Pesquisa Qualitativa em Saúde e a Medicina Centrada no Paciente

Marcos Almeida Matos¹

Ao longo do tempo, a pesquisa científica tem sido a base para o exercício profissional na área de saúde. Metodologias sistematizadas, guidelines baseados em artigos científicos, medicina baseada em evidência e outras iniciativas sedimentaram a medicina tecnológica, cujas práticas centradas no conhecimento técnico-científico ainda são o modelo prevalente nos dias atuais. Ocorre que, em recentes anos, a maioria dos pesquisadores concordam que este modelo não satisfaz plenamente os anseios de médico e pacientes. Exames em excesso, custo da tecnologia e afastamento nas relações humanas com os pacientes são os principais problemas. Iniciativas atuais, tais como o chamado “choosing wisely”¹, vêm tentando retomar o conceito de medicina centrada no paciente, reconhecendo a individualidade do tratamento e questões como necessidade de contemplar a perspectiva subjetiva de cada pessoa. Neste editorial, vamos focar no importante papel da pesquisa qualitativa e semiquantitativa em saúde, na tentativa de olhar os procedimentos médicos sob a ótica do paciente e não dos profissionais da área de saúde.

O grande avanço tecnológico na área de saúde tem contribuído sobremaneira com o gerenciamento do diagnóstico e da terapêutica. Ressonância magnética, ecocardiografia, PET-Scan, dentre centenas de exames e procedimentos, são indispensáveis às boas práticas médicas e, de certa maneira, têm conduzido o pensamento clínico na tomada de decisões. A objetividade dos dados obtidos por tais avaliações permite indicar com muita certeza alterações de ordem anatômica e fisiopatológica. Avaliações clínicas baseadas na objetividade tecnológica também são essenciais para a análise dos resultados terapêuticos das intervenções médicas. Cada vez mais dependemos da tecnologia e das metodologias que quantificam, classificam ou demonstram alterações invisíveis ao mais experiente dos clínicos.

A dependência de exames complementares e de guias de condutas clínicas baseadas em métodos objetivos e quantitativos tem afastado os profissionais de saúde não só da relação humana com o paciente, mas também da visão de que o tratamento deve também levar em consideração aspectos subjetivos específicos para cada indivíduo. As avaliações clínicas baseadas em modelos quantitativos sem dúvida são fundamentais, mas, ainda assim, são incapazes de evidenciar o real impacto dos procedimentos na vida dos pacientes. Um tratamento objetivamente bem-sucedido, baseado nas melhores evidências clínicas, pode não oferecer aos indivíduos a satisfação esperada. Isto significa que muitos procedimentos clinicamente corretos, de acordo com modernos guidelines, são desastrosos e podem produzir resultados negativos sob a perspectiva individual dos sujeitos tratados.

A diferença entre avaliações clínicas subjetivas e objetivas explicaria o motivo pelo qual pessoas têm ficado cada vez mais insatisfeitas com procedimentos médicos tidos como adequados. Na avaliação subjetiva, são levados em conta as expectativas individuais e os impactos reais das terapêuticas na vida dos sujeitos. Aqui não importa se o procedimento é de última geração ou baseado em evidências científicas de nível I, ou ainda se seus resultados são anatomicamente e fisiologicamente excelentes. O importante é saber o que o indivíduo submetido a tal tratamento sente, pensa, espera, deseja ou sofre em consequência do procedimento.

Instrumentos de medida qualitativos são capazes de detectar se terapêuticas clínicas adequadas geram felicidade, satisfação ou mesmo melhor qualidade de vida ao paciente. Ou exatamente o contrário, se tais terapêuticas, ainda que recomendáveis universalmente, geraram infelicidade, insatisfação, mostrando-se desastrosas para a qualidade de vida. Este é o caso, por exemplo, de pacientes que se submetem a artroplastias e continuam insatisfeitos com os resultados ou

de ressecções neoplásicas que aumentam o sofrimento do paciente sem trazer qualidade de vida ou aumento de sobrevida².

As metodologias clínicas subjetivas, entretanto, também podem e devem ser quantificadas para serem palatáveis e adequadas ao cartesianismo do profissional da saúde, acostumado desde a faculdade a medidas quantitativas numéricas. Desta forma, avaliações subjetivas, tais como qualidade de vida relacionada à saúde, limitações de vida diária ou impactos de tratamentos, devem ser avaliadas por metodologias e instrumentos semiquantitativos ou quantitativos. Devem fornecer medidas de valores classificáveis numericamente como melhores ou piores, ainda que necessariamente não precisassem ser assim.

Muitos profissionais poderiam alegar falha na acurácia de instrumentos que medem a subjetividade. Como garantir que realmente existe uma medida de satisfação a um tratamento; o que significaria qualidade de vida relacionada à saúde baseada em questionários. Ocorre que muitos esquecem que mesmo os instrumentos puramente quantitativos trabalham com probabilidade e não com certezas. Por exemplo, dislipidemia significaria uma doença verdadeira ou uma probabilidade de adoecer; também não é possível saber com certeza se uma dosagem de glicose acima do normal significaria certeza de diabetes. A probabilidade é tanto maior quanto mais intensa for a medida, tanto para métodos objetivos quanto subjetivos.

Nas medidas clínicas objetivas, chamamos de acurácia a capacidade de diferenciar doentes de não doentes, baseados na sensibilidade e especificidade da avaliação. Nas medidas subjetivas, a acurácia é substituída pela validade³. Quanto maior a probabilidade da validade e da acurácia, maior a chance de que a variável medida esteja correta. Para que se tenha uma ideia, a acurácia da ressonância magnética na identificação da hérnia discal está em torno de 60%⁴. Mesmo assim, aceitamos corriqueiramente este exame como “padrão-ouro” para o diagnóstico. Talvez tenhamos, entretanto, dificuldades em aceitar que uma avaliação da qualidade de vida medida como 20% pelo questionário WOMAC possa realmente indicar grave sofrimento neste mesmo hipotético paciente com hérnia discal.

E se agora imaginarmos um paciente com excelente qualidade de vida e com doença intestinal inflamatória associada a polipose intestinal? Seria interessante pensar que este novo dado fosse capaz também de direcionar o procedimento terapêutico. Esta nova perspectiva nos obriga a debruçar sobre cada caso bus-

cando o que é melhor a partir da ótica do paciente. Teremos que incorporar novas metodologias subjetivas às antigas e importantíssimas medidas clínicas objetivas. Teremos que individualizar e humanizar cada tratamento. E, fundamentalmente, teremos que decidir em conjunto com nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Salloch S, Ritter P, Wascher S, Vollmann J, Schildmann J. Medical Expertise and Patient Involvement: A Multiperspective Qualitative Observation Study of the Patient's Role in Oncological Decision Making. *Oncologist* 19:654-660, 2014
2. Borásio GD, Jox RF. Choosing wisely at the end of life: the crucial role of medical indication. *Swiss Med Wkly* 146:w14369, 2016.
3. Morley S, Snaith P. Principles of Psychological Assessment. In: Freeman C, Tyrer P (eds.) *Research Methods in Psychiatry*, Gaskell, London, 1989.
4. Matos MA, Gusmão MS. Diagnostic significance of magnetic resonance in low back pain. *Rev Salud Publica* 10:105-12, 2008.

1- Serviço de Ortopedia do HSI

Endereço para correspondência:
marcos.almeida@hotmail.com