



Perspectiva *versus* Realidade

A maioria de nós possui um apreço especial pela mudança de ano, a despeito da *realidade* permanecer a mesma após a meia-noite do dia 31 de dezembro. O que faz da passagem de ano um momento especial é outro tipo de mudança: a que ocorre com nossa *perspectiva*.

Consciente ou inconscientemente, este é um momento reflexivo, em que avaliamos os acertos e erros do ano passado, imaginamos novos objetivos e assumimos novas *perspectivas* para o tempo vindouro. Isso é suficiente para promover certa sensação temporária de plenitude, mesmo que a realidade permaneça a mesma.

Perspectiva é diferente de *realidade* e a primeira tem maior impacto do que a segunda. Nossa satisfação depende mais da *perspectiva* do que da *realidade*. Isto está demonstrado cientificamente e o experimento que será descrito permitirá fazer uma correlação entre *perspectiva* e prática médica.

Cientistas analisaram experimentalmente o comportamento de dois macacos (vários experimentos sequenciais com diferentes pares de macacos), confinados em jaulas diferentes. Em ambos os casos, o chão das jaulas disparava choques elétricos simultâneos e intermitentes. Na jaula esquerda, havia um botão para o macaco desligar a descarga elétrica, interrompendo o choque. A jaula da direita não possuía este botão, porém, sempre que o macaco da esquerda apertava o botão, a eletricidade era também desligada na jaula da direita. Isso fazia com que os tempos de choque dos dois macacos fossem idênticos. A *realidade* dos choques era idêntica nos dois macacos. No entanto, o macaco da esquerda (o que apertava o botão) permaneceu saudável, ativo, feliz, enquanto o macaco da direita se tornou deprimido, emagreceu e adoeceu. Se os dois recebiam a mesma quantidade de agressão física, por que a resposta clínica foi diferente?

A diferença é que o macaco da esquerda tinha a impressão de controle sobre os choques, enquanto o macaco da direita ficava à mercê do desligamento do dispositivo de choque pela vontade de outrem. Nós, humanos, somos como estes macacos. **A *perspectiva* de falta de controle sobre nossa *realidade* incomoda bastante a mente humana. Por algum motivo, talvez instinto de sobrevivência, não aceitamos a perda de controle.** Isto ocorre a despeito da realidade de que não temos controle absoluto sobre nosso des-



Luís Cláudio Correia

- Professor Livre-Docente em Cardiologia
- Doutor em Medicina e Saúde
- Professor Adjunto da Escola Bahiana de Medicina

tino, o qual é regido, prioritariamente, pelo acaso social (encontros e desencontros) e pelo acaso biológico (interações moleculares de um sistema complexo). Ou, sob outra ótica, regido por uma “força maior”, que se traduz com aparência de acaso.

É exatamente esse fenômeno mental que nos distancia do paradigma da *Medicina baseada em evidências*. Mesmo que não tenhamos controle, ter a *perspectiva* de controle é suficiente para nossa satisfação, tal como no caso do macaco que desligava o choque, mas não tinha controle sobre a quantidade de choques ou quando eles surgiam.

Em medicina, muitas condutas não mudam a *realidade* do indivíduo. Porém, dão ao paciente e a seu médico a *perspectiva* de estar fazendo alguma coisa, a *ilusão de controle sobre o desfecho*. Por este motivo, tratamentos complexos, dolorosos e de alto custo são usados, mesmo que não mudem o desfecho (*realidade*) do paciente; exames desnecessários são utilizados, promovendo o fenômeno da *overdiagnosis*, prejudicando o paciente. Tudo isso para que tenhamos uma perspectiva de controle sobre nossa realidade. Nestes casos, estamos nos comportando como os macacos dos experimentos: perdemos a racionalidade.

Tratamentos quimioterápicos são usados até o último momento em pacientes terminais, pois o maior sofrimento seria a sensação de perda de controle, como se diz popularmente, de “jogar a toalha”. Assim como angioplastias coronárias (desprovidas de benefício clínico) são realizadas em pacientes assintomáticos, apenas para trazer ao paciente e seu médico a falsa sensação de ter resolvido o problema.

Na esfera diagnóstica, o recente artigo, publicado no *New England Journal of Medicine*, intitulado *Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence*¹, traz-nos uma reflexão neste sentido. O trabalho descreveu as incidências de câncer de mama em estágio inicial e em estágio avançado ao longo dos últimos 30 anos nos Estados Unidos, demonstrando o impacto da introdução da triagem de câncer na população.

De fato, houve um aumento relativo de 100% no diagnóstico de “câncer” em estágio inicial, de 122 para 234 casos diagnosticados a cada 100.000 mulheres. Com tantos “cânceres” diagnosticados em estágio inicial, seria de se esperar uma redução substancial dos cânceres em estágio avançado, pois estes passariam a ser diagnosticados mais precocemente. Porém, a incidência de câncer avançado sofreu mínima redução, de 102 para 94 casos a cada 100.000 mulheres.

Por que isso ocorreu? O fato é que vários desses “cânceres” diagnosticados precocemente são “lesões” que não evoluirão para um verdadeiro câncer. Esses “cânceres” precoces não são os precursores dos cânceres verdadeiros, aqui denominados de **avançados**. Por isso, o ato de diagnosticar e tratar um “câncer” em estágio inicial não causou impacto sobre os verdadeiros cânceres (avançados). Porém, este tratamento deve ter promovido piora da qualidade de vida nas mulheres, agora rotuladas de portadoras de um câncer, sendo submetidas a terapias agressivas, como a quimioterapia, a radioterapia e a mastectomia.

O *screening* do câncer de mama serve para nos oferecer uma perspectiva de controle sobre essa doença; quase que apenas isso pois, na prática, a *realidade* não muda: o risco de morte por câncer de mama permanece o mesmo. É baseado neste raciocínio que o *US Prevention Task Force* contraindicou o *screening* anual para câncer de mama entre os 40 e 50 anos de idade, gerando revolta por parte de médicos que realizam o procedimento de mamografia².

Na mesma linha de raciocínio está a ilusão da pesquisa de doença coronária no indivíduo assintomático. Sabe-se que (salvo extremos de gravidade) encontrar doença subclínica não reduz risco, pois procedimentos invasivos não trazem benefícios. Trariam controle dos sintomas, se necessário, mas controle de sintomas no assintomático, obviamente, não é necessário.

Na esfera prognóstica, propagamos a ideia de que precisamos encontrar uma forma de prever exatamente quem terá e quem não terá um

infarto. Julgamos que nossas ferramentas atuais são fracas porque erram algumas vezes e determinamos a necessidade de novos biomarcadores. Estes surgem e são incorporados na clínica, sem que se considere o pouco valor incremental do ponto de vista científico: proteína C-reativa, microalbuminúria, espessura médio-intimal de carótidas. Na verdade, prever o futuro é um grande desafio; é natural errar algumas vezes e nunca teremos um modelo perfeito de predição. A utilização sem base em evidência de novos biomarcadores serve para nos dar a falsa *perspectiva* de controle sobre nosso destino. Se pensarmos que a *realidade* nunca será totalmente previsível, ficaremos mais satisfeitos com ferramentas clínicas, como o escore de

previsibilidade da vida (*A insustentável leveza do ser*, segundo o romance de Milan Kundera), apenas adote medidas de controle dos seus fatores de risco e torça para não ser um azarado que terá morte súbita”? Evidentemente, a primeira opção é a mais sedutora.

Portanto, nossa necessidade de controle é um dos mecanismos mentais que nos levam a negligenciar princípios científicos, a procurar a ilusão de que estamos tratando (mesmo sem tratar) e de que estamos prevenindo (mesmo sem prevenir).

Precisamos mudar de *perspectiva* e, como saída, podemos pensar na perspectiva da qualidade de vida. Com certeza, submeter pacientes assinto-

“A realidade é que não temos controle absoluto sobre desfechos clínicos e devemos evitar uma busca frenética por este controle em detrimento da valorização de evidências científicas.”

Framingham, e seremos mais racionais na análise crítica de novos biomarcadores.

A *realidade* é que não temos controle absoluto sobre desfechos clínicos e devemos evitar uma busca frenética por este controle em detrimento da valorização de evidências científicas. Ao escrever isso, é meu hemisfério cerebral esquerdo (racional) que fala. No entanto, o *marketing* do excesso de exames (*check-up* das revistas das empresas aéreas TAM e GOL, por exemplo), da indústria farmacêutica e de materiais médicos não trabalham com o lado esquerdo do cérebro. O *marketing* do consumismo, como boa estratégia de convencimento, trabalha com o nosso hemisfério cerebral direito, que é intuitivo, sentimental e muito mais facilmente seduzido.

O que é mais sedutor: “Faça exames para diagnosticar sua doença antes que ela complique sua vida, melhor prevenir do que remediar” ou “*Check-up* cardiovascular no indivíduo assintomático não muda desfecho. Conte-se com a im-

máticos a exames e tratamentos agressivos compromete a qualidade de vida, e isso nem sempre é compensado por melhora de sobrevida.

Meus votos para 2013 são os de mudança de *perspectiva*. Refiro-me à ideia de que a eliminação de testes e tratamentos desnecessários pode melhorar nossa qualidade de vida, evitando efeitos adversos indesejados. Apenas precisamos separar o que é conduta médica benéfica daquilo que serve apenas como ilusão. Essa mudança de *perspectiva* será favorável ao raciocínio clínico científico.

REFERÊNCIAS

1. Bleyer A, Welch HG. Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence. *New England Journal of Medicine* 2012; 367:1998-2005.
2. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine* 2009; 151:716-726.