
Menos tratamento médico bem que pode ser o melhor: especialistas norte-americanos expõem dúvidas sobre a assistência à saúde mais cara do mundo

Mônica Teixeira

A revista de negócios *Business Week*, dos EUA, publicou em sua edição de 18 de julho de 2005 a reportagem “Is Heart Surgery Worth it?”. A questão sobre as operações para revascularização do coração e sobre as angioplastias, um tanto surpreendente para uma revista de grande vendagem (a imprensa tem na propaganda dos “avanços da medicina” uma de suas estratégias de venda), funcionou como um trampolim para o jornalista John Carey apontar uma discrepância: afinal, se os EUA gastam mais em saúde do que qualquer outro país do mundo, por que os cidadãos norte-americanos não são aqueles com os melhores índices de saúde do mundo? E por que será que quem vive em Manhattan – e gastou, em média, em 2000, US\$ 10 mil 550 com o assunto – não se sai melhor (e, em certos casos, se sai pior) do que quem vive em Portland, no Oregon – onde, no mesmo ano, cada morador dispendeu uma média de US\$ 4 mil 823?

Essas perguntas rondam médicos, gestores governamentais, parlamentares e acadêmicos da maior potência econômica do mundo. São parte de um universo de preocupações de que também fazem parte a crescente intromissão da indústria farmacêutica na relação médico-paciente e a perseguição judicial dos que fraudam os sistemas públicos

de saúde – para citar dois temas já tratados por “Observando a Medicina”. O gasto em *health care* no país já chega a US\$ 1,5 trilhão por ano, e continua crescendo. Não por acaso, o tema aparece em uma revista de negócios. O jornalista não esconde seu espanto ao informar que 400 mil cirurgias de revascularização, e um milhão de angioplastias são feitas anualmente nos EUA, ao custo de US\$ 100 bilhões. Mesmo para a pujança (e a hipocondria) do país, a pergunta sobre o destino, a eficiência, o benefício desses gastos se impõe.

O melhor do mundo

Como diz a *Business Week* na complementação à reportagem citada que publica na Internet, “os americanos gostam de pensar que têm o melhor sistema de saúde do mundo”.

Em abril do ano passado, o *New York Times Magazine* dedicou uma edição a ele – o sistema de saúde. Entre os especialistas chamados a escrever sobre o assunto, estava a senadora democrata Hillary Clinton – que, em 1994, no primeiro mandato de Clinton, se encarregou de propor uma reforma para o dito sistema, e saiu fragorosamente derrotada. Melhor do mundo? Ela duvida. Tópicos da descrição que apresenta em seu artigo: “Em bases *per capita*, o dispêndio com saúde nos Estados Unidos é 50% maior do que o feito pelo segundo país que mais gasta: a Suíça. Nossos custos com saúde já constituem 14,9% do PNB e está crescendo a uma taxa alarmante: em 2013, o gasto *per capita* levará essa percentagem a 18,4% do PNB”. Em 2004, o PNB dos EUA foi de US\$ 11 trilhões 750 bilhões. Mais adiante: “Se gastamos tanto (...) por que os Estados Unidos está atrás de 47 outros países em expectativa de vida e de 41 outros na taxa de mortalidade infantil?”. Constatação da senadora: “Como um todo, nosso enfermo sistema de atendimento à saúde está contaminado com sub-uso, superuso e mal uso. Fundamentalmente, nós pagamos muito mais por menos do que obtêm os cidadãos de outras economias avançadas”.

Especialista número um

O primeiro especialista citado pela *BW*, aquele que sustenta a pergunta sobre se as cirurgias de coração valem a pena, é Nortin M. Hadler, professor de Medicina na Universidade de Carolina do Norte, em Chapel Hill. Perguntado sobre o porquê de questionar procedimentos médicos, o doutor Hadler contou ao

jornalista que, desde 1950, quando entrou pela primeira vez num hospital para trabalhar, ainda adolescente, viu “muita cirurgia desnecessária e muita incompetência clínica” – ou seja, super uso e mau uso, segundo a expressão da senadora Clinton. A primeira afirmação que ele aparece fazendo na reportagem é contundente: de acordo com ela, as cirurgias de revascularização “deveriam ter sido relegadas ao esquecimento há 15 anos”. Os cirurgiões cardíacos absolutamente discordam; mas em que se baseia o dr. Hadler? Em dados de ensaios clínicos. De acordo com esses resultados, segundo a revista, exceto na minoria de pacientes em que a doença é muito severa, as cirurgias de revascularização e as angioplastias não prolongam a vida nem evitam futuros ataques cardíacos – quando tomadas em quantidades estatísticas (o que não quer dizer que cada um de nós não conheça alguém “salvo” por um desses procedimentos).

Mas as operações do coração não são o alvo preferencial do dr. Hadler, nem o lugar por onde começa a crítica ao modo como seu país aborda a questão da saúde. Ele obteve reconhecimento entre colegas reumatologistas observando a evolução do tratamento e das pessoas que se queixam de dores no corpo – e na coluna. Num editorial na revista *Annals of Rheumatic Diseases*, escrito em 1998, lê-se: “Na última metade do nosso século, quando a incidência da experiência de dor lombar parece estável, alguma coisa está acontecendo com a nossa tolerância. Os números daqueles que buscam ajuda e os números daqueles que agora acham que a dor lombar é incapacitante atingiram proporções epidêmicas” – isso, apesar de a medicina e a sociedade terem buscado muitas formas de intervir para diminuir essa dor. Apesar disso? Não, conclui o dr. Hadler – e sim, justamente por causa disso. Continua ele, no mesmo texto: “a abordagem para o mal-estar da dor nas costas que tem sido adotada pelo mundo industrializado representa um exercício de iatrogenia social”.

Em outro artigo, de 2003, em *The Journal of Rheumatology*, que chamou de “‘Fibromialgia’ e a medicalização da miséria” – note-se que fibromialgia aparece entre aspas –, Hadler aprofunda seu argumento sobre essa iatrogenia social. Para ele, “fibromialgia” é um rótulo que faz mal a quem vai ao médico em busca de alívio para “dores generalizadas no corpo” – como prefere chamar. Aliás, ele aponta uma característica desses que se queixam de dor generalizada – eles *se tornam pacientes*, quer dizer, escolhem ir ao médico; segundo ele, é o fato de terem uma tolerância diminuída à dor (cujas causas não são estritamente médicas) que os leva até lá – a mesma tolerância sobre a qual se pergunta no editorial sobre dores lombares. Vamos acompanhá-lo num trecho mais longo do artigo sobre a medicalização da miséria:

Nas comunidades, a maioria das pessoas com dor generalizada persistente melhora com o tempo. Esse não é o destino daqueles que se tornam pacientes e

são rotulados com fibromialgia. Baseado na ciência concernente às desordens musculoesqueléticas, eu sugeriria que esse destino infeliz é não somente um reflexo da intensidade de seus sintomas ou da pervasividade dos fatores psicossociais que afetam a tolerância deles às dores – e que os leva, antes de mais nada, a escolherem se tornar pacientes. Eu sugeriria que os atos do tratamento, entremeados com promessas vazias de elucidação e promessas não comprovadas de diminuição da dor, são iatrogênicos. Eu sugeriria mais: esses atos de tratamento, que exacerbam qualquer disposição ou suposta desordem complica o pedido desses pacientes. (...) Sugiro que essas pessoas escolhem ser pacientes porque exauriram seus recursos para lidar com a dor. (...) Meses, frequentemente anos, de picadas, exames, empirismos farmacêuticos, e a iatrogenicidade da medicalização podem ser evitados pela abordagem direta – sobre o que causa a não-tolerância (...) Se viéssemos a testemunhar o desmantelamento da construção social representada pela “Fibromialgia” e outros rótulos de síndromes sintomáticas funcionais, então um paciente poderia se sentar frente a um médico ocidental e dizer: “Doutor, sinto-me terrivelmente mal. Isso pode ser uma coisa da minha mente?” (...) E então a pessoa com dor persistente crônica poderá encontrar socorro ao invés de medicalização, quando escolhe ser um paciente com dor persistente crônica.

Essa idéia de uma vida medicalizada, e em que a oferta de tratamentos mediante a rotulação de “síndromes sintomáticas funcionais” dá lugar não à doença, mas aos que “escolhem ser pacientes”, faz subir os custos – por mau-uso, e por super-uso. Como? Hadler, no site da *BW*, dá dois exemplos: “Os americanos ‘inventaram’ o conceito de *back injury* nos anos 1930. Antes disso, se suas costas estavam doendo, você não iria ao médico – ao invés disso, consideraria a dor nas costas como uma dor de cabeça, coisa passageira. Com a prática da indenização a trabalhadores, as dores nas costas se tornaram *back injury*, e os médicos começaram a operar. É a mesma coisa com a síndrome do túnel do carpo. O nosso é o único país disposto a fazer cirurgia no pulso e a pagar por isso”.

Especialista número dois

Elliot S. Fischer, da Dartmouth Medical School, é o segundo especialista acadêmico ao qual a revista recorreu para continuar a discussão sobre se tratamento médico, e os gastos decorrentes disso, são sinônimo de boa saúde de um povo. “Meus dados sugerem que estamos desperdiçando 30% do que gastamos com saúde em coisas que não trazem benefício ou causam dano”, afirma ele no trecho de sua entrevista escolhido pela reportagem. “Pacientes têm um aumento substancial do risco de morte se tratados em sistemas de alto custo”,

completa. Como se vê, ele também considera o sistema iatrogênico; e os dados a que se refere são os que obteve, com seu grupo de pesquisa, pesquisando diferenças regionais de dispêndio no âmbito do programa federal Medicare. Em 2003, Fischer e colaboradores publicaram um estudo (em duas partes) nos *Annals of Internal Medicine*, sobre as conseqüências das variações regionais de dispêndio dentro do sistema Medicare – sobre conteúdo, qualidade e acessibilidade aos cuidados de saúde; e sobre os índices de saúde e satisfação com o cuidado recebido. Conclusão da primeira parte, no resumo do artigo: “Diferenças regionais no dispêndio do Medicare são grandemente explicadas pelo padrão de atendimento das regiões de alto dispêndio, baseado em mais internações e orientado para especialistas. *Nem a qualidade do serviço nem o acesso a ele aparecem como melhores para os usuários do Medicare nas regiões de maior dispêndio*” (o grifo é meu). Para não haver dúvida, a conclusão da segunda parte é consistente com essa: “Pacientes do Medicare, em região de maior dispêndio, *recebem mais cuidados do que aqueles em regiões de menor dispêndio, mas não têm melhores índices de saúde ou satisfação com o tratamento*. Esforços para reduzir o dispêndio devem ser feitos com cautela, mas políticas para administrar melhor um crescimento futuro do dispêndio são justificadas”.

O estudo foi publicado em fevereiro; em outubro, um editorial de Fischer apareceu no *New England Journal of Medicine*: “Medical Care – Is More Always Better?” A resposta dele, já sabemos das declarações citadas acima, é *não*: mais tratamento médico não é sempre o melhor para quem é tratado. De acordo com o editorial – que se baseia no estudo assinado por ele, mas também em dados apresentados por funcionários do Medicare ao Congresso dos EUA, e em outros resultados de pesquisa –, a prática médica altamente intensiva – justamente aquela pela qual os americanos gostam de pensar terem o melhor sistema de saúde do mundo – “está associada com qualidade mais baixa de atendimento e piores resultados do que o padrão de uma prática mais conservadora”. A afirmação se segue, no texto, à comparação entre os padrões de atendimento em Manhattan, Nova Iorque – caracterizado por mais internações e mais visitas a especialistas –, ao custo de US\$ 10 mil 550 por ano por pessoa, e os padrões de atendimento em Portland, no estado do Oregon – chamado de mais conservador –, ao custo de US\$ 4 mil 823. Por que mais é pior para a saúde? Por exemplo, porque a aplicação de mais exames para diagnóstico aumenta a chance de mais “detecção” de pseudodoenças, e de mais casos falsos positivos. Resultados desse tipo não são novos – por exemplo, a análise de resultados de ensaios clínicos sobre programas de mamografia (*Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. IV, n. 4, p. 119-25, dez. 2001) mostra que mulheres dentro de programas assim não são beneficiadas em relação às que estão fora deles.

Também a visita a muitos médicos diferentes, informa Fischer, não resulta em melhor cuidado médico.

Especialista número 3

Na mesma escola de Medicina de Dartmouth, a *Business Week* encontrou John E. Wennberg, diretor do Center for Evaluative Clinical Sciences, ligado à universidade. Fischer também faz parte desse centro. Dr. Wennberg se ocupa em estudar as variações no atendimento à saúde dentro dos EUA. Por exemplo, no início dos anos 1970, encontrou diferenças gritantes no que toca à extração das amígdalas das crianças – procedimento comum até então, hoje deixado de lado. Havia hospitais que faziam dez vezes mais cirurgias de amígdalas do que outros; e sua pesquisa descobriu que as crianças nas áreas com menos operações não iam pior do que aquelas nas áreas onde se operava mais; foi por isso que a operação caiu em desuso.

Wennberg chama a atenção para o sub-uso nos atendimentos – justamente quando se trata de condutas que efetivamente melhorariam a vida dos pacientes. Em janeiro de 2005, na aula que ministrou na New York Academy of Medicine, Wennberg mostrou que quanto mais especialistas envolvidos no tratamento de um paciente, maior é a chance desse tipo de conduta não ser aplicado. O exemplo que apresentou: exames oculares, que devem ser feitos a cada dois anos por diabéticos. No lugar que mais gasta em saúde nos EUA (Manhattan), em 2001, apenas 64% dos diabéticos fizeram o exame recomendado. Em geral, nos EUA, menos da metade dessas pessoas tiveram os olhos examinados. Já quando se trata de cirurgias eletivas, o que prevalece é o mau uso. Pelo fato de haver alternativas de tratamento, a frequência de uma dada cirurgia eletiva varia muito de região para região (como no caso da extração de amígdalas) – o que é explicado pelo especialista como resultado da preferência dos cirurgiões trabalhando no local. Por exemplo: ele comparou o número de cirurgias de coluna e de joelhos realizado na região de referência de hospitais em Fort Myers, na Flórida, e em Manhattan – onde acontecia sua palestra. Normalizadas as diferenças de população, na área de Fort Myers os cirurgiões fizeram 7.200 cirurgias de coluna a mais do que teriam sido feitas em Manhattan, e 7.099 mais cirurgias de joelho. Alguma coisa está errada – e o que está errado custa caro à Flórida. Nesse caso, para evitar o gasto excessivo, propõe Wennberg, basta dar melhor informação ao paciente – em geral, ele assegura, as pessoas, se esclarecidas, preferem não se deixar operar, o que refreia a tendência dos cirurgiões.

De volta ao caso das cirurgias cardíacas

O caso com as cirurgias e outros procedimentos para os sofrimentos do coração é similar a esses descritos por Wennberg – eles são administrados às pessoas sem que exista informação segura sobre os resultados, e sem que elas mesmas sejam informadas sobre alternativas. Carey, o jornalista, afirma que, em 2005, só na compra de *stents* de último tipo – dispositivos introduzidos nas coronárias através de angioplastia que supostamente vão mantê-las desobstruídas porque incorporam certas drogas evitadoras da formação de coágulos – pacientes e seguradoras gastarão US\$ 3,4 bilhões. A respeito desses *stents*, a reportagem levanta muitas dúvidas – sobre sua efetividade, mas também sobre riscos envolvidos em seu uso –, em grande parte resultantes de eles terem sido introduzidos apenas em abril de 2003, mas já terem ocupado 88% do mercado. As cirurgias de revascularização do miocárdio também trazem riscos. E eles são elevados: Hadler, o primeiro especialista, é novamente citado para lembrar que um deles – o de a operação deixar como seqüela um déficit cognitivo – é de 40%.

Mas a restrição que a revista manifesta é, principalmente, sobre a super utilização dos procedimentos invasivos no caso de pessoas com doença cardíaca crônica – a maioria –, para as quais o recomendado é a mudança do estilo de vida. Também aqui, informa a *BW*, falta informação ao paciente. Não apenas informação, lembra o repórter, que recorre mais uma vez a Hadler – mas uma clareza maior sobre os limites da medicina, e da nossa humanidade. “Nenhum de nós pode ter uma vida longa sem dor de cabeça, dor nas costas, angina, azia, diarreia, prisão de ventre, tristeza, e outros sintomas desse tipo”, reproduz a revista. “Temos uma imagem de nós mesmos como invencíveis e poderosos. Mas não há cura para tudo”, afirma o reumatologista da Carolina do Norte.

E finalmente, uma travessura dos placebos

Para balançar mais ainda as certezas sobre o tratamento da doença cardíaca, o *American Journal of Cardiology* publicou em 2005 o artigo “Longevity of the Placebo Effect in the Therapeutic Angiogenesis and Laser Myocardial Revascularization Trials in Patients with Coronary Heart Disease”. Logo no começo do artigo, o leitor fica sabendo que os ensaios clínicos sobre angiogênese e uso de laser para aumentar o fluxo sanguíneo no coração trazem a surpreendente constatação do “tremendo” efeito placebo obtido pela realização de *sham procedures* – quer dizer, os médicos fingem realizar o procedimento sem fazê-lo – em pacientes que têm doença coronária no estágio final. A melhora aparece

inclusive nos exames de ressonância magnética e no tempo suportado de exercício físico. Que descoberta os autores comunicam no artigo? Que, ao contrário do que esperavam, o efeito placebo desses procedimentos sobre indicadores da qualidade de vida de cardíacos graves ainda se mantinha por trinta meses após sua realização, com margem de erro de mais ou menos seis meses. Última frase dos autores escrita no estudo: “Estes resultados solicitam um melhor entendimento do efeito placebo”. De fato...

Referências

FISCHER, E.S. et al. The implications of Regional Variations in Medicare Spending. *Annals of Internal Medicine*, v. 138, n. 4, Feb./2003.

FISCHER, E.S. Medical Care – Is More Always Better? *New England Journal of Medicine*, v. 349, n. 17, Oct., 23, 2003.

HADLER, N.M. & CAREY, T.S. Low Back Pain: An Intermittent and remittent predicament of life. *Annals of Rheumatic Diseases*, 57, 1-2, 1998.

HADLER, N.M. “Fibromyalgia” and the Medicalization of Misery. *Journal of Rheumatology*, Aug./2003.

Online extra: A Coronary Conundrum. *Business Week*, 18/7/2005. Is Heart Surgery Worth It? <www.businessweek.com/extras>. Acesso em: 31 jul 2005.

RANA, J.S. et al. Longevity of the Placebo Effect in the Therapeutic Angiogenesis and Laser Myocardial Revascularization Trials in Patients with Coronary Heart Disease. *The American Journal of Cardiology*, v. 95, June 15, 2005.

WENBERG, J.E. Variation in Use of Medicare Services Among Regions and Selected Academic Medical Centres: Is More Better? *Duncan W. Clark Lecture*, New York, January, 24, 2005. <www.dartmouthatlas.org/lectures/NYAM_Lecture_FINAL.pdf>. Acesso: 31 jul 2005.