



Adequação de escolha de testes de diagnóstico na prática clínica do interno

HELENA GONÇALVES*

RESUMO

A escolha de testes de diagnóstico faz parte da actuação clínica, num processo analítico dedutivo e avaliativo cujo objectivo é determinar a causa ou natureza do problema do doente. Apesar da sua importância, esta competência raramente é individualizada como eixo específico de intervenção formativa.

Neste texto a autora, orientadora do internato complementar, espaço de formação médica, prática por excelência, onde se pretende que o interno seja o principal agente da sua formação, descreve um projecto de intervenção formativa, inspirado na pedagogia por objectivos visando promover e desenvolver a atitude crítica do interno na escolha de testes de diagnóstico.

Introdução

O excessivo uso de testes e procedimentos diagnósticos é responsável por alguns efeitos não desejáveis: inflação dos gastos nos cuidados prestados, resultados falsos positivos que podem levar a intervenções dispendiosas e cruentas e a níveis de ansiedade que propagam uma cascata de efeitos nocivos^{1,2} e ainda à desvalorização da história clínica e do exame físico face à super valorização dos testes de diagnóstico.

Frequentemente os clínicos pedem mecanicamente exames de rotina, sem pensar no seu risco/custo/benefício ou na sua adequação ao problema de saúde do doente³.

Os testes de diagnóstico podem ser aplicados a utentes assintomáticos e basicamente saudáveis e a utentes sintomáticos. No primeiro caso são chamados de rastreio e usadas como prevenção secundária

sendo o seu objectivo testar utentes que estão em risco de doença para o qual está disponível tratamento eficaz. Alteramos assim a história natural da doença identificando-a o mais cedo possível⁴. O médico deve ser altamente selectivo no pedido destes testes estando bem ciente da prevalência do problema rastreado e da comprovada eficácia do teste na redução da morbilidade e mortalidade, pois é do consenso geral a enorme importância de evitar danos físicos e psíquicos em doentes assintomáticos – «*Primum non nocere*»⁵. No segundo caso os testes de diagnóstico são aplicados a doentes sintomáticos procurando a presença de doença oculta, ajudando a confirmar ou rejeitar hipóteses de diagnóstico e fornecendo informações de prognóstico⁶⁻⁸.

É imperativo investir a decisão médica de um carácter mais científico, através de um conhecimento aprofundado das características e utilidade dos testes, atendendo à

sua sensibilidade, especificidade, reprodutibilidade e valores preditivos positivos e negativos⁹⁻¹¹.

Devemos considerar a capacidade do teste de aumentar a probabilidade da hipótese de diagnóstico ao negá-la ponderando os riscos, custos e benefícios da escolha efectuada. Esta escolha deve basear-se na:

- Relevância (Que informação nos vai trazer?)
- Alternativa (Haverá um meio de obter a informação mais fiável? Menos invasivo? Mais económico?)
- Seguimento (Qual o passo seguinte se o resultado do teste for anormal? Qual o passo seguinte se o resultado do teste for normal? Qual o passo seguinte se omitirmos o teste?).

Se a resposta a estas três últimas questões for igual, o teste deve ser omitido¹².

A escolha de testes de diagnóstico faz parte da actuação clínica num processo analítico dedutivo e avaliativo cujo objectivo é determinar a causa ou natureza do problema do doente.

O mais importante em MGF é a habilidade em avaliar e gerir o problema biopsicossocial do doente e o modo mais eficiente para a desenvolver é através do método da resolução de problemas em que se cultiva simultaneamente o conhecimento, aptidões de raciocínio clínico

*Chefe de Serviço de Clínica Geral
CS de Castro Marim

co, capacidade de estudo e valores pessoais de autonomia, iniciativa e responsabilidade¹³.

A pedagogia por objectivos permite desenvolver capacidades especiais de pesquisa, de análise, de formulação de hipóteses explicativas, de desenvolvimento de estratégias suscitando momentos de reflexão e autocritica com produção de conhecimento e soluções envolvendo processos de maturidade, pensamento, comportamento e mudança.

A capacidade de reflectir é desenvolvida através da leitura, da discussão, da escrita e a aprendizagem será mais profunda se a reflexão que fazemos automaticamente for consciencializada através da utilização sistemática do ciclo de aprendizagem experiencial de Kolb¹⁴ (Fig. 1).

O internato é um espaço de formação médica, prática por excelência, onde se pretende que o interno seja o principal agente da sua formação desenvolvendo em exercício competências para um desempenho fundamentalmente centrado na análise reflexiva, identificando necessidades formativas, modificando atitudes e comportamentos numa forma organizada de amadurecer a

experiência com uma procura contínua de um melhor desempenho.

Objectivos

O objectivo da nossa intervenção formativa será o de promover e desenvolver a atitude critica do interno na escolha de testes de diagnóstico.

Este deverá ser capaz de analisar e criticar, fundamentando a adequação ou não adequação, os testes de diagnóstico pedidos pelo orientador, registados em processos clínicos seleccionados ilustrativos de situações prevalentes em medicina geral e familiar (MGF).

Posteriormente, o interno deverá ser capaz de justificar a adequação dos testes de diagnóstico pedidos pelo próprio no decurso da sua consulta, através da elaboração e discussão de cinco casos clínicos.

Metodologia

Recursos Humanos: interno orientador e outros pares.

Recursos Materiais: bibliografia orientada; processos clínicos de lista do orientador; casos clínicos, construídos pelo interno, de doentes da sua consulta; instrumento de Avaliação I (questionário para verificação de critérios); instrumento de Avaliação II (questionário de avaliação metodológica).

Tempo de realização: último trimestre do primeiro ano do ICCG; primeiro e último trimestre do segundo ano; primeiro trimestre do terceiro ano.

Tarefas a executar:

- Pesquisa bibliográfica orientada para a procura de problemas de saúde mais prevalentes em medicina geral e familiar (hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia) e de actividades de prevenção secundária de eficácia comprovada (detecção precoce do cancro da mama e do colo do útero)¹⁵⁻¹⁹.

- Pesquisa bibliográfica orientada para a procura de critérios auxiliares de decisão de escolha de testes de diagnóstico.

- Elaboração de formulário de questões para avaliação de critérios.
- Elaboração de questionário de avaliação final.

- Validação destes instrumentos por grupo de pares.

- Seleção aleatória de processos clínicos de três doentes diabéticos, três doentes hipertensos e três doentes com dislipidemia e seis mulheres com idades entre os 40 e os 65 anos que frequentem a consulta de planeamento familiar e menopausa.

- Aplicação de questionário para verificação de critérios (Quadro I) através de discussões informais com envolvimento activo e motivação do interno no sentido de auto-detectar necessidades pessoais de formação relevantes para o desenvolvimento do seu processo de raciocínio clínico, na sua vertente de escolha de testes de diagnóstico.

- Pesquisa bibliográfica orientada para colmatar as lacunas de conhecimento detectadas.

- Trabalho de reflexão do interno com o orientador usando, novamente, o instrumento de avaliação I, anteriormente referido, na análise critica de novos processos da lista do orientador, fundamentando a adequação ou não adequação dos testes de diagnóstico pedidos perante as situações clínicas evidenciadas.

Observação pelo orientador e pelo interno de mudanças de atitudes, comportamentos e conhecimentos.

- Habituação progressiva do interno a prestar atenção sistemática e analítica às suas próprias atitudes e comportamentos durante a sua consulta, questionando a sua prática e fundamentando as suas decisões.

- Construção, pelo interno, de cin-

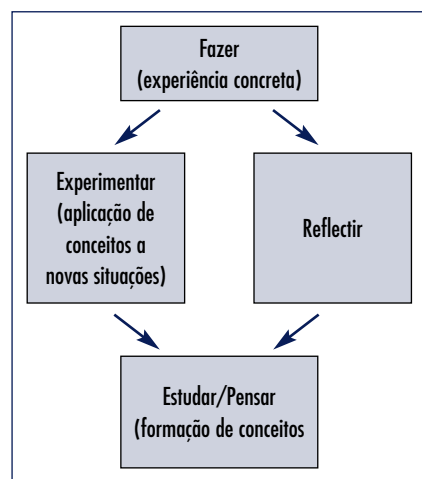


Figura 1. Ciclo experiencial de Kolb.

QUADRO I

AVALIAÇÃO I: QUESTIONÁRIO PARA VERIFICAÇÃO DE CRITÉRIOS

QUESTÕES	SIM	NÃO
1. Considera o teste indicado à gestão da situação clínica do utente ?		
2. Conhece a sensibilidade do teste ?		
3. Conhece a especificidade do teste ?		
4. Conhece os valores preditivos, positivos e negativos do teste ?		
5. Conhece os efeitos secundários do teste?		
6. Considerou o custo/risco/benefício do teste ?		
7. Considerou o «timing» de execução do teste?		
8. Considerou a acessibilidade do local de execução do teste ?		
9. Conhece as técnicas de colheita de material para o teste ?		

QUADRO II

AVALIAÇÃO II: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO METODOLÓGICA

Esta metodologia formativa proporcionou-me:

1. Possibilidade de reflexão sobre a minha prática.
Sempre Muitas vezes Poucas vezes Nunca
2. Uma oportunidade de desenvolver acções mais adequadas à minha situação profissional.
Sempre Muitas vezes Poucas vezes Nunca
3. Actualização de conhecimentos .
Sim Não
4. Durante este exercício metodológico senti-me à vontade para colocar questões.
Sempre Muitas vezes Poucas vezes Nunca
5. Considero que a minha contribuição e empenhamento pessoal durante o processo foram
Muito úteis Úteis Pouco úteis Inúteis
6. Em termos globais considero esta metodologia formativa
Muito útil Útil Pouco útil Sem interesse
7. Outras observações que considere de utilidade fazer:

Agradeço a sua colaboração

co casos clínicos de utentes seleccionados da sua consulta. Estes casos deverão ser apresentados nas reuniões mensais de internos e orientadores, com discussão *inter pares*, justificando a adequação dos testes diagnósticos pedidos atendendo aos problemas clínicos evidenciados, antecedentes pessoais e familiares e factores de risco.

Avaliação

Durante todo o processo será estimulado o recurso à auto-avaliação com detecção de necessidades formativas e de atitudes e comportamentos a corrigir. A aplicação do questionário para verificação dos critérios (Quadro I) na fase inicial do processo e, posteriormente, após a consulta de bibliografia orientada e de vários momentos de hetero e auto reflexão, permitirá avaliar a evolução conseguida.

Finalmente, será aplicado o questionário de avaliação metodológica (Quadro II) para determinar a valia do processo formativo.

Referências bibliográficas

1. Wennberg DE, Kellett MA, Dickens JD, Malenka DJ, Keilson LM, Keller RB. The association between local diagnostic testing intensity and invasive cardiac procedures. JAMA 1996; 275:1161-4.
2. Mold JW, Stein HF. The cascade effects in the clinical care of patients. N Engl J Med 1986; 314: 512-4.
3. Griner PF, Glaser RJ. Sounding boards. Misuse of laboratory tests and diagnostic procedures. N Engl J Med 1982; 307:1336-9.
4. Brito de Sá A. Between Healthism and common sense – The role of Family Doctor in Prevention. [Apresentação na ESGP/FM Conference, Praga, Julho de 1997].
6. Sox HC. The evolution of diagnostic tests: principles, problems and new developments. Ann Rev Med 1996. 47:463-71.
7. Irwig L, Tosteson AN, Gatsonis C, Lau J, Colditz G, Chalmers TC, Mosteller F. Guidelines for meta-analyses evaluation diag-

nostic tests. *Ann Intern Med* 1994;120: 667-76.

8. Sox HC, Blatt M, Higgins M, Marton KI. *Medical Decision Making*. Stoneham: Butter Worths 1988.

9. Howanitz JH, Howanitz PJ. *Laboratory Medicine: Test selection and Interpretation*. New York: Churchill Livingstone; 1991.

10. Espeicher C. *The right Test: A Physician's Guide to Laboratory Medicine*. Philadelphia: WB Saunders; 1989.

11. Wallach J. *Interpretation of Diagnostic tests: A Synopsis of Laboratory Medicine*. 5ª Ed. Boston: Little Brown and Co; 1992.

12. The Institute of Reproductive Medicine and Science of Saint Barnabas. *Questions to ask before diagnostic tests*. 1998. In URL <http://sbivf.com/questions/htm>.

13. Barrows HS, Tambyn RM. *Problem Based Learning: an approach to medical education*. 1ª Ed. Springer Publishing Company: New York; 1986.

14. Carter Y, Jacson N. *Guide to education and training for primary care*. New York: Oxford University Press; 2002.

15. Weiss BD. *20 Common problems in primary care*. 1ª Ed. McGraw-Hill: New York; 1998.

16. Jordão JG. *A medicina geral e familiar - Caracterização da prática médica e a sua influência no ensino Pré Graduado*. [Tese de doutoramento]. Lisboa; 1995.

17. McWhinney IR. *A textbook of Family Medicine*. 2ª Ed. New York: Oxford University Press; 1989.

18. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*. 2ª Ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.

19. Brown SS, Farmer A. Screening could seriously damage your health. *BMJ* 1997; 314:533-4.

Agradecimentos

Agradeço à Dr.ª Isabel Santos a ajuda na revisão e adaptação do texto inicial que deu origem à presente publicação, apresentado no curso «Optimização de práticas formativas/formação de formadores» organizado pela Coordenação do ICCG da zona sul em 1999. Também à Dr.ª Maria da Luz agradeço a preciosa colaboração na pesquisa bibliográfica.

Endereço para correspondência:

CS de Castro Marim
Bairro Social
8950 Castro Marim
e-mail: hmsgoncalves@hotmail.com

ERRATA

Rastreio do cancro do cólon e do recto

MIGUEL MELO*, RAQUEL BRAGA**

Visto existir um erro relevante na Figura 1 deste artigo, publicado na edição de Setembro/Octubre de 2003, voltamos a publicá-la com a correção efectuada, pedindo desculpa do lapso cometido aos nossos leitores e aos respectivos autores.

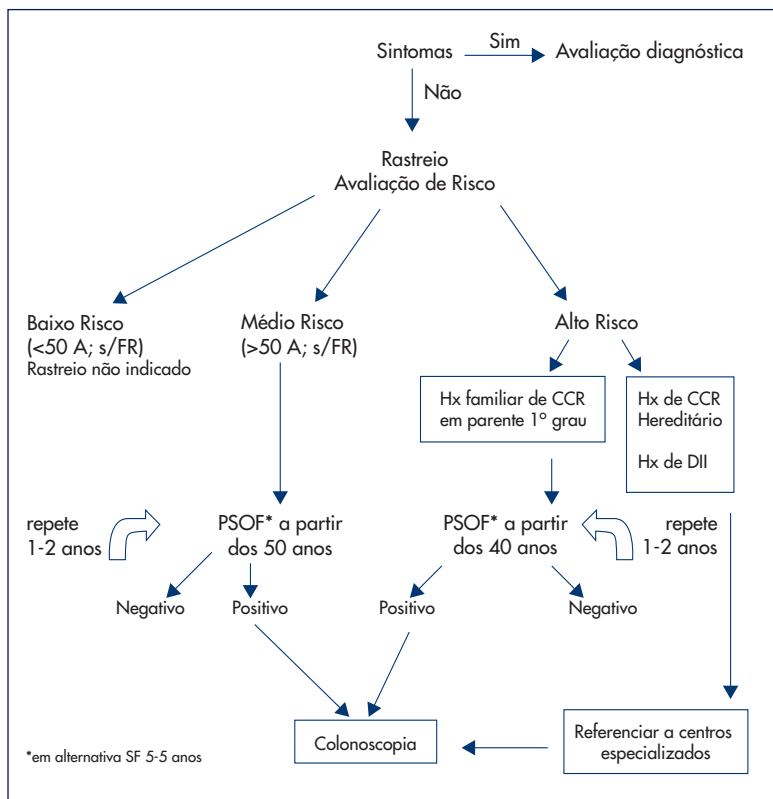


Figura 1. Uma estratégia de rastreio de acordo com grupos de risco
PSOF: pesquisa de sangue oculto nas fezes; FR: factores de risco; DII: doença inflamatória intestinal; CCR: cancro colorectal; SF: sigmoidoscopia flexível