

Redefinindo a Relação Médico-Doente e o Papel da Comunicação Da Urgência da Mudança de Paradigma para uma Nova Cultura de Qualidade e Segurança

Redefining the Doctor-Patient Relationship and the Role Of Communication From the Urgency on Paradigm Change to a New Culture of Quality and Safety

Maria João Lobão

Palavras-chave: Qualidade de Cuidados de Saúde; Reforma dos Serviços de Saúde; Relações Médico-Doente
Keywords: Health Care Reform; Physician-Patient Relations; Quality of Health Care

"Patients can improve healthcare: it's time to take partnership seriously" ¹

Apesar dos serviços de saúde colocarem, do ponto de vista conceptual e ideal, o seu foco no cuidado à pessoa doente, isso não tem significado que eles estejam organizados segundo um modelo centrado no doente.² Muito pelo contrário. O paternalismo que tem caracterizado a prática médica, sobre o qual se tem firmado o *curriculum* formal e escondido³ dos médicos nas últimas décadas, tem relegado para um plano menor as dúvidas, preferências e medos dos doente e das respectivas famílias. Para além disso, a crescente evidência científica que se tem gerado à volta do tema, vem provar que uma má comunicação médico-doente/cuidador se traduz em piores resultados em termos de saúde, satisfação, adesão à terapêutica e compreensão da informação transmitida.^{2,4-7} Daqui resultam inevitavelmente cuidados de saúde inapropriados, pouco efectivos e com custos elevados,¹ para além de se gerar um ambiente facilitador de erros, muitas vezes fatais.^{2,4,6} O relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* publicado pelo Institute of Medicine em 1999,⁸ por exemplo, quantifica a mortalidade associada ao erro, nos EUA, em 44.000 a 98.000 mortes/ano, valor muito superior ao atribuído anualmente à infecção VIH/SIDA, acidentes de viação ou cancro.⁹ Independentemente da questionável imprecisão dos números,¹⁰⁻¹¹ a grandeza do que neles está implicado justifica uma reflexão aprofundada sobre este problema de Saúde Pública que, aliás, tem sido feita por muitas Instituições (Organização Mundial de Saúde, OMS; Institute Of Medicine, IOM; Institute for Healthcare Improvement, IHI; The Joint Commission International Center for Patient Safety) e Grupos de Investigação ligados a Universidades. A solução parece passar pelo essencial, numa espécie de *back to basics*. Os serviços de saúde e a prática médica, na qual se inclui a relação médico-doente, com grande enfoque na comunicação, tem de se descentrar do médico e da doença para efectivamente se centrar no doente. Nesta relação ele é, de facto, o elemento que melhor sabe e compreende a realidade da sua condição assim como o im-

pacto que a doença e respectivo tratamento têm na sua vida. Por este motivo, o olhar sobre o doente não pode ser paternalista mas antes de parceria, de total inclusão no processo de saúde/doença, num *continuum* que passa pela prevenção, tratamento, seguimento/gestão de doenças crónicas, processos de reabilitação/integração na vida activa. Sob este prisma, o doente transforma-se num elemento indispensável para ajudar a redesenhar os serviços de saúde, de forma a torná-los adaptáveis e adequados às suas próprias necessidades. Em 2001, o IOM tinha já estabelecido os cuidados centrados no doente como um dos 6 objectivos para o sistema de saúde, definindo-os, no documento *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*,¹² como *"Providing care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values and ensuring that patient values guide all clinical decisions."* A elaboração desta ideia, no tempo, conduziu, inclusivamente, ao desenvolvimento de um conceito ainda mais refinado, que Montori desenvolveu e ao qual designa de *Minimally Disrupted Medicine*.¹³ Refere-se à construção de programas tratamento individualizados que tenham em conta os objectivos e contextos específicos dos doentes, e que permitam adaptá-los à sua vida, de forma a que ela possa ser vivida com mais normalidade, minizando o *burden* da doença e do seu tratamento.

Muitas outras iniciativas têm vindo a ser desenvolvidas, além da já descrita. Pode citar-se também, a título exemplar, *The Choosing Wisely Initiative* (www.choosingwisely.org/) que reúne os esforços de médicos e doentes para o encontro de estratégias que reduzam o recurso a terapêuticas/intervenções pouco úteis e ineficazes. Ou a *ReshapeHealth* (www.radboudreshapecenter.com), através da qual é dada voz aos doentes, para uma reconstrução participativa e inclusiva da visão dos doentes face às necessidades de mudança nos serviços e nos sistemas de saúde.

Nenhuma das muitas iniciativas desenvolvidas seria possível

sem o desenvolvimento de competências comunicacionais, reconhecidas como elo essencial em todo este processo. A comunicação médico-doente, por exemplo, tem sido e continuará a ser a chave na prestação de cuidados,⁴⁻⁶ uma vez que é o meio através do qual se obtém a informação essencial ao juízo diagnóstico, se constrói uma relação de aliança terapêutica, se decidem planos de intervenção, se desenvolvem estratégias para assegurar a *compliance*, se reforçam atitudes e se ajuda na mudança de comportamentos. O IOM, por exemplo, emanou um documento, em 2011, designado *Patient-Clinician Communication: Basic Principles and Expectations* que destaca isso mesmo. No âmbito da comunicação médico-doente têm já sido desenvolvidas experiências inovadoras interessantes. Os EUA são pioneiros nessa área e deles importámos modelos de aprendizagem baseados na simulação, através dos quais é possível o treino de modelos de entrevistas adequados a diferentes contextos (entrevista centrada no doente, Protocolo SPIKES para as más notícias, entrevista motivacional para doentes com patologias crónicas, manejo comunicacional de emoções, entre outros).⁷ Sabemos hoje, também, que é possível “treinar” doentes crónicos, recorrendo a “médicos simulados”, uma experiência em curso na Clínica Mayo, da qual se aguardam resultados. Há muito que, enquanto médica, me deparo com estas questões. Provavelmente desde os tempos de formação pré-graduado em que (e já nessa altura) me parecia grande o fosso entre a aprendizagem teórica e a exigência prática do dia-a-dia. A complexidade dos doentes não se resume à soma de doenças diagnosticáveis e tratáveis, individualmente descritas nos manuais. O paternalismo, caldo de cultura da grande maioria dos médicos portugueses actualmente a exercer a profissão, não responde às necessidades dos doentes e do sistema. A evidência actual exige uma cultura de segurança e qualidade, que não foi integrada no nosso ADN.

O reconhecimento dos erros e das necessidades é o maior motor de mudança. E ela urge. *Let the patient revolution begin*, como diz Richards, Montori e Goodle, dando título ao artigo publicado, em 2013, na BMJ.¹ Deixemos. Porque, com ela, mudaremos todos e daremos um passo em frente para uma nova e necessária cultura de qualidade e segurança. ■

O presente manuscrito é uma adaptação de um trabalho elaborado no âmbito da disciplina de Segurança do Doente e Gestão de Risco do 16º Curso de Mestrado de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Agradecimentos

A autora agradece ao Prof. Dr. Paulo Sousa, docente da Escola Nacional de Saúde Pública.

Conflitos de Interesse: O autor declara a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo

Correspondência: email: lobao.mj@gmail.com

Recebido: 12.05.2015

Aceite: 08.06.2015

Bibliografia

1. Richards T, Montori VM, Godlee F, Lapsley P, Paul D. Let the patient revolution begin. *BMJ*. 2013;346:f2614.
2. Institute for Healthcare Improvement: Delivering Great Care: Engaging Patients and Families as Partners. [consultado em 14 maio 2014] Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/Delivering-GreatCareEngagingPatientsandFamiliesasPartners.aspx>
3. Lobo Antunes, J. O currículo escondido. Memória de Nova Iorque e outros ensaios. Lisboa: Gradiva; 2002.
4. Santos MC, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Rev Port Saúde Pública*. 2010;10:47-57.
5. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd ed. Oxford: Radcliffe; 2005.
6. Goold SD, Lipkin M. The doctor-patient relationship. Challenges, Opportunities, and Strategies. *J Gen Intern Med*. 1999;14 Suppl 1:S26-33.
7. Mota Cardoso R, coordenador. Competências Clínicas de Comunicação. 1ª ed. Porto: FMUP, Unidade de Psicologia Médica; 2012.
8. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: Building a safer health system. Washington: National Academies Press; 2000
9. Vincent C. Understanding and Responding to Adverse Events. *N Engl J Med*. 2003;348:1051-6.
10. McDonald CJ, Weiner M, Hui SL. Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine report. *JAMA*. 2000;284:93-5.
11. Sox HC Jr, Woloshin S. How many deaths are due to medical error? Getting the number right. *Eff Clin Pract*. 2000;3:277-83.
12. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chiasm: A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academies Press; 2001.
13. Montori M, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ*. 2009;339:b2803.