

# ÉPOCA

www.epoca.com.br



**EXCLUSIVO**



## UM TERRORISTA NO BRASIL

Um físico condenado por planejar atentados da al-Qaeda na França veio parar no Rio, ganhou bolsa do governo e hoje dá aulas numa universidade pública

# QUANDO A MEDICINA SE ENGANA

Um estudo mostra que a ciência médica volta atrás com alarmante frequência e revoga 40% das técnicas consagradas – às custas da sua saúde





VIDA

DOSES  
DE SAÚDE

# MEDICINA, DESENGANADA

Um novo livro mostra que a ciência médica volta atrás com alarmante frequência e rejeita procedimentos consagrados. Mas faz isso depois de confiarmos neles por anos ou décadas. Não há remédio para essa decepção

Marcela Buscato

**P**oucos momentos expõem tanto a fragilidade humana quanto sentar na frente do médico e aguardar, ansiosamente – mãos cruzadas sob a mesa, pernas irrequietas, pensamentos suspensos –, o veredicto derradeiro. Se o caso é simples, parece não haver razão para grandes preocupações. Diagnóstico dado, tratamento definido, assunto encerrado. Fica a sensação reconfortante de que reparar o corpo humano é algo objetivo como consertar um carro. Para cada situação, haveria uma conduta prevista no manual. Se o caso é um pouco mais complicado e oferece muita incerteza nos desdobramentos, apegamo-nos à crença na pretensa infalibilidade da medicina moderna. Afinal, os tratamentos nunca foram tão avançados. Nunca se pesquisou tanto. Nunca houve tantos dados sobre a eficácia das técnicas. Nunca se soube tanto sobre possíveis efeitos colaterais. Então, por que a

medicina tantas vezes volta atrás e descobre, como que do nada, problemas sérios em tratamentos em que confiamos por tanto tempo?

O recente trabalho de dois médicos americanos, o clínico geral Adam Cifu e o oncologista Vinay Prasad, mostra que a crença mecanicista no funcionamento do corpo e a fé quase espiritual na medicina são grandes equívocos de expectativa dos pacientes. Eles sugerem que o conhecimento médico não progride de forma tão linear quanto gostaríamos. No dia a dia da prática médica, há uma dose incontornável e pouco mencionada de incerteza. Isso é natural em qualquer ciência biológica – organismos vivos, como nós, reagem o tempo todo, de maneira inesperada e pouco compreendida, a uma infinidade de fatores. Por isso, o canadense William Osler, considerado um dos grandes clínicos modernos, definiu a medicina como “uma ciência de incerteza e uma arte de probabilidade”. Médicos não são deuses, são humanos e, ►



por mais preparados e dedicados que sejam, são necessariamente falíveis, como todos nós. Erram – e esses erros não raro custam vidas.

O trabalho de Cifu e Prasad expõe um tipo de erro pouco conhecido dos pacientes. Não se trata daquele erro mais óbvio, quando o médico receita remédio para uma doença que não existe – ou nem sequer descobre a doença. Trata-se do que, tecnicamente, muitas vezes nem é considerado erro: a adoção de procedimentos sem rigorosa e consistente base científica. A decisão de qual técnica cirúrgica ou qual medicamento recomendar em determinado caso é uma escolha que, por definição, comporta riscos para o paciente. Se o médico não segue a melhor ciência disponível, o paciente não recebe o melhor tratamento disponível. O problema, para os médicos e, sobretudo, para os pacientes, é que a construção desse conhecimento científico é muito mais imperfeita do que se supõe – e do que deveria ser. Esse fato pouco explorado explica muito do nosso sofrimento nos consultórios médicos.

Uma equipe liderada pelos dois pesquisadores americanos analisou mais de 2 mil estudos sobre técnicas cirúrgicas, eficácia de medicamentos e precisão de exames. Dos 363 artigos que testavam uma prática já adotada pelos médicos nos consultórios e nos hospitais, 40% sugeriam que as técnicas não funcionavam tão bem quanto os estudos iniciais apontavam. Ou pior: ofereciam riscos maiores ou que não haviam sido contemplados a princípio. A conclusão preocupa. Depois que falhas são descobertas, pelo cruzamento de vários estudos ou pela comparação com outras técnicas, costuma ser tarde. Os procedimentos foram incorporados ao cotidiano médico e pacientes expostos a riscos desnecessários ou tratamentos ineficazes.

Para piorar a situação, médicos, como quaisquer profissionais, tendem a cultivar hábitos, preferências e rotinas. Quando um novo estudo aponta ineficácia ou risco numa certa conduta já estabelecida, os profissionais de saúde ainda podem demorar muito a abandoná-la. Isso foi mostrado num levantamento publicado no ano passado pela

equipe do intensivista canadense Daniel Niven, no *Jornal da Associação Médica Americana*. Os pesquisadores analisaram os registros de mais de 350 mil pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTIs) dos Estados Unidos entre 2001 e 2012. Perceberam que, após a publicação de um estudo em 2001 sugerindo que o nível de açúcar no sangue dos pacientes deveria ser mantido rigorosamente dentro de um parâmetro, houve a adoção da prática nas UTIs. Mas o protocolo não foi deixado de lado a partir de 2009, quando uma nova pesquisa foi divulgada indicando que o controle rigoroso, na verdade, parecia associado a mais mortes – por mais estranho que possa parecer, e, por mais que ainda não haja boas explicações para essa constatação, é o que a melhor ciência diz. “Devemos pensar em ações concretas para promover o abandono de uma conduta, em vez de confiar que a informação será transmitida de maneira difusa e passiva após a publicação do estudo”, escreveram os autores.

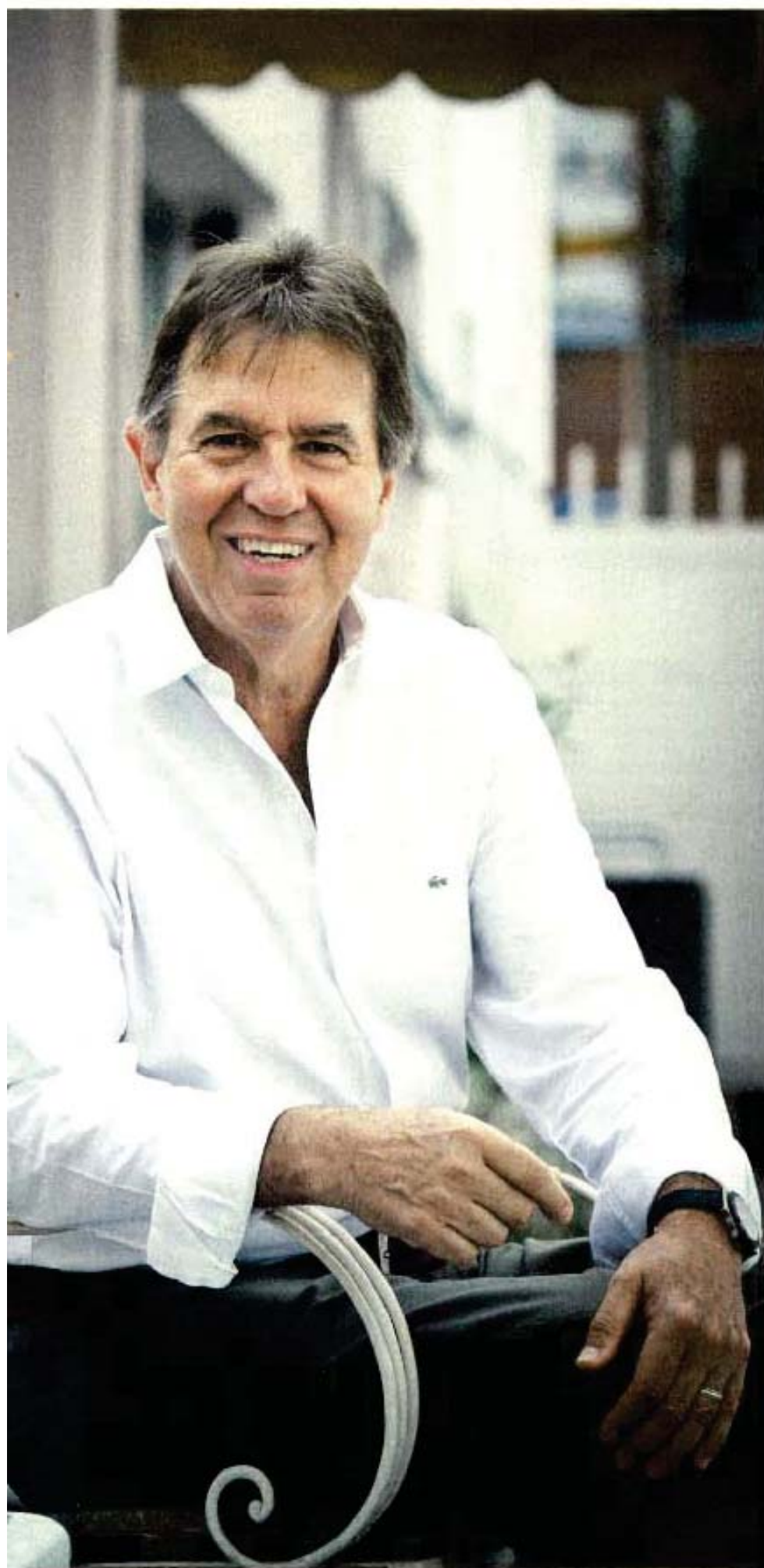
Essas reviravoltas – quando a medicina volta atrás na indicação de procedimentos, drogas e exames – não escolhem especialidade médica nem nacionalidade. Anti-inflamatórios que entram e saem do mercado são usados por pacientes no mundo todo, como é o caso do Vioxx. Ele foi lançado em 1999 e tornou-se bem difundido – até a fabricante retirá-la do mercado, cinco anos depois, porque novos levantamentos mostraram que ele aumentava o risco de infartos e derrames. Recomendações contraditórias sobre a necessidade ou não de fazer exames para procurar tumores na próstata confundem igualmente americanos e brasileiros. A partir dos anos 1980, os médicos incentivavam os homens a medir no sangue uma proteína que poderia apontar a presença de tumores na próstata. Em 2012, um painel de especialistas americanos passou a recomendar que não se fizesse mais o rastreamento: ele não diminuía significativamente as mortes e poderia induzir ao tratamento desnecessário de tumores não tão perigosos assim. O tratamento, esse sim, poderia causar dano permanente, como incontinência urinária e impotência sexual. A orientação de abandonar o rastreamen-

**O MÉDICO  
DISSE QUE EU  
PODERIA  
COLOCAR STENTS  
SE QUISESSE,  
MAS TERIA DE  
CASAR COM UMA  
CARDIOLOGISTA  
PORQUE ELES  
NÃO RESOLVERIAM  
O PROBLEMA”**

**MAURO CARAVAGGI**  
66 ANOS • ORTOPEDISTA

Ele descobriu vasos obstruídos no coração e resolveu o problema com uma operação complexa. Os stents, para desobstruir vasos, são um exemplo de técnica superindicada





to foi endossada no Brasil pelo Instituto Nacional de Câncer, o Inca, mas contestada pela Sociedade Brasileira de Urologia. No ano passado, um estudo mostrou que caiu o diagnóstico precoce de câncer de próstata nos Estados Unidos. Isso fez os especialistas se questionar: a recomendação contra o rastreamento teria ido longe demais, a ponto de colocar os homens em risco? Em meio ao debate científico, os pacientes se sentem inseguros. A lentidão natural da ciência parece cruel para quem precisa de respostas rápidas.

No livro *Ending medical reversal* (*Como acabar com os reveses médicos*, na tradução para o português), lançado nos Estados Unidos em setembro e sem edição no Brasil, Cifu e Prasad elencam uma coleção de exemplos como esses, capazes de tirar o sono dos pacientes – e dos médicos também (leia o quadro à página 55). “Se algum médico disser que nunca prescreveu um procedimento ou uma droga cuja indicação foi revista, está mentindo”, diz Cifu, professor da Universidade de Chicago. Ele diz que já incorreu em sua porção de revés médico ao receitar, durante a década de 1990, terapia de reposição hormonal para mulheres no período da menopausa. Em 2002, um estudo com 16 mil voluntárias mostrou que o tratamento oferecia, junto com os benefícios, um aumento gritante de perigos. Ele aumentava em 41% o risco de acidentes vasculares cerebrais, em 29% o de ataques cardíacos e em 26% o de câncer de mama. Eram números altos o suficiente para alarmar médicos como Cifu.

Parece difícil entender como práticas que podem oferecer riscos graves foram incorporadas ao repertório médico. E por que o procedimento continua a ser recomendado mesmo quando os riscos foram revelados. Nos Estados Unidos, os autores afirmam faltar regulamentação mais rigorosa. “Se a técnica não usar uma droga ou um aparelho novo, não precisa passar pela aprovação do órgão que regula medicamentos e dispositivos médicos”, diz Vinay Prasad, professor da Universidade de Ciências Médicas do Oregon. “Precisamos de uma agência médica para controlar a aprovação também de procedimentos.” No Brasil, ►



## PASSO A PASSO DA REVERSÃO

Uma análise de estudos sugere que 40% das práticas estabelecidas não funcionam como deveriam



Fonte: Mayo Clin Proc. August 2012; 88(8):700-705

a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) regulamenta o uso de novas drogas e aparelhos, com base em estudos que comprovem a eficácia e afastem riscos. A responsabilidade de autorizar novos procedimentos é do Conselho Federal de Medicina (CFM), que analisa pesquisas e consensos internacionais. “Uma comissão avalia os estudos. Se as normas foram cumpridas, dá o reconhecimento científico para a técnica”, diz o médico Carlos Corrêa Lima, presidente do CFM.

Há alguns poréns. Não é raro esses estudos deixarem de revelar limites na eficácia ou todos os efeitos colaterais de uma nova técnica, exame ou medicamento. No mundo ideal, todos os estudos a embasar decisões de órgãos como o CFM deveriam ser os mais bem elaborados, com os métodos mais rigorosos e

os padrões mais altos de referência. Nem sempre, contudo, estudos desse quilate estão à disposição. Esperar até que eles surjam pode significar, também, adiar a adoção de bons tratamentos.

Além disso, há a limitação natural da ciência. Por maior que seja o número de voluntários a participar de uma pesquisa, e por mais bem feito que seja o estudo, ele não conseguirá simular o mundo real. Parte dos problemas só aparecerá depois de o tratamento ser levado à população.

Um segundo tipo de problema é menos filosófico e mais fácil de resolver, caso o poder público queira enfrentá-lo. “Os fabricantes conduzem a maioria dos estudos clínicos e podem elaborá-los de maneira a favorecer o produto”, afirma Prasad. Os custos de pesquisas clínicas abrangentes são altos, difíceis de ser ban-

cados por universidades e outras instituições independentes. A maioria delas é custeada por empresas — ou seja, os dados ficam sujeitos a interferências. Os métodos escolhidos podem não ser os melhores e os resultados apresentados podem ser selecionados, para que pareçam mais animadores.

Um levantamento divulgado em 2013 pela agência do governo alemão que avalia novas tecnologias em saúde, a IQWiG, apontou que 60% dos dados descobertos pelas empresas durante testes com drogas foram omitidos dos artigos científicos divulgados publicamente. Ficaram de fora algumas conclusões sobre efeitos colaterais e os casos em que o tratamento não foi tão eficaz. “Os estudos são altamente financiados e os resultados divulgados duvidosos”, diz Wanderley Marques Bernar-



## SEGUNDA OPINIÃO

Procedimentos cujas indicações foram revistas ou que apresentaram efeitos colaterais após mais pesquisas

Procedimento	O que é	O que se pensava	O que os novos estudos sugerem
<b>VERTEBROPLASTIA</b>	Injeção de cimento ósseo em fraturas de vértebras causadas por osteoporose	Preencher as vértebras com cimento ósseo reduz a dor causada pela fratura	O procedimento talvez seja desnecessário. Pacientes que passaram por uma mera simulação da técnica também relataram sentir menos dor.
<b>STENT</b>	Colocação de uma estrutura similar a um tubo dentro de vasos em que há obstrução do fluxo sanguíneo	Foi indicado, a partir dos anos 1980, para pacientes com obstrução de vasos	O stent não prolonga a vida em casos crônicos, em que não houve infarto. Entre 1999 e 2004, um estudo acompanhou dois grupos, um com stent e outro com medicação. Os mesmos 20% em cada grupo tiveram infarto, derrame ou morreram
<b>ARTROSCOPIA PARA LESÃO DE MENISCO</b>	Introdução, por microincisões (de 4 ou 5 mm), de uma câmera e instrumentos cirúrgicos no joelho, para retirada parcial ou total do menisco, uma cartilagem	A artroscopia era indicada para qualquer tipo de lesão no menisco, causada ou por desgaste ou trauma	A artroscopia não superou a fisioterapia para tratar lesões degenerativas. Um estudo acompanhou 146 pacientes em dois grupos: um passou por artroscopia real e outro por uma simulação da cirurgia. Em um ano, não houve diferença na dor entre os grupos
<b>RASTREAMENTO PARA CÂNCER DE PRÓSTATA</b>	Dosagem de uma proteína (PSA, Antígeno Prostático Específico) e/ou exame de toque retal anualmente em todo homem com mais de 50 anos	O rastreamento seria capaz de descobrir o câncer precocemente e tratá-lo, diminuindo a mortalidade	O rastreamento não diminui significativamente as mortes e o tratamento de tumores que não seriam fatais pode causar danos (incontinência urinária e impotência). A Sociedade Brasileira de Urologia recomenda. O Instituto Nacional de Câncer, não
<b>TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL</b>	Reposição (oral ou cutânea) de hormônios que o organismo deixa de produzir com a idade, feito principalmente em mulheres no período da menopausa	Prevenção de doença cardiovascular, osteoporose e demência	A terapia eleva demais a incidência de outros problemas. Um estudo com 16 mil mulheres constatou que, nas pacientes que receberam os hormônios, aumentou a incidência de derrames (41% maior), ataque do coração (29%) e câncer de mama (26%)

Fonte: N Engl J Med. 2007;356:1503-1510 / N Engl J Med. 2013;368:2515-2524 / N Engl J Med. 2009; 361:557-568 / JNMA. 2008;29(49):1036-1045 / Final Recommendation Statement Prostate Cancer: Screening (USPSTF/2012)

do, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Soma-se a essas falhas o viés dos próprios periódicos científicos, publicações especializadas usadas pelos médicos para se informar. Estima-se que os estudos que trazem boas notícias têm o dobro de chance de ser aceitos para publicação. "As revistas científicas sobrevivem à custa do financiamento da indústria, não dos assinantes. A prioridade é divulgar novidades, não críticas", afirma Bernardo, da USP. Ele coordena um projeto da Associação Médica Brasileira, chamado Diretrizes, para reunir as melhores evidências sobre procedimentos de todas as especialidades médicas. O objetivo é ajudar os profissionais a tomar decisões com base em dados confiáveis. As melhores evidências vêm de levantamentos que compilam os resul-

tados de várias pesquisas, o que ajuda a reduzir distorções de estudos isolados.

Muitas vezes, esses levantamentos refinam o que se sabe sobre um procedimento, as indicações de uso e as contra-indicações, sem negar totalmente sua eficácia. Esse esforço só tem valia se o médico acompanhar as novidades. "O médico tem o dever de se manter atualizado", afirma Lima, do CFM. "Fica a cargo dele a indicação do tratamento, respeitando as novas recomendações." É o caso da terapia de reposição hormonal, citada pelo americano Cifu. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomenda a reposição hormonal para diminuir consequências do período da menopausa, desde que seja feita uma avaliação cuidadosa do histórico da paciente e dos riscos para ela. O Inca sugere que a te-

rapia seja usada se estritamente necessária e pelo menor tempo possível, por aumentar o risco de câncer de mama.

Essa análise criteriosa antes da indicação de intervenções nem sempre é feita com o cuidado necessário. Por praticidade ou por confiança excessiva na própria experiência, muitos médicos seguem uma tática simplista – adotam uma técnica sem as restrições necessárias ou deixam de usá-la completamente. "Temos uma cultura do tudo ou nada: ou uma técnica faz bem para todo mundo ou mal para todo mundo", afirma o reumatologista Moacyr Nobre, diretor da unidade de epidemiologia clínica do Instituto do Coração, em São Paulo. Não raramente, a balança pende para a indicação excessiva. "Há a pressão do marketing da indústria para vender drogas e aparelhos médicos como se ►



beneficiassem a todos e não apenas a um subgrupo de pacientes", diz Nobre.

Os stents, pequenos tubos que abrem vasos entupidos por placas de gordura, são um exemplo de superindicação. Usados desde os anos 1980, salvam um número incontável de pacientes cujo coração parou de receber sangue adequadamente. Mas o uso excessivo tornou-se um problema – e um mercado de US\$ 10 bilhões por ano no mundo. Pesquisas sugerem que, em casos de doença coronariana crônica, quando há vasos obstruídos, mas sem infarto, a colocação de stents não aumenta a expectativa de vida. "Se o médico estimular a percepção das pessoas de que o stent salva vidas nesses casos, vira uma festa", diz o cardiologista Maurício Wajngarten, de São Paulo. "Criou-se uma cultura, em parte também por pressão dos pacientes, que estimula os médicos a sugerir mais procedimentos. Acredita-se que o melhor profissional é aquele que sugere intervenções." Nos casos de doença coronariana crônica, os stents podem ajudar a diminuir dores no peito e aumentar a qualidade de vida dos pacientes. Mas estudos citados por Cifu e Prasad em seu livro sugerem que o desconforto acaba voltando alguns anos após o procedimento. Os autores americanos defendem uma posição radical: nessas situações, o tratamento com remédios pode ter o mesmo efeito, com menor risco. Diante de controvérsias como essas, o paciente deve pedir ao médico que apresente dados e explicações que embasem sua indicação. "Os stents se modernizam e o uso é cada vez mais específico", diz o cardiologista Pedro Silvio Farsky. "Os novos estudos ajudam a refinar a indicação."

Foi uma conversa franca com seu médico que fez o ortopedista Mauro Caravaggi, de 66 anos, optar por um caminho difícil, mas eficaz para seu caso – mesmo que isso significasse abrir mão da facilidade dos stents e fazer uma cirurgia complexa de revascularização de áreas do coração. Ele descobriu vasos entupidos durante um check-up de rotina – as raquetes para seus jogos de tênis habituais estavam no porta-malas do carro e um infarto, talvez, à espreita. Caravaggi poderia colocar stents na-

quela hora, aproveitando-se do exame, mas o médico o aconselhou a fazer a cirurgia. A extensão da obstrução era muito grande e a anatomia dos vasos complicada. "O médico disse que eu poderia colocar stents se quisesse, mas teria de casar com uma cardiologista para ficar de plantão ao meu lado, porque eles não resolveriam o problema", diz Caravaggi. Ele fez a cirurgia apenas alguns dias após o diagnóstico e ficou dois meses em recuperação. Hoje, três anos depois, joga tênis até quatro vezes por semana. Continua casado com sua mulher, uma dentista.

A cultura da superindicação tem suas raízes na falta de preparo de muitos profissionais de saúde. Eles não conseguem avaliar adequadamente os novos estudos e fugir de pesquisas tendenciosas. "O médico precisa ser muito aplicado para conseguir avaliar o resultado das pesquisas", diz a pediatra Edina Koga Silva, coordenadora da pós-graduação em saúde baseada em evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). "É um volume muito grande de informações para filtrar e nem todos têm conhecimentos estatísticos para fazer essa análise." Para ajudar a formar médicos mais preparados para esse tipo de avaliação, o curso de medicina da Unifesp conta com uma disciplina que ensina os princípios da medicina baseada em evidências. É essa área de estudos, criada nos Estados Unidos nos anos 1980, que impulsionou o uso de modelos estatísticos como um dos critérios para embasar a adoção de tecnologias na área da saúde.

À falta de preparo para fazer esse tipo de avaliação, soma-se a maneira viciada pela qual muitos profissionais se informam. "Muitos médicos se atualizam só em congressos e cursos patrocinados pela indústria farmacêutica e de dispositivos médicos", afirma Miguel Cendoroglo Neto, diretor superintendente do Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo. "Nesses eventos, eles podem aprender uma técnica que não é a melhor, segundo os critérios da medicina baseada em evidências." No hospital, a equipe do Projeto Coluna, que trata pacientes com problemas ortopédicos, lida diariamente com as consequências da indicação ex-







**TINHA A  
INDICAÇÃO DE  
TRÊS MÉDICOS  
PARA OPERAR A  
COLUNA. SESSÕES  
DE FISIOTERAPIA  
E A APLICAÇÃO DE  
UMA MEDICAÇÃO  
MELHORARAM  
MINHAS DORES  
DE ANOS”**

**SALVADOR FLORES**  
60 ANOS • TÉCNICO EM MANUTENÇÃO

Após sofrer com dores por anos, estava disposto a seguir a indicação de três médicos para desativar nervos na coluna. A aplicação de uma droga teve o mesmo efeito

cessiva. Pacientes encaminhados por convênios médicos e com indicação prévia para operar a coluna são reavaliados por uma equipe de ortopedistas e fisioterapeutas do hospital. Em quase 60% dos casos avaliados até hoje, a equipe discordou do tratamento sugerido aos pacientes inicialmente. Indicações de cirurgias foram revertidas para sessões de fisioterapia ou para procedimentos menos invasivos. “Não sabemos se muitos médicos são mal formados ou se há realmente algum incentivo financeiro para que prescrevam intervenções caras e desnecessárias”, diz o ortopedista Mario Ferretti, gerente do projeto.

O técnico em manutenção Salvador Flores, de 60 anos, passou por três médicos que indicaram que ele fizesse um procedimento para desativar nervos na região lombar que causavam dores havia anos. A equipe do Einstein não concordou com a decisão e sugeriu sessões de fisioterapia e a aplicação localizada de uma medicação. O medicamento era tão eficaz no alívio da dor quanto a técnica sugerida inicialmente a Flores. Cada injeção não custava mais do que R\$ 20, enquanto a cirurgia sairia pelo menos R\$ 4 mil. As dores de Flores não desapareceram totalmente, mas agora ele leva uma vida normal. “Não tomo mais anti-inflamatórios e tenho menos limitações para fazer o meu trabalho”, diz.

Para quem está do outro lado da mesa no consultório, os pacientes, os reveses na medicina podem soar assustadores. São um lembrete incômodo de que a comunidade científica, a comunidade médica e as agências fiscalizadoras que zelam pela saúde do cidadão são mais falíveis do que poderíamos pensar. Há limites científicos e regulatórios a ser superados, mas os reveses são também um sinal tranquilizador. Eles indicam que nunca se pesquisou tanto nesse campo. E que nunca foi tão fundamental, mesmo em meio a tantos avanços tecnológicos, a figura do bom médico. O maior desafio para os pacientes não é escapar do vaivém da ciência e da influência dos interesses baixos, e sim encontrar quem seja capaz de fazer isso por ele. ♦

Com Ana Helena Rodrigues