

MEDICINA CRIANDO EVIDÊNCIA

Ana Fonseca¹, Manuel Cardoso de Oliveira¹

1. UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

O planeamento e a gestão dos sistemas operativos dos cuidados de saúde tratam apenas de uma parte dos desafios que se lhes colocam e ignoram por vezes o facto de muitos conhecimentos exigidos para o tratamento de doentes serem incompletos e estarem em constante fluxo. Como se sabe, a pesquisa científica tem capacidade para gerar novos conhecimentos e estes têm potencialidades para reformar a prática médica a um ritmo vertiginoso, mas a natureza experimental dos cuidados é uma fonte de novos contributos para curar as doenças e aliviar o sofrimento. Embora os cuidados quotidianos sejam geralmente experiências que solucionam os problemas dos doentes individualmente, com a sua configuração e contexto próprios, ocasionalmente eles dão origem a conhecimentos de maior âmbito e generalizáveis sobre uma doença, um tratamento ou um modo de organizar os serviços de saúde. É claro que o conhecimento obtido a partir da prática permanece habitualmente tácito, apropriado apenas pelo clínico ou até pelo doente e o que fica garantido é a maior riqueza da experiência dos profissionais em causa. Por isso diz-se que a capacidade de gerar, captar, disseminar e implementar novos conhecimentos em contextos fundamentais para o exercício da clínica pode obter-se não só da literatura médica, mas também da prática profissional. Falamos portanto de uma evidência criada pela prática médica, isto é medicina criando evidência. A medicina tem efetivamente uma longa tradição de inovar e aprender com as práticas médicas. A quantidade de observações ocasionais que levaram à aquisição de novos conhecimentos é bem conhecida mas só com o desenvolvimento do método científico é que se registaram avanços substanciais que consagraram práticas de maior rigor e mais comprovada eficácia.

Apesar da força com que a medicina baseada na evidência se impôs, a verdade é que se continua a obter importantes contributos a partir da prática médica. Esta realidade obriga a uma criteriosa gestão e translação do conhecimento. Poder-se-á dizer que os novos conhecimentos são fundamentalmente criados pela investigação científica e a experiência clínica e refinados em certas circunstâncias por ensaios randomizados e controlados. Como amplamente vem sendo referido, há uma distância significativa entre conhecimento e prática. O processo de translação para a prática do conhecimento tem desigualdades e é infelizmente muito lento. O tempo que decorre entre a publicação e a aplicação prática pode chegar a demorar 17 anos.¹ Claro que consoante o tipo de conhecimento (tácito ou explícito, iterativo ou sequencial), assim podem variar os seus fluxos. Apesar de importantes, só muito recentemente a gestão e a translação do conhecimento mereceram a atenção que a sua relevância justifica.

Qualquer sistema de aprendizagem na área da saúde compreende actualmente o recurso a tecnologias modernas de informação e comunicação que tenham em conta as suas especificidades. Actualmente fala-se cada vez mais nas *boutiques* de órgãos ou doenças (cardiovascular, neuromusculares, especialidades cirúrgicas, materno-infantil, cuidados intensivos, oncologia, medicina preventiva, cuidados primários). Alguns destes grupos estão centrados numa doença ou grupo de doenças como seja o caso do sistema cardiovascular que inclui a doença isquémica, a insuficiência cardíaca, a hipertensão e a cirurgia cardiovascular. Cada um destes programas clínicos tem naturalmente uma administração autónoma que constitui um meio de gestão muito mais adequado para as exigências dos tempos atuais. A implementação de processos clínicos padronizados e a gestão

da aprendizagem são outros componentes, cada um com as suas próprias estruturas e processos, interagindo uns com os outros, para reforço global.

A iniciativa estruturada para captar novos conhecimentos a partir da prática - compreendendo o planeamento deliberado de estruturas e processos e seleção de ferramentas apropriadas - tem potencialidades para aumentar a taxa de aprendizagem, estruturar problemas não estruturados, determinar que problemas são mais adequados para cuidados iterativos ou sequenciais e assegurar que o que estamos a aprender tem acuidade, é válido e útil. Dado que assim as organizações aumentam a sua *accountability* para os *outcomes* dos cuidados de saúde (cura da doença e diminuição do sofrimento), o conhecimento necessário para prestar cuidados torna-se uma vantagem organizacional e individual, e por consequência uma iniciativa deliberada para criar e usar novos conhecimentos clínicos e operacionais. Com efeito, isto significa explicitamente tratar a medicina como criadora de evidência assim como baseada na evidência.

O estilo com que se apresentam muitas publicações relacionadas com a saúde tem uma ressonância negativa: crise, desafios permanentes aos sistemas de saúde, aumento dos custos, incerteza, complexidade, falta de fiabilidade, conflitos permanentes a todos os níveis, lideranças pouco esclarecidas, insegurança, exigências desmedidas, e até os avanços científicos e tecnológicos exponenciais são acusados de conduzirem, por vezes, a fragmentações indesejáveis. Havendo alguma verdade nestas acusações, também é certo que registamos melhorias em vários sectores da saúde e não nos podemos deixar arrastar por discursos miserabilistas. No entanto, teremos de reconhecer que a organização e os cuidados de certas áreas da saúde necessitam

de ser acautelados, bastando para o confirmar a falta de integração entre os seus diversos sectores. Tem sido, efetivamente, ineficaz a atenção ao modo como na saúde se processa a organização.

Os comportamentos clínicos constituem um pilar fundamental de qualquer sistema de saúde. A par daqueles que estão consagrados pelos bons e até excelentes resultados que nalgumas áreas de referência se vão obtendo, é também verdade que muitos dos comportamentos pecam por práticas excessivas, deficientes ou erradas. Reconhece-se que o estado dos conhecimentos médicos e a incerteza têm uma enorme influência nas práticas profissionais. Muitas vezes não sabemos o que fazer, outras não fazemos o que sabemos (os conhecimentos existem mas não são aplicados) e finalmente, mesmo quando sabemos o que há a fazer, e fazemos o que sabemos, não o fazemos corretamente. Todos nós podemos retrospectivamente identificar intervenções sem quaisquer benefícios ou terapêuticas reconhecidamente apropriadas e que não são usadas. E também é verdade que entre a descoberta de novos conhecimentos e a sua aplicação prática podem, como vimos, decorrer muitos anos.

Com o começo, nos anos 70, das acreditações das unidades de saúde iniciou-se um período que mais claramente se preocupou com questões organizacionais, inspirando-se em modelos já testados em unidades industriais de cariz muito diverso do da saúde. A necessidade de iniciativas mais efetivas e mais eficientes era premente, mas nem sempre foram acauteladas as especificidades próprias do sector da saúde. Em Portugal as acreditações das unidades de saúde iniciaram-se um pouco mais tarde e infelizmente não se aproveitaram lições colhidas noutros países quanto à necessidade de corrigir algumas orientações. Mas o movimento imparável para que se diminuísse a

excessiva carga burocrática daqueles processos e a consagração da necessidade de acautelar devidamente a qualidade clínica vieram dar um carácter de equilíbrio indispensável nomeadamente a partir da transição dos séculos XX para XXI com as sempre citadas obras – “*To err is human*” e “*Closing the quality chasm*”.

Há quatro elementos que interagem uns com os outros e são fundamentais para um sistema de prestação de cuidados: conhecimentos médicos, processos, desempenhos profissionais e organizações.² Como se sabe, um sistema é um conjunto de vários componentes que interagem uns com os outros para que se atinjam determinados objectivos. Os sistemas de saúde não fogem à regra, mas alguns não obedecem de todo àquela definição pois apresentam insuficiências que, apesar de com o andar do tempo se terem mitigado, continuam a manifestar-se de forma muito visível. Há até quem diga que apesar dos vultuosos investimentos feitos para corrigir muitas anomalias pouco se tem progredido. Mas a verdade é que a importância dos conhecimentos médicos nos sistemas de saúde é indiscutível. Efetivamente passámos de práticas artesanais, não imbuídas de espírito científico, para um tempo novo em que os conhecimentos ganharam mais especificidade. E com eles os próprios cuidados.

Não obstante, torna-se oportuno lembrar que os cuidados de saúde durante muitos anos foram essencialmente um processo experimental, e o seu processamento tinha fortes características iterativas, consistindo nas múltiplas espirais de *feedback* e de ciclos de testar e retestar, únicos para cada doente. A incerteza que rodeava a prática clínica exprimia-se em probabilidades. Com a expansão da medicina científica os caminhos para resolver problemas (necessidade que ganhou maior expressão a partir dos anos

50) dividiram-se entre o tipo iterativo (arquitetando uma solução única para um problema menos bem caracterizado) e o tipo sequencial (aplicando uma solução preformada e pretestada para um problema bem conhecido). Com estes avanços, e sem perder o seu forte carácter experimental, a prática clínica ganhou especificidade.²

Os profissionais mais diretamente ligados à saúde, apesar de disporem actualmente de muito melhores condições científicas e técnicas para os seus desempenhos, têm, no entanto, de responder a novos desafios. Os cuidados de saúde passaram a estar centralizados nas necessidades dos doentes, os protagonismos individuais cederam o seu lugar às equipas multidisciplinares, a pleora informativa obriga a rigorosos critérios de seleção (sem nunca esquecer que informação não é conhecimento), a especialização crescente tem criado fragmentações que podem atentar contra a natureza unitária do doente. Por isso as pressões do escrutínio sobre o modo como os desempenhos profissionais se desenrolam nunca como agora estiveram na ordem do dia.

É bem sabido que ao longo de muitos anos tem havido um divórcio entre medicina e gestão. Com os processos de acreditação, inicialmente a tónica sobre os custos e sobre os desperdícios era muito forte e infelizmente pertinente. Não surpreende, pois, que muitos cursos de pós-graduação estivessem especialmente voltados para a economia e gestão das unidades de saúde, à boa maneira do sinal dos tempos. Mas o imperativo para mudar fez-se sentir. Efetivamente quando se fala da gestão da saúde não nos podemos limitar à gestão financeira. Muitas outras áreas necessitam de ser geridas: os conhecimentos e a sua translação para a prática, os recursos humanos, o stress e a complexidade, os conflitos e a conciliação de interesses, a comunicação nas suas diversas interfaces, a

gestão dos cuidados, o plenamente estratégico e o *marketing*.

A gestão é de facto uma atividade complexa que implica a coordenação de vários recursos (humanos, físicos, financeiros) para que se produzam bens ou serviços que sejam úteis e possam ser oferecidos a preços competitivos.

Por isso a gestão tem de ser concebida sem fronteiras rígidas e estar atenta aos diversos elementos que a influenciam, dando particular realce aos fatores humanos. É um processo de grande amplitude que começa no planeamento e passa pela implementação e controlo.

REFERÊNCIAS

1. Balas E., A. e Boren S.A., Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement, in Yearbook of Medical Informatics: Patient-Centered Systems. Eds. J. H. Van Bommel and A. T. McCray. Stuttgart: Schattauer, 2000, 65-70.
 2. Bohmer, R.M.J., Designing Care, Aligning the Nature and Management of Health Care, Harvard Business Press, 2009.
-