queira revisá-los". Apesar de ser contemporâneo e conhecer à sua família há mais de uma década, ele me trata com deferência e evita usar o seu primeiro nome.

A troca de ideias é assim:

-O que vejo aqui é uma massa, um tumor no pâncreas, mas não posso dizer com certeza se é maligno ou benigno. O que você acha, Lúcio?

"Sobre o quê, doutor?" Você recomenda que eu faça uma cirurgia?

-O que posso sugerir é visitar um colega meu que é especialista em problemas pancreáticos, que decidirá com você se deve ser biopsiado ou removido. A verdade é que é um achado fortuito, Lúcio, não tenho elementos para pensar em algo incurável.

-Isso me tranquiliza, doutor, mas quero lhe perguntar: o que você faria no meu lugar se fosse câncer?

-Eu me trataria imediatamente, Lúcio. Hoje, tanto a cirurgia excisional quanto os tratamentos, quimioterapia ou imunoterapia, oferecem uma boa porcentagem de remissão. Mas, insisto: não há dados conclusivos de que seja um tumor maligno. Visite ao Dr. Wong, garanto que ele é um profissional muito competente e altamente ético. Claro, sinta-se à vontade para consultar quem você preferir.

-Obrigado Dr. Vou mantê-lo atualizado.

Este exemplo ilustra uma situação clínica em que a decisão terapêutica, embora pautada por um encaminhamento direto do médico, deixa no paciente o poder de seguir o seu conselho ou optar por outro destino e outras opiniões.

Quero enfatizar que ele é um paciente informado, competente, com recursos intelectuais e econômicos para buscar alternativas que não estão ao alcance da maior parte da nossa população na América Latina, onde a previdência social é limitada e limitante.

Tal diálogo é raro em hospitais públicos ou em regiões onde a atenção primária é pouco qualificada. No entanto, acredito com profunda convicção que instrumentos e cenários de abordagem diagnóstica e terapêutica podem ser implementados onde as decisões deixem de ser unilaterais e arbitrárias, onde os pacientes - por mais pouca cultura que tragam - sejam sempre dignos de decidir e optar por tratamentos e intervenções que melhor se adequar à magnitude do seu problema clínico.

Os médicos, a meu ver, devem ser antes de tudo educadores e, portanto, zelar para que nossos incentivos profissionais, econômicos ou de prestígio, por mais válidos ou justificáveis que sejam, prevaleçam sobre o benefício concreto e imediato dos nossos pacientes. A ética no exercício da Medicina mede-se pelos resultados dos nossos ensaios e intervenções clínicas, mas também pela proporção com que fazemos com que os nossos pacientes participem no cuidado do seu corpo e do seu destino.

Referências

1. Frosch, D.L. & Kaplan R.M. *Shared decision making in Clinical Medicine: past research and future directions*. Am J Prev Med 1999; 17 (4): 285 - 294.
2. Palacios Boix, Alberto. *Espectro íntimos. Apuntes en torno al miedo*. Siglo XXI editores, México, 2018. Págs. 13 - 23.
3. Dostoyevski Fiódor. *Los hermanos Karamazov*. Parte II. Libro V. Capítulo V: "El gran inquisidor". Aguilar, Madrid, 1953. Págs. 209 - 223.