Multimorbilidade como desafio à decisão clínica

David Silvério Rodrigues[1,2]
[1] *Nova Medical School* | Faculdade de Ciências Médicas. *Person-Centered Research Group; Comprehensive Health Research Center*
[2] José de Mello Saúde - Hospital CUF Torres Vedras

A CIÊNCIA DAS DECISÕES MÉDICAS

Na base de todas as recomendações que fazemos às pessoas que nos consultam está um processo de decisão clínica. Existem autores que consideram a tomada de decisão como uma das competências mais importantes, se não a mais importante, dos médicos.[1,2] Decisões relativas a diagnósticos, tratamentos, estilos de vida, prevenção, cuidados médicos urgentes ou as várias dimensões da gestão de doenças crónicas são feitas todos os dias. A literatura médica revela que boas decisões clínicas correlacionam-se com maior segurança dos doentes e más decisões clínicas levam a considerável morbimortalidade.[3]

Apesar de raízes antigas, a aplicação da ciência da decisão na área médica tem apenas algumas décadas de investigação em andamento.[4] Houve contudo progresso e alguns modelos conceptuais sob os quais as decisões clínicas devem acontecer têm sido alvo de reflexão e discussão. O modelo centrado no paciente, a medicina baseada em evidência e a decisão informada e partilhada são os modelos que mais aceitação têm obtido junto da comunidade médica nas últimas décadas, particularmente na Medicina Geral e Familiar.[5-7] No entanto, a aplicação no terreno destes modelos conceptuais mantém inúmeras questões por resolver.[8] Ainda é longo o caminho a percorrer para atravessar o abismo que separa o que sabemos que devíamos fazer e o que realmente fazemos na prática médica.[9] E esta realidade é particularmente dura nas consultas nos cuidados de saúde primários, onde muitas decisões são tomadas a doentes cada vez mais complexos.[10]

A MULTIMORBILIDADE COMO UM NOVO CONTEXTO PARA A DECISÃO MÉDICA

À medida que a esperança média de vida aumenta, as pessoas acumulam doenças crónicas complexas que interagem com fatores biológicos, psicológicos e sociais, e resultam num amplo espetro de manifestações e necessidades clínicas.[11] A multimorbilidade é definida como qualquer combinação de uma doença crónica com pelo menos uma outra doença (aguda ou crónica), ou com um fator biopsicossocial (associado ou não), ou com um fator de risco somático.[12] A maioria das pessoas com mais de 65 anos tem duas ou mais doenças crónicas e a multimorbidade atualmente é a regra e não a exceção nas consultas de medicina geral e familiar.[13] Esta realidade tem sido alvo de vasta caracterização internacional e também nacional. Já em 2006 a Professora Isabel Santos, na sua tese de doutoramento revelava esta realidade como muito comum e alertava para a necessidade de formarmos médicos de família preparados para uma elevada capacidade de gestão da complexidade.[14] Mais recentemente, os colegas Filipe Prazeres e Luiz Santiago verificaram que 72,7% das pessoas consultadas nos centros de saúde nacionais têm duas ou mais doenças crónicas e 57,2% tem três ou mais.[15]

Apesar dessa realidade, historicamente, a educação e prática médicas focam-se no diagnóstico e tratamento de entidades nosológicas individualizadas que podem ser compreendidas de uma forma linear, portanto transponíveis para algoritmos de atuação e decisão e passíveis de serem monitorizadas.[11] Tal verificou-se também durante muitas décadas na investigação clínica e consequentemente nas normas de orientação clínica que excluíam ou ignoravam pessoas com multimorbilidade, focando-se em abordagens mono-doença.[16,17] Hoje em dia é reconhecido que a aplicação direta de recomendações pensadas para pessoas com uma única condição clínica é inadequada para pessoas com multimorbilidade. A evidência é clara no que diz respeito aos efeitos negativos da multimorbilidade.[10] Está associada à diminuição da qualidade de vida,[18] declínio funcional,[19] aumento da utilização de cuidados médicos, incluindo internamentos urgentes,[20] readmissões hospitalares[21] e morte prematura.[20,22] As pessoas com multimorbilidade necessitam entender e cumprir recomendações de vários médicos, incluindo a gestão de esquemas farmacológicos complexos, correndo elevados riscos de polifarmácia,[23-25] geralmente num contexto de elevada fragmentação de cuidados

e pouca colaboração.[26,27] Consequentemente, esses pacientes são expostos a uma carga de tratamento altamente disruptiva da sua vida[28,29] que origina sub-tratamento, sobre-tratamento ou erro médico.[11]

Os próprios sistemas de saúde continuam a promover cuidados de saúde mono-doença e consequentemente fragmentados. A cultura moderna de cuidados de saúde baseados na medição e escrutínio de uma variedade imensa de indicadores e outros produtos de ideologias industriais não é mais que uma clara manifestação dessa orientação mecanicista de uma medicina centrada na doença.[30] Se às normas de orientação clínica que definem objetivos e métricas adicionamos por um lado uma linguagem comum proveniente das classificações internacionais de doenças e por outro bons incentivos financeiros para atingir objetivos propostos obtemos uma receita eficaz na modelação de comportamentos e decisões clínicas. Se os objetivos olham para doenças e não para pessoas corremos não só o risco de futilidade nas nossas decisões mas, mais grave, o risco de prejudicar as pessoas que queremos ajudar.[11]

A realidade é que os médicos no terreno deparam-se com a necessidade de decidir com pessoas com multimorbilidade, lidando com uma elevada quantidade de informação e complexidade nesse processo. Este cenário promove elevados índices de incerteza nas decisões médicas.[31] Dito de outra maneira, perante este cenário de "dissociação evidência-realidade", qualquer estimativa de benefícios e malefícios associados às recomendações que os médicos fazem a pessoas com multimorbidade é um exercício rodeado de altos níveis de incerteza, desafiando os próprios fundamentos da medicina baseada em evidência e promovendo o erro médico.[32,33]

Impõe-se como essencial uma mudança de paradigma e que a métrica centrada na doença dê lugar a objetivos orientados para as pessoas, nos quais se valorizam sintomas, status funcional físico e funções sociais.[34] Neste contexto, a continuidade de cuidados, as preferências dos doentes e a valorização do julgamento clínico dos médicos integrado na melhor prova científica disponível surgem como pilares essenciais na gestão de pessoas com multimorbidade.[35] É essencial alinhar decisões fundamentadas pela melhor prova científica disponível com as preferências informadas dos doentes.[36]

DECISÕES INFORMADAS E PARTILHADAS COMO NOVO MODELO DE DECISÃO

Entende-se decisão informada e partilhada como uma "abordagem em que médicos e pacientes compartilham a melhor evidência disponível quando confrontados com a tarefa de tomar decisões, e onde as pessoas são apoiadas para considerar opções de forma a chegar a preferências informadas".[37] Esta abordagem demonstrou melhorar o conhecimento do paciente sobre a evidência referente às suas doenças e aumentar a satisfação, a autoconfiança e as competências da autogestão em saúde.[38] Este modelo de decisão implica no entanto que os médicos desçam do pedestal paternalista, reconheçam a incerteza como omnipresente na decisão clínica e encarem os doentes como parte ativa e essencial nessas decisões. Além da perspetiva ética de respeito pela autonomia dos doentes que impõe que sejam informados dos benefícios e riscos das decisões relacionadas aos seus cuidados de saúde,[39] parece ser uma abordagem especialmente importante para doentes com multimorbilidade.[40] Talvez assim consigamos corresponder ao desafio de oferecer cuidados de saúde relevantes e personalizados às pessoas com multimorbildiade.[41]

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Croskerry P. A Model for Clinical Decision-Making in Medicine. Medical Science Educator [Internet]. 2017;27(S1):9-13. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s40670-017-0499-9
2. Schwartz A, Bergus G. Medical Decision Making: A Physician's Guide [Internet]. Cambridge University Press; 2008. 238 p. Available from: https://play.google.com/store/books/details?id=3pe41SufOBMC
3. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. To Err Is Human: Building a Safer Health System [Internet]. National Academies Press; 2000. 312 p. Available from: https://market.android.com/details?id=book-Jj25GILKXSgC
4. Norman G. Research in clinical reasoning: Past history and current trends. Med Educ [Internet]. 2005;39(4):418-27. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02127.x
5. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ [Internet]. 1996 Jan 13;312(7023):71–2. Available from: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71
6. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med [Internet]. outubro 2012;27(10):1361–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6
7. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care: the patient should be the judge of patient centred care. BMJ: British Medical Journal [Internet]. 2001;322(7284):444. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc1119673/
8. Denton BT, Alagoz O, Holder A, Lee EK. Medical decision making: open research challenges. IIE Trans Healthc Syst Eng [Internet]. 2011 Jul 1;1(3):161-7. Available from: https://doi.org/10.1080/19488300.2011.619157
9. Wolfe A. Institute of Medicine Report: Crossing the Quality Chasm: A New Health Care System for the 21st Century. Policy Polit Nurs Pract [Internet]. 2001 Aug 1;2(3):233-5. Available from: https://doi.org/10.1177/152715440100200312
10. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. BMJ [Internet]. 2015;350. Available from: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h176
11. Tinetti ME, Fried T. The End of the Disease Era. 2003;179-85. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2003.09.031

12. Prazeres F, Santiago LM, Simões JA. Defining Multimorbidity: From English to Portuguese Using a Delphi Technique. Biomed Res Int [Internet]. 2015 Nov 23;2015:965025. Available from: http://dx.doi.org/10.1155/2015/965025
13. Fortin M. Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice. Ann Fam Med [Internet]. maio 2005;3(3):223-8. Available from: http://www.annfammed.org/cgi/doi/10.1370/afm.272
14. Santos MIP. Doente com Patologia Múltipla em Medicina Geral e Familiar: Comorbilidade de Quatro Doenças Crónicas [Internet]. Lisboa: BIAL; 2008. Available from: http://www.bial.com/imagem/PrémioBial.pdf?phpMyAdmin=G1SfUh4,2G4DhK4psnges,WGu99
15. Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. BMJ Open [Internet]. setembro 2015;5(9):e009287–e009287. Available from: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009287
16. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA [Internet]. 2005 Aug 10;294(6):716-24. Available from: http://dx.doi.org/10.1001/jama.294.6.716
17. Zulman DM, Sussman JB, Chen X, Cigolle CT, Blaum CS, Hayward RA. Examining the evidence: a systematic review of the inclusion and analysis of older adults in randomized controlled trials. J Gen Intern Med [Internet]. 2011 Jul;26(7):783–90. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s11606-010-1629-x
18. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2004 Sep 20;2:51. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-2-51
19. Bayliss EA, Bayliss MS, Ware JE, Steiner JF, Steiner JF. Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic medical conditions: what we can learn from the medical problem list. Health Qual Life Outcomes [Internet]. setembro 2004;2:47-47. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-2-47
20. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity : A systematic review of the literature. Ageing Res Rev [Internet]. 2011;10(4):430–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003
21. Condelius A, Edberg A-K, Jakobsson U, Hallberg IR. Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2008 Jan;46(1):41–55. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2007.02.005
22. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. BMJ [Internet]. 2012;345. Available from: http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5205
23. Duerden M, Avery T, Payne R. Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound London: The King's Fund [Internet]. 2013; Available from: https://www.researchgate.net/profile/Martin_Duerden/publication/275828926_Polypharmacy_and_Medicines_Optimisation_King's_Fund_Report_November_2013/links/554775bd0cf26a7bf4d9083f/Polypharmacy-and-Medicines-Optimisation-Kings-Fund-Report-November-2013.pdf
24. Guthrie B, McCowan C, Davey P, Simpson CR, Dreischulte T, Barnett K. High risk prescribing in primary care patients particularly vulnerable to adverse drug events: cross sectional population database analysis in Scottish general practice. BMJ [Internet]. 2011;342. Available from: http://www.bmj.com/content/342/bmj.d3514.long
25. Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, Seger AC, Peterson J, Burdick E, et al. Adverse drug events in ambulatory care. N Engl J Med [Internet]. 2003 Apr 17;348(16):1556-64. Available from: http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa020703
26. May CR, Eton DT, Boehmer K, Gallacher K, Hunt K, MacDonald S, et al. Rethinking the patient: using Burden of Treatment Theory to understand the changing dynamics of illness. BMC Health Serv Res [Internet]. junho 2014;14:281–281. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-281
27. Bodenheimer T. Coordinating Care — A Perilous Journey through the Health Care System [Internet]. Vol. 358, New England Journal of Medicine. 2008. p. 1064–71. Available from: http://dx.doi.org/10.1056/nejmhpr0706165
28. May C, Montori V, Mair F. We need minimally disruptive medicine. BMJ [Internet]. 2009;339(august):b2803-b2803. Available from: http://www.jstor.org/stable/25672492
29. Boehmer KR, Abu Dabrh AM, Gionfriddo MR, Erwin P, Montori VM. Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. PLoS One [Internet]. 2018 Feb 8;13(2):e0190852. Available from: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0190852
30. Berwick DM. Era 3 for Medicine and Health Care. JAMA [Internet]. 2016 Apr 5;315(13):1329–30. Available from: http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.1509
31. Boyd C, Smith CD, Masoudi FA, Blaum CS, Dodson JA, Green AR, et al. Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity [Internet]. Vol. 67, Journal of the American Geriatrics Society. 2019. p. 665-73. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/jgs.15809
32. Sinnott C, Hugh SM, Boyce MB, Bradley CP. What to give the patient who has everything? A qualitative study of prescribing for multimorbidity in primary care. Br J Gen Pract [Internet]. 2015 Mar;65(632):e184–91. Available from: http://dx.doi.org/10.3399/bjgp15X684001
33. Croskerry P. From Mindless to Mindful Practice - Cognitive Bias and Clinical Decision Making. N Engl J Med [Internet]. 2013;368(26):2445–8. Available from: http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1303712
34. Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care - an alternative health outcomes paradigm. N Engl J Med [Internet]. 2012; Available from: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1113631
35. Roland M, Paddison C. Better management of patients with multimorbidity. BMJ [Internet]. 2013;346. Available from: http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2510
36. McCormack J, Elwyn G. Shared decision is the only outcome that matters when it comes to evaluating evidence-based practice. BMJ Evid Based Med [Internet]. 2018 Aug;23(4):137-9. Available from: http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2018-110922
37. Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. BMJ [Internet]. 2010 Oct 14;341:c5146. Available from: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c5146
38. Da Silva D. Evidence: Helping people share decisions. A review of evidence considering whether shared decision making is worthwhile. 2012 June. London, England: Health Foundation.
39. Edwards A, Elwyn G. Evidence-based Patient Choice: Inevitable Or Impossible? [Internet]. Oxford University Press; 2001. 331 p. Available from: https://play.google.com/store/books/details?id=855pAAAAMAAJ
40. Sathanapally H, Khunti K, Kadam U, Siedu S. Shared decision making in multimorbidity [Internet]. Vol. 47, Australian Journal of General Practice. 2018. p. 397-8. Available from: http://dx.doi.org/10.31128/ajgp-01-18-4469
41. Heleno B, Silvério-Rodrigues D. Multimorbidity and the Challenge to Deliver Personalised and Meaningful Health Care. Portuguese Journal of Public Health [Internet]. 2019;37(1):I – III. Available from: https://www.karger.com/DOI/10.1159/000502270