

Não se limite a fazer algo, esteja lá

Don't just do something, stand there

No se limite a hacer algo, esté allí

Jerome R Hoffman, MA MD. Professor Emérito de Medicina. UCLA School of Medicine. Los Angeles, USA. jrhh@ucla.edu (Autor correspondente)
Michael S Wilkes, MD PhD. Professor de Medicina e Saúde Global. UC Davis School of Medicine. Sacramento, USA. mwilkes@ucdavis.edu

Imagine um exame de rastreamento (hipotético) que se realizado em uma população de médio risco salvasse uma pessoa de morrer de câncer em cada 10.000 pessoas rastreadas. Imagine também que cada uma dessas 10 mil pessoas pague um preço em termos de tempo e dinheiro gastos, bem como os desconfortos que ocorrerão em algumas, ou mesmo em muitas delas, e que elas também terão que lidar com o aumento da ansiedade, repetição dos testes, biópsias e, em alguns casos, cirurgias. Por fim, algumas terão efeitos adversos graves, tais como infecção ou falência de órgãos.

Apresentadas a esta informação, algumas pessoas, sem dúvida, se recusariam a fazer o exame (- “Você quer dizer que apenas um em cada 10 mil que faz o exame irá se beneficiar?!”), enquanto outras optam por fazê-lo (- “Eu me disponho a passar por tudo isso, se isso pudesse salvar minha vida”). Ou seja, os pacientes informados entenderiam que estão fazendo uma escolha entre algo *muito raro*, mas com um benefício *muito importante* que, no entanto, acometeria pouquíssimas pessoas que se submetessem ao exame. Contudo, muito frequentes, porém manejáveis, são os danos que teriam de ser tratados em quase todas as pessoas submetidas ao exame.

Agora imagine que a um paciente com osteoartrite seja oferecido tratamento (hipotético) com um anti-inflamatório não-esteroidal (AINE) onde o médico observa que a *maioria* dos pacientes teria um grau de benefício relativamente pequeno (maior alívio da dor do que com um analgésico, com menos efeitos colaterais), mas que talvez um em cada 10.000 poderia sofrer um dano terrível (hemorragia gastrointestinal, ou insuficiência renal, por exemplo). Neste caso, um paciente informado entenderia que se trata de uma escolha entre um benefício muito pequeno que ocorreria a muitas pessoas e um dano terrível que seria, porém, muito raro.

As duas situações são comparáveis, de modo que, faria sentido, depois de uma discussão com um médico informado e uma decisão compartilhada, que os pacientes, uma vez cientes, iriam recusar tanto o exame de rastreamento como o AINE, ou poderiam optar exatamente pelo oposto em ambas as circunstâncias. A primeira combinação deveria ser a escolha dos indivíduos que não estão terrivelmente preocupados com eventos extremamente raros, independente do quão importante eles possam ser, e estão mais interessados em efeitos muito comuns (danos, nos casos do rastreamento, e benefícios no caso do AINE), mesmo que sejam relativamente menos importantes. A escolha oposta seria feita por aqueles indivíduos muito preocupados com um problema sério (uma doença escondida, que um exame de rastreio pode detectar, ou um efeito colateral terrível da droga), não importando quão raro seja o evento. Pode haver exceções ocasionais a estes padrões, mas espera-se que a grande maioria das pessoas faça escolhas semelhantes, consistentes com o mesmo conjunto de valores e preferências subjacentes.

Então, como é que a maioria dos pacientes do mundo de hoje - e a maioria de seus médicos - escolhe automaticamente tanto uma gama de exames de rastreio (que têm um nível extremamente elevado do *número de pessoas necessário para rastrear* para que uma só pessoa possa se beneficiar), como,

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
encaminhado pelos editores,
não revisado por pares.

Recebido em: 12/10/2014.
Aprovado em: 14/12/2014.

por exemplo, drogas que oferecem apenas um pequeno benefício a mais enquanto podem produzir ocasionalmente danos potenciais à vida das pessoas? Pode-se argumentar de fato que os dois cenários apresentados são excessivamente otimistas, uma vez que poucos (ou nenhum) exames de rastreamento realmente afetam a mortalidade global, quiçá impactam a mortalidade específica para a doença; e também, porque existem muito poucas condições em que um AINE na verdade oferece qualquer vantagem sobre o acetaminofeno.

Os médicos são ensinados, desde o início do curso de medicina, que a assistência médica é uma arma poderosa a ser utilizada no combate às doenças. Isto é de algum modo verdadeiro. Eles também são ensinados que danos podem ocorrer em todos os tipos de tratamentos individuais. Mas isso é tipicamente pouco mais do que uma reflexão tardia; o pensamento médico geralmente procede ao longo das linhas de “*o que devemos fazer (o mais seguro possível, é claro)*”, ao invés de “*deveríamos fazer alguma coisa?*” Ou seja, ao mesmo tempo em que reconhecemos a possibilidade de dano, nós visceralmente acreditamos - e ensinamos também os pacientes a acreditar - que fazer algo deve ser a escolha padrão sempre que um paciente esteja doente, muitas vezes até mesmo antes deles estarem realmente doentes.

Contamos com conceitos de “doença” que são na verdade apenas fatores de risco, e asseguramos o ‘sucesso’ do tratamento em marcadores substitutos, mesmo quando (como é a regra, e não a exceção) tal sucesso não está associado a qualquer alteração nos resultados orientados aos pacientes. Temos internalizado - e também, levado os pacientes a acreditar quase que como uma questão de fé - uma série de mitos verdadeiramente perigosos sobre cuidados de saúde, tais como “quanto mais cedo melhor” (ou mais é sempre melhor), “a tecnologia vai resolver todos os nossos problemas,” “milagres estão na esquina”, “uma vez que se identifique os fatores de risco genéticos, haverá um tratamento perfeitamente adaptado para cada um de nós”, e, finalmente - se formos inteligentes o bastante e gastarmos o suficiente - a morte em breve será opcional.

A prevenção quaternária, ou P4, oferece um novo paradigma, ao insistir que o dano médico está longe de ser algo trivial ou uma preocupação secundária. Ela nos diz que prevenir os efeitos nocivos das intervenções médicas - que comprovadamente são uma das principais causas de morte e incapacidade nas sociedades ditas “avançadas” - merece igual consideração que prevenir os efeitos nocivos das doenças.

Isso é diferente da comumente citada frase “*primeiro não causar dano*”, muitas vezes mal compreendida no sentido de “não fazer nada que *possa* causar danos.” A P4, por outro lado, reconhece o fator fundamental de que tudo o que fazemos na área da saúde pode causar danos - e desse modo, se recusar a fazer qualquer coisa que não seja perfeitamente segura, significaria nunca fazer nada! Isso seria um erro terrível, visto que a medicina de fato tem muito a oferecer. Porém, ao auxiliarmos os pacientes a tomarem decisões, nós, e eles, devemos considerar o potencial de dano em cada momento na mesma proporção em que consideramos o potencial de benefício.

Além disso, ao perguntarmos: “deveríamos fazer alguma coisa?”, não significa dizer “não fazer nada.” Sempre podemos oferecer apoio, conforto e tratamento sintomático, pois em todos esses casos o número necessário para tratar e beneficiar um paciente se aproxima de um (se comparado à maioria dos tratamentos para doenças crônicas, onde o NNT é, pelo menos da ordem de 100, o que significa que, em tais “tratamentos” a probabilidade de qualquer indivíduo se beneficiar é, na verdade, remota).

Reconhecer isso em nossas mentes é apenas um pequeníssimo primeiro passo. Se quisermos reverter um ambiente onde “a muito aclamada capacidade da medicina para ajudar os doentes vem sendo rapidamente desafiada por sua propensão para prejudicar os saudáveis”,¹ devemos incorporar no próprio DNA da educação médica, e na prática, o simples e óbvio, mas também revolucionário, alerta da P4, - de que fazer o que está ao nosso alcance para evitar danos médicos deve se tornar um dos pilares de uma assistência à saúde moderna. Somente quando visceralmente incorporarmos isso em nossa prática é que nos tornaremos contribuintes dignos para um verdadeiro compartilhamento racional na tomada de decisão com nossos pacientes.

Referências

1. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ*. 2012 May 28;344:e3502.