

Em artigo inédito na América Latina, o médico e catedrático americano Robert Pearl provoca a reflexão ao desconstruir a lógica de que fazer mais conduz a melhores resultados clínicos. Na maioria dos casos, sugere o articulista, essa suposição está longe de ser verdade

Por Robert Pearl (*)



Pearl, em uma conferência sobre os custos da saúde nos EUA: orçamento de US\$ 3 trilhões por ano em cuidados de saúde (Foto: Divulgação)

Os Estados Unidos gastam quase US\$ 3 trilhões por ano em cuidados de saúde – significativamente mais do que qualquer outra nação. Na verdade, o dispêndio anual dos EUA nesse setor é superiores ao PIB (Produto Interno Bruto) de qualquer outro país, exceto China, Alemanha e Japão. Ainda assim, os resultados de saúde mensuráveis – desde mortalidade infantil até expectativa de vida – não são nem um pouco melhores do que os de nações que têm orçamentos muito menores. Já escrevi sobre esse paradoxo antes, apontando alguns fatores que fazem aumentar as despesas com saúde. Alguns deles são os perversos incentivos financeiros do modelo de pagamento fee-for-service (remuneração por serviço, ou conta aberta), os injustificáveis custos superiores de dispositivos e medicamentos e nosso sistemático investimento em especialistas, e não em médicos para atendimento primário. Mas essas são apenas algumas das razões para os custos elevados do setor. Daqui em diante, pretendo escrever sobre os mitos mais comuns na área da saúde, e que têm muito peso sobre o atual cenário de custos elevados e resultados clínicos aquém do esperado. Cada um desses mitos representa uma oportunidade relevante para melhorar a qualidade, personalizar os cuidados médicos e tornar o preço do atendimento mais acessível.

Vamos começar pelo mito número um, o de que mais visitas ao médico, mais testes e mais procedimentos clínicos resultam em um atendimento melhor. Parece lógico que fazer mais conduza

a melhores resultados clínicos. Às vezes, isso é verdade. Mas, na maioria dos casos, essa suposição está longe de ser verdadeira. Três práticas clínicas comuns revelam a surpreendente verdade por trás desse mito:

1 - Check-ups anuais desnecessários e inconclusivos

A partir da década de 1940, criou-se um exame físico anual bastante abrangente que funciona como um check-up de rotina para pacientes que não têm reclamações específicas nem sintomas visíveis. Esses exames têm sido padrão na prática médica desde então. Nas consultas, o médico pergunta sobre o histórico de saúde do paciente, verifica seus sinais vitais, ausculta o coração e os pulmões e examina a cabeça e o corpo. A intenção desse procedimento é ajudar os médicos a identificar problemas precocemente e tratá-los imediatamente. Muitas pessoas têm uma enorme confiança nessa avaliação. Na verdade, esses check-ups de rotina figuram entre as razões mais comuns pelas quais as pessoas vão ao médico. E são responsáveis por quase US\$ 8 bilhões dos gastos anuais com saúde no país.

Mas, na prática, o médico quase nunca acha algo de errado quando não existem sintomas. Por isso, muitos grupos profissionais e pesquisadores concluíram que o exame físico anual acrescenta pouco ou nenhum valor ao sistema. Além disso, especialistas descobriram sérias desvantagens nessas consultas anuais. Estudos mostram que a prática pode levar a resultados falso-positivos, gerando uma série de testes desnecessários, ou ter consequências piores, como dar aos pacientes uma falsa segurança de que tudo está bem, levando-os a ignorar novos sintomas mais tarde.

Enquanto um exame físico para um paciente assintomático pode ser um desperdício de tempo e dinheiro, há grande valor em testes laboratoriais periódicos – para lipídios e glicose no sangue, por exemplo – baseados na idade e no gênero da pessoa. Para quem tem um problema de saúde específico, como diabetes, avaliações laboratoriais e presenciais contínuas são essenciais. No entanto, quando se trata dos pacientes que não têm um problema definido de saúde, os médicos poderiam pedir os testes e exames por meios eletrônicos e discutir os resultados por telefone, sem necessidade de marcar uma consulta presencial. Por que eles não fazem isso? A maioria das operadoras de planos de saúde se recusa a remunerar o médico por esse serviço, a menos que haja uma visita ao consultório. O resultado de mais visitas ao médico e mais gastos com saúde: melhoria zero na saúde do paciente.

2 - Exames ineficientes para rastrear o câncer de próstata

Médicos costumam pedir o exame de rastreio do PSA (Prostate-Specific Antigen, um marcador tumoral da próstata) para detectar precocemente o câncer de próstata e, assim, iniciar o tratamento quando a doença está em sua fase inicial, pois assumimos que a detecção precoce de um tumor salva vidas.

No entanto, dois ensaios clínicos mostram que, no quadro geral, não há benefício algum nesse rastreio em massa do câncer de próstata. A United States Preventive Services Task Force (grupo independente de especialistas em medicina) recomenda não fazer o exame do PSA, pois em cada mil homens avaliados, apenas um consegue evitar o câncer de próstata. A intenção de salvar uma vida certamente é razão suficiente para aplicar tal exame, correto? Antes de responder, vamos avaliar os fatos. Nessa mesma amostra de mil homens, mais de 120 recebem um resultado falso positivo, indicando erroneamente a presença de câncer. Um teste PSA positivo geralmente é seguido de uma biópsia para confirmar a presença do câncer, procedimento com sério risco de causar complicações. Mesmo quando o conjunto de testes identifica corretamente um paciente com câncer, esse tumor raramente leva a problemas de saúde. Infelizmente, na maioria dos casos, os médicos não conseguem diferenciar um câncer que irá se tornar prejudicial de outro que não trará danos à saúde. Por isso, quando exames sugerem a presença de câncer de próstata, a maioria dos homens procura tratamento.

As opções mais comuns de tratamento são a cirurgia, a radioterapia, a terapia hormonal e a quimioterapia. Cada uma delas expõe homens a possíveis complicações cirúrgicas, como disfunção

erétil e incontinência. Tudo isso poderia valer a pena se o resultado fosse um aumento da taxa de cura, o que nunca foi demonstrado. Em vez disso, o impacto na sobrevivência e na expectativa de vida permanece inalterado, segundo pesquisa e estudos. Novamente, mais não é melhor.

3 - Cirurgias arriscadas, porém lucrativas, em pacientes com dor lombar

Existem várias opções de tratamento para quem tem dor nas costas: medicação, fisioterapia e cirurgia. A cirurgia é, de longe, a opção mais arriscada e dispendiosa. E, estranhamente, é bem mais popular em algumas partes do mundo do que em outras. Nos Estados Unidos, a taxa de cirurgia nas costas é cinco vezes superior à do Reino Unido. Certos condados do estado de Washington apresentam 15 vezes mais cirurgias nas costas do que seus vizinhos.

Esse dado levanta uma questão óbvia: maiores taxas de cirurgia nas costas estão associadas a um número superior de incidências de dor nas costas ou a algum outro problema de saúde? Não há evidências disso. Então, talvez as regiões onde as taxas de cirurgia são maiores estejam alcançando resultados clínicos melhores? Errado novamente. Estudos têm demonstrado pouca diferença nos resultados em longo prazo entre os pacientes que se submetem a cirurgia nas costas e os que buscam tratamento não cirúrgico.

Há algumas situações em que a cirurgia é essencial e benéfica, como quando existe compressão do nervo. Mas, para um número esmagador de pacientes com pouca dor lombar, o tratamento não-cirúrgico tem se provado eficaz. Como explicar uma incidência maior de pacientes que passam por um procedimento complexo e frequentemente ineficaz? Bem-vindos, novamente, ao perverso modelo norte-americano de pagamento fee-for-service (conta aberta).

Nos Estados Unidos, e em países como o Brasil, prestadores de serviços de saúde são recompensados pela quantidade de visitas de pacientes, testes e procedimentos. Quem alcança exatamente o mesmo resultado sem cirurgia recebe bem menos do que quem realiza uma arriscada intervenção. Cirurgiões e hospitais ganham muito mais dinheiro com intervenções cirúrgicas do que com tratamentos conservadores. Claramente, agem de acordo com essa lógica.

Por que achamos que mais cuidado é melhor?

Em uma palavra: cultura – tanto a norte-americana como a da medicina. Queremos acreditar que os médicos têm todas as respostas e conseguem curar praticamente tudo. E queremos acreditar que um check-up de rotina, um exame de próstata ou uma cirurgia nas costas acrescenta valor à prática. Amamos histórias sobre um diagnóstico-surpresa que levou a um tratamento que salvou a vida de alguém, ou sobre um paciente que foi milagrosamente curado por uma intervenção cirúrgica. Mas frequentemente esquecemos de falar das histórias sobre pacientes que só conseguiram um alívio temporário ou, pior, sofreram sérias complicações.

É claro que médicos nunca deveriam recusar cuidados necessários e eficazes. Há muitos problemas para os quais procedimentos invasivos são os que atingem os melhores resultados, e devemos encorajar o seu uso. Mas deveríamos examinar as evidências científicas primeiro, e não tomar decisões baseadas em episódios curiosos ou no potencial para obter reembolsos mais elevados.

Nos Estados Unidos, muitos problemas de saúde são desprezados. Hipertensão, por exemplo, é uma das principais causas de morte e incapacidade, mas os médicos só conseguem controlar os níveis de hipertensão do paciente em metade dos casos. Se quisermos melhorar a saúde de nossa nação, precisamos reduzir o custo do tratamento médico e parar de desperdiçar dinheiro em cuidados que não acrescentam valor. Até que recompensemos médicos e hospitais pela qualidade dos cuidados prestados, e não por sua quantidade, vamos continuar sendo líderes mundiais nos gastos. Mas, ao mesmo tempo, nunca seremos líderes nos resultados clínicos. Até acabarmos com o mito que mais é melhor, é provável que pouco mude nesse cenário.

(*) **Robert Pearl** é médico formado pela Escola de Medicina da Universidade de Yale, com residência em cirurgia plástica e reconstrutiva na Universidade de Stanford, onde ensina estratégia,

liderança e tecnologia. É colunista da revista Forbes. Publicado com autorização.

Ensaio publicado na revista [Diagnóstico n° 30](#).

Fonte: [Diagnósticoweb](#), em 11.04.2016.