



Método clínico centrado no paciente: a matriz da eficiência e da evidência

Paula Broeiro*

Retornar ao Método Clínico Centrado no Paciente, a essência de ser Médico de Família, não se coaduna com mudanças organizativas baseadas em lógicas de produção fabril. A ausência de especialização numa única técnica, num único aparelho ou sistema, num único grupo etário aliado à imprevisibilidade e necessária flexibilidade para uma adaptação à mudança, é, por vezes, difícil de investigar e pouco reconhecido numa sociedade que desvaloriza a relação e valoriza a técnica.¹

Neste editorial pretende-se relembrar que o que nos torna diferentes é uma matriz transversal da eficiência, independente do paradigma médico vigente. A demonstração do benefício desta matriz requer provas robustas, como dizia McWhinney em 1976: a Medicina Geral e Familiar (MGF), para ser aceite, deveria tornar-se menos pragmática, mais teórica e produzir mais investigação quantitativa.¹

A MGF é uma especialidade médica que não tem uma visão dualista, mente e corpo. Sem essa barreira artificial, a relação entre o paciente e o médico pode desenvolver-se através de muitos encontros para todos os tipos de doença. Ao examinar o corpo também estamos a atender à mente, pela expressão do sentimento (e.g., postura, movimento).¹ O Método Clínico Centrado no Paciente (MCCP) tem em conta as particularidades de cada pessoa que adocece e valoriza o papel terapêutico do médico; a abordagem holística do paciente e/ou da doença no seu contexto; o processo de raciocínio e tomada de decisão conducente ao diagnóstico tendo em conta as expectativas, sentimentos e medos do paciente.²⁻⁴ Em MGF, a proporção de pacientes que permanecem sem um diagnóstico específico é elevada porque os quadros clínicos se apresentam com

sintomas inespecíficos sendo a compreensão do paciente a chave do entendimento.^{2-3,5}

Existindo uma variabilidade de formas de abordagem clínica, tem sido difícil a operacionalização do que se entende por MCCP.² O cuidado centrado no paciente promove a qualidade das relações pessoais, profissionais e organizacionais e contribui para a participação ativa dos pacientes na consulta.⁶ O MCCP é uma abordagem que respeita as preferências do paciente e em que a comunicação tem efeito nos resultados de saúde, através da autoconfiança e da motivação para a mudança que podem contribuir para a adesão e autocuidado.⁶ Os médicos treinados mudam do paradigma da autoridade para o da parceria, solidariedade, empatia e colaboração que facilita a complexa integração da Medicina Baseada em Evidência (MBE).⁶

Há 20 anos, a MBE anunciou um “novo paradigma” de prática médica. Decorreram duas décadas de entusiasmo e financiamento que produziram numerosos sucessos de que a Asma é um exemplo. O exercício mimético e o raciocínio baseado no conhecimento teórico das ciências básicas foram substituídos por evidências de alta qualidade como ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais.⁷ A MBE tornou-se rapidamente uma comunidade intelectual enérgica, empenhada em tornar a prática clínica mais científica e, assim, alcançar cuidados mais consistentes e custo-efetivos e com maior segurança para os pacientes.⁷ A MBE tem sido implementada através de Orientações Técnicas, utilizadas para padronizar os cuidados médicos, não os individualizando. Na tomada de decisão trouxe um uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência.⁸ No entanto, desde o início, os críticos da MBE estavam preocupados com a ênfase na evidência experimental e no desvalorizar das ciências básicas e do conhecimento tácito que se acumula com a experiência clínica.

*Directora da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar



Hoje, ao invés do esperado, mas como alguns anteciparam, o conceito de MBE parece estar em crise porque:

- O volume das provas, em especial, das Orientações Técnicas se tornou incontrolável;
- Os benefícios na prática clínica são, por vezes, estatisticamente marginais;
- As regras, aparentemente inflexíveis, são orientadas para a doença e para a gestão, ao invés de centradas no paciente;
- As Orientações Técnicas, baseadas em evidência, não são orientadas para a complexidade da multimorbidade.⁷

Como poderemos melhorar a MBE? Fazendo do cuidado ao paciente a prioridade ética; exigindo provas individualizadas entendíveis por médicos e pacientes; tomando decisões partilhadas com os pacientes; baseando-se numa forte relação médico-paciente e nos aspectos humanos do cuidado.⁷

Muito progresso foi feito e vidas salvas através das revisões sistemáticas, sínteses e aplicação de evidências empíricas de alta qualidade. No entanto, a medicina baseada em evidências não resolveu os problemas a que se propôs, talvez porque o contexto económico, político, tecnológico e comercial complexo de saúde contemporânea tende a orientar a agenda baseada em evidências para as populações, as estatísticas, o risco e a certeza.⁷ Na tomada de decisão partilhada, os pacientes podem ficar confusos ou mesmo esmagados quando o exercício clínico é inadequadamente conduzido por protocolos algorítmicos, Orientações Técnicas verticais e metas populacionais.⁷ A grande variabilidade na aplicação prática da MBE continua a ser um problema. Todavia, a MBE está longe de ser um modelo fracassado, esta crise fê-la retornar aos princípios do MCCP⁷ e fez surgir um novo conceito: medicina baseada na competência cultural.⁸ A medicina baseada em competência cultural integra os princípios do cuidado ao paciente, com a compreensão das influências sociais e culturais que afetam a qualidade dos cuidados.⁹ Este conceito surgiu da desproporcionalidade dos resultados em saúde (e.g., doença cardiovascular, diabetes) associados a grupos minoritários, sendo os determinantes sociais da saúde implicados nessas disparidades.¹⁰

De certa forma, MBE e a medicina baseada em competência cultural são complementares para melhorar a

qualidade da prática médica, tal como a MBE, se integrada no MCCP, facilita a explicitação dos prós e contras entre opções terapêuticas.⁸

Stewart e colaboradores realizaram um estudo cujo objetivo foi determinar se o MCCP em cuidados de saúde primários (CSP) estava associado à melhor utilização de serviços de saúde.¹¹ A prática do MCCP foi determinada utilizando uma versão modificada do *Davis Observation Code* (DOC). A associação entre o MCCP e a diminuição da utilização de serviços foi estatisticamente significativa em quatro das cinco categorias avaliadas: consultas hospitalares ($p=0,0209$), hospitalizações ($p=0,0033$), exames complementares de diagnóstico ($p=0,0027$) e utilização de especialidades hospitalares ($p=0,0417$). A prática de cuidados centrados no paciente mostrou-se associada a uma redução do total de gastos em saúde estatisticamente significativa ($p=0,0002$).¹¹ Apesar das limitações identificadas pelos autores que impedem a generalização dos resultados, este estudo fornece uma base consistente para a prática duma medicina centrada no paciente.¹¹ Além disso, existem evidências emergentes de uma associação entre a comunicação centrada no paciente e a utilização eficiente de recursos médicos e realização de testes de diagnóstico.¹¹⁻¹² Uma possível explicação para a relação entre o MCCP e a diminuição da utilização de cuidados de saúde pode ser a diminuição da ansiedade pelos pacientes e o aumento da confiança nos médicos.¹¹⁻¹² A abordagem centrada no paciente é cada vez mais considerada um paradigma de qualidade internacional.¹² Identifica-se a importância do MCCP como essencial à eficiência porque:

- Estabelece pontes entre paciente e médico, entre a mente e o corpo, entre a saúde e a doença, entre a doença e o contexto;
- Integra a medicina baseada na competência cultural e a MBE;
- Facilita a aplicação individual da MBE.

A atualidade da preocupação de McWhinney quanto à necessidade de evidências provenientes de investigação leva-nos a pensar que, à semelhança da investigação translacional desenvolvida entre as ciências básicas e a investigação médica de ponta (e.g., oncofarmacologia), é indispensável uma translação equivalente com as ciências sociais, ciências da saúde (e.g., farmácia e tecnologias da saúde, engenharia bio-



médica) e a saúde pública. Esta tradução do conhecimento científico em ação para melhorar a saúde pública é já uma das prioridades para o *Control Disease Centre* (CDC) no campo das doenças crônicas.¹³

Urge implicar-nos na construção de evidências translacionais que suportem os potenciais benefícios (pessoais, sociais, económicos, bem como de saúde pública) do Método Clínico Centrado no Paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- McWhinney IR. William Pickles lecture 1996: the importance of being different. *Br J Gen Pract.* 1996;46(408):433-6.
- Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract.* 1986;3(1):24-30.
- Mendes-Nunes JM. Comunicação em contexto clínico [Internet]. Lisboa: [s.n.]; 2010. Available from: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mgfamiliar.net%2F_literature_41723%2Fcomunicacao-em-contexto-clinico&ei=ACYoVNWDHMef7gbi2YD4Dw&usg=AFQjCNHkdbi89Dflmjf0wqxtdzqpOrLGQ&sig2=uwYmaq48y9o0f4PU0sTWvw&bvm=bv.76247554,d.ZGU
- Brown J, Stewart M, McCracken E, McWhinney IR, Levenstein J. The patient-centred clinical method. 2. Definition and application. *Family Pract.* 1986;3(2):75-9.
- Frey JJ III. In this issue: back to basics: talking, listening, and low-tech primary care. *Ann Fam Med.* 2011;9(2):98-100.
- Epstein RM, Street Jr RL. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med.* 2011;9(2):100-3.
- Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N, Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ.* 2014;348:g3725.
- Hasnain-Wynia R. Is evidence-based medicine patient-centered and is patient-centered care evidence-based? *Health Serv Res.* 2006;41(1):1-8.
- South-Paul J, Axtell S, Betancourt JR, Blue AV, Garcia RD, Lie DA, et al. Cultural competence education. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2005. Available from: <https://www.aamc.org/download/54338/data/culturalcomped.pdf>
- Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, Fielding JE, Normand J, Task Force on Community Preventive Services. Culturally competent health-care systems: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2003;24(3 Suppl):68-79.
- Stewart M, Ryan BL, Bodea C. Is patient-centred care associated with lower diagnostic costs? *Healthc Policy.* 2011;6(4):27-31.
- Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med.* 2011;24(3):229-39. doi: 10.3122/jabfm.2011.03.100170
- Wilson KM, Brady TJ, Lesesne C. An organizing framework for translation in public health: the knowledge to action framework. *Prev Chronic Dise.* 2011;8(2):A46.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

director@rpmgf.pt