

Iatrogenia

Velhos e novos aspectos da face velada da Medicina

A. de Oliveira Soares *

A muito compreensível tendência das instituições para divulgarem preferencialmente os êxitos da Medicina e a propensão dos clínicos para exporem os casos em que se fez um diagnóstico correcto, com boa sequência terapêutica e benefício para os doentes, não implica que não nos debrucemos, uma vez por outra, sobre o insucesso, a inoperância, a insuficiência e, mesmo, o dano induzido. As reflexões sobre o que correu mal, ou menos bem, são salutares. Corrigem euforias excessivas (momentos “hipomaniacos” da prática clínica) e ajudam a evitar que se reincida em erros. Fazem, assim, parte integrante do processo de amadurecimento profissional, de consolidação da experiência.

Atribui-se a Santa Teresa de Ávila o seguinte conselho às suas companheiras de clausura: “Não chamem o médico, não! Todos morremos de morte e ele até pode trazê-la mais cedo”.

No século XVI, este cepticismo da grande mística espanhola teria bastante fundamento. Hoje, ninguém com um mínimo de boa-fé porá em causa os grandiosos progressos da Medicina, nem duvidará que a notável expansão da esperança média de vida guarda com eles uma correlação estreita. Não há margem para discutir a importância dos enormes avanços das técnicas e artes de evitar, compensar ou curar as doenças, alcançada nos últimos cento e cinquenta anos.

Sob uma óptica altamente subjectiva, escolho como exemplos de grande relevo: a anestesia geral; a microbiologia; a assepsia e antisepsia; a quimioterapia antimicrobiana; os pesticidas; as vacinas; as transfusões de sangue; a radiografia; os diuréticos; a hemodiálise e os cuidados intensivos do “grande doente”.

Esta é a face luminosa que a Medicina dos fins do segundo milénio vira para nós e cujo brilho nos faz baixar reverentemente os olhos. Não fiquemos, contudo, tão encandeados que nos passem despercebidos aspectos menos favoráveis da prática médica. Eles não chegam, de forma alguma, para neutralizar os benefícios. Mas bastam, ainda assim, para reconhecermos que a Medicina tem uma outra face, menos brilhante.

* Assistente hospitalar graduado de Medicina Interna Hospital de Santa Maria, Lisboa

Não lhe chamarei a face “oculta”, por o adjectivo me parecer malicioso e passível de induzir confusões penalizantes em excesso. Recorro à qualificação de face “velada”, já que é instintivo, da parte dos médicos, dar uma pequena ajuda ao descerrar dum ténue véu sobre o que não corre totalmente bem na Medicina, ou corre mesmo mal.

O caso mais identificável é, neste âmbito, o da doença que tem por causa actos praticados ou omitidos pelo próprio médico — *iatrogenia*. Mas o problema, em nossos dias, é muito mais extenso, e abrangente, com frequência, doutros profissionais e duma variedade de instituições, como procurarei expor, em completo acordo, neste ponto, com a tendência actual de vários teóricos da Medicina de expressão anglófona.

Que não se tomem as considerações que se seguem por afirmação dum balanço negativo das práticas das pessoas, singulares ou colectivas, que se ocupam da Saúde. O saldo final é positivíssimo e, a todos os que lutam contra a doença, faço desde já uma vênica de desvelado reconhecimento. Não abduco, porém, de analisar a fracção menor, a virtualidade de induzir danos em vez dos benefícios almejados.

Iatrogenia (em sentido restrito)

A iatrogenia já era reconhecida na antiga Babilónia, pois o “Código de Hamurabi” legislava sobre ela, cerca de 1700 a.c., ao estabelecer sanções para o médico que causasse a perda dum olho ou dum braço, a par de definir remunerações para aquele que salvasse os mesmos órgãos.

Seria impertinente abordar aspectos morais da iatrogenia ou falar de culpa, só avaliável por análise individual de caso. Restringir-me-ei a factos genéricos, começando por afirmar que causar doença não é, de forma alguma, sobreponível a ser culpado de ter acontecido essa doença.

Não quero com isto dizer que alargue à Medicina o curioso conceito de António Amaral Coutinho: “A Ciência não tem ética...a prática da procura do saber... é efectivamente amor.”¹ Discordo, muito particularmente no que respeita à Medicina. Verdade seja dita, a *Medicina não é uma ciência*, é uma actividade que reúne fundamentos colhidos em variadas disciplinas científicas, prática de tonalidade artística, sentido global de serviço público e de profissão muito antiga e muito especial.²

De facto, não é a médicos, mas sim a cientistas que terá de se pedir a responsabilidade de experiências monstruosas, o exemplo perfeito das quais foi o “teste de campo” da eficácia da vacina BCG, realizado em meados do século, na América. Consistiu em vacinar metade dos índios duma “reserva” cuja população nunca tinha tido contacto com o agente da tuberculose, introduzindo depois na comunidade alguns índios portadores da doença em actividade, recrutados em hospitais urbanos. O resultado foi a

morte de milhares de pessoas do grupo não vacinado³. Este e outros crimes contra grandes massas humanas nada têm que ver com iatrogenia, são páginas negras da história da Ciência, da qual a Medicina se demarcou e bom será que continue a manter-se alheia, pois não é amoral, tem uma ética que já estava muito bem definida no séc. V a.c. (Hipócrates) e é objecto de cuidada actualização, à medida que novas tecnologias, geradas pelos avanços científicos, levantam problemas igualmente novos.⁴⁻⁵

Iatrogenia tem a ver, isso sim, com actos da prática da Medicina resultando em prejuízo. Existe uma taxa de danos que é inevitável, começando pelas limitações da "ars medica" num determinado momento. Quando, no séc.XVII (e até mais tarde), se sangravam pessoas com anemia, essa prática, embora nociva, correspondia à informação científica coeva, e o médico, ou o sangrador, procediam "de acordo com os conhecimentos actuais". A incidência dos erros evitáveis essa é que pesa na consciência do clínico.

Ora, como costume dizer, *erros só não os faz quem os não confessa*. A grande questão é a frequência. Realmente, a diferença entre um bom médico e um médico menos que bom é capaz de ser somente o número de falhas clínicas na prática de um e do outro.

Mas, repito, alguma iatrogenia sempre haverá, por factores humanos e por outros que se lhes associam. Na iatrogenia estão implicados, para lá do que já se disse, muito mais que lapsos, faltas técnicas ou erros.

Tenho estado a tecer considerações sobre a forma de doença iatrogénica que ocorre na relação que só envolve um clínico e um paciente, mais vezes representada na clínica domiciliária ou de gabinete privado que na Medicina institucionalizada. Prossigo, enunciando sinteticamente os *factores* que entendo dominarem neste primeiro tipo de iatrogenia.

Erro diagnóstico

Por conhecimento insuficiente, depreciação ou sobrevalorização de sintomas e sinais, interpretação restrita à síndrome (omitindo a busca de causalidade, limitação de exames complementares e várias outras deficiências, o erro diagnóstico é uma causa grande de iatrogenia.

Semiologia perigosa, injustificada

Outra fonte iatrogénica, a que os avanços tecnológicos dão importância crescente. Está em jogo a questão do bom senso e da ponderação de riscos contra benefícios esperados. Contudo, acontecem, por vezes, efeitos adversos inimagináveis. Recordo uma gravíssima crise "vaso-vagal" pela picada da agulha com que se ia fazer a anestesia local para biópsia hepática e uma outra, também aparatosa, desencadeada pela pressão da sonda de ecografia cardíaca sobre a grelha costal⁶. É fácil pensar nos perigos duma aortografia ou duma laparotomia exploradora, mas não

se tem presente que possam ser iatrogénicos actos como os mencionados.

Anúncio de prognóstico inquietante

Ocultar ou abrir um prognóstico de gravidade é um velho dilema médico. Nem sempre se prevê quem vai reagir muito mal. Vários tipos de reacções depressivas e outras que influenciam negativamente a qualidade da vida são sempre de temer. Num caso extremo, a informação a um adolescente de que sofria de faringite crónica, sem cura radical, determinou uma tentativa de suicídio.

Erros terapêuticos

O tratamento pode ser errado na sua concepção ou na sua execução. Mas o erro terapêutico não implica só uma medida inadequada ou mal feita. O acto adequado pode pecar por insuficiência (omissão como limite) e por excesso.

Há referências a erros terapêuticos determinantes de prolongado sofrimento, com repercussões dramáticas. Recordo-me dum caso de colostomia sem justificação⁷. Os tratamentos mais invasivos dão, geralmente, formas mais espectaculares de iatrogenia, mas não se trata duma regra.

Efeitos adversos de medicamentos

Há que fazer uma distinção entre efeitos imprevisíveis ou dificilmente previsíveis, geralmente resultantes de idiosincrasia (reacções anafilácticas, variantes metabólicas), efeitos farmacológicos próprios do composto em causa, embora de intensidade variável, logo previsíveis (bradicardia dos betabloqueadores, perturbações da acomodação visual dos anticolinérgicos) e efeitos de mecanismo mal esclarecido, possivelmente psicogénicos, relacionados com reacções à figura do clínico (hipertensão da bata branca) ou ao acto terapêutico (cefaleias pela ingestão duma resina não absorvível). Esta última categoria não pode ser prevista, tal como os fenómenos metabólicos anómalos (intolerância às xantinas, v.g.). Por outro lado, o passar do tempo acrescenta a numerosos fármacos efeitos adversos que não se lhes suspeitava, nos primeiros anos de uso clínico, o que justifica a ênfase que presenteiramente se põe na *farmacovigilância*.

Assim, a defesa contra efeitos indesejáveis de medicamentos que, em teoria, são indicados e correctamente prescritos, é limitada, havendo a crescer as *interacções medicamentosas*, nunca passíveis de conhecimento total.

Desinteresse e abandono do doente

Refiro-me a uma progressiva forma de fadiga clínica, especialmente comum em casos que se arrastam, morosos ou incuráveis, de tratamento frustrante e, por vezes, em associação com características desconfortáveis ou incómodas da personalidade do paciente.

Sentir que o médico já não se empenha no seu caso é, quase sempre, muito penalizante para o enfermo crónico, que amiúde sofre reacções de desgosto, vexame ou revolta. Um ou outro poderão desenvolver franca síndrome depressiva. Mesmo os que reagem da forma mais adequada, isto é, procurar outro médico, costumam ficar magoados.

O abandono pelo clínico, situação-limite, pode ser uma seca despedida, ou “alta” da consulta. Pode assumir a forma mais atenuada de “passar” o doente a outro médico. Qualquer destas situações é frequente.

Iatrogenia de agentes múltiplos

Estamos em terreno que ultrapassa a relação primária e fundamental dum clínico com o seu paciente, porque entram em jogo outros factores que conduzem a resultados lesivos do acto médico. Dito doutra forma, somam-se às acções do clínico outras acções, mas há prejuízo, logo existe iatrogenia, ainda que sob forma mais complexa.

Apreciável em incidência e ocorrendo também no âmbito da clínica domiciliária ou de consultório individual, é a iatrogenia para que concorre a farmácia. Há o caso da prescrição concomitante com a do médico e que tem efeitos negativos, por si ou pela associação indesejável de certos compostos. Há, e não é muito raro, problemas de leitura, interpretação ou indicações, com o receituário.

Ocorre-me o caso dum leitora errônea da prescrição, levando o farmacêutico a indicar ao doente que tomasse seis comprimidos diários dum diurético e um comprimido diário dum “nitrito” de acção breve, precisamente ao contrário do que estava escrito na receita (com caligrafia bem legível). Contribuiu para este facto a semelhança dos nomes comerciais dos dois medicamentos (Fludex R e Flindix R). Resultou hipocaliemia e desidratação de gravidade, com necessidade de hospitalização.

Instituições com internamento

Neste circunstancialismo, a iatrogenia é passível de resultar — e resulta muitas vezes — de acções convergentes de vários profissionais.

Os *actos de enfermagem* têm efeitos deletérios frequentes, a despeito dos inestimáveis serviços prestados pela classe, em conjunto.

Um exemplo é a “troca” de medicações. Recentemente, um doente meu, não diabético, recebeu uma alta dose de insulina que se destinava a outro paciente e foi bem difícil resolver a hipoglicemia que resultou. As *confusões de formulação* também não são raras — dar cloreto de cálcio por via endovenosa, em vez de *gliconato de cálcio*, por exemplo. Erros do *modo de administração* continuam a acontecer. Ainda não há muito, voltei a testemunhar as funestas consequências dum injeção rápida de cloreto de potássio, que deveria ter sido dada em grande diluição e perfusão gota-a-gota, obviamente.

Não só com medicamentos sucedem intervenções iatrogénicas a nível de enfermagem. Dois exemplos passados em hospitais diferentes:

1. Duas enfermeiras balançam um doente, para o passarem da maca para a cama da sala de observação, após deslocação a um laboratório. O corpo, excessivamente impulsionado, passa sobre o leito e estatela-se no chão, do outro lado, resultando *lesões traumáticas* de gravidade. É um caso de intervenção *entusiástica e excessiva*.

2. Na sala de observação doutra “Urgência” hospitalar, a meio da madrugada, uma enferma agitada e demente derruba o suporte do “soro”, caindo o pesado recipiente sobre o abdómen dum hipertensa renovascular operada por hematemese, ainda sob efeito anestésico⁸ Ninguém se apercebeu do acidente; a paciente operada e traumatizada é encontrada morta, na ronda da manhã. A autópsia vem a revelar hemoperitoneu maciço, por rotura do baço.

É um caso de intervenção omissa — falta de vigilância, aliás compreensível, no ambiente muito sobrecarregado dum “Banco” conhecido por afluência maciça de doentes.

As *auxiliares de acção médica* têm, entre outras, as *tarefas de distribuir alimentos e auxiliar* os menos válidos a ingeri-los. O aligeiramento deste trabalho é banal, em regra por falta de tempo para insistir, longa e pacientemente, o que amiúde contribui para desnutrição, desidratação e dismetabolismo. Inversamente, o forçar em excesso a ingestão da comida pode induzir outros problemas: asfixia — pneumonia de aspiração, feridas da boca, fractura de dentes. Tenho visto tudo o que menciono, com apreciável frequência.

Os *maqueiros* são alvo de bastantes lamentações de doentes traumatizados ou com dores vivas, que falam de transporte violento ou, pelo menos, pouco cuidadoso. Também lhes é atribuído o repetitivo extravio de exames complementares importantes, no decurso de transferências. Parece caricato falar disto, mas pode implicar atrasos de terapêutica.

A má qualidade dos resultados de exames complementares do diagnóstico é, muito banalmente, consequência de circunstancialismos vários em que estão envolvidos, entre outros factores, *técnicos-profissionais* de Radiologia, Patologia Clínica, etc. São de muito diversa natureza os erros laboratoriais, avultando “troca” de resultados e incorrectos processamentos.

O desenvolvimento de novas tecnologias, de que emergem mais intervenções semiológicas e terapêuticas, acompanha-se, como é previsível, de formas até então inéditas de iatrogenia, que se entrelaçam com as já existentes.

O lugar onde mais agentes iatrogénicos confluem é o *hospital*. Rememoremos como, ainda que superficialmente:

A. O factor hospitalização, por si

O simples facto de hospitalizar é, mormente em enfermarias de grande aparato instrumental e diminuído contacto humano ("boxes"), indutor de perda de referências ambientais, despertando estranheza, angústia e medo, que podem romper o equilíbrio psíquico de doentes especialmente frágeis, despoletando estados de desorientação ou verdadeiras psicoses.

Idosos, deficientes sensoriais, neuróticos e crianças correm risco relevante. Relacionam-se por regra tais quadros psíquicos agudos com unidades de cuidados intensivos ("síndrome das unidades de coronários"), mas podem acontecer em enfermarias comuns.

B. Interações iatrogénicas complexas no hospital

Sob este título, o melhor é um exemplo real de múltiplas interações negativas no tratamento hospitalar duma doente.

Caso clínico: Mulher de 83 anos, diabética, invisual por retinopatia e glaucoma, com insuficiência cardíaca de grau ligeiro, manifestada por fatigabilidade e extra-sístolia. Psiquismo e relacionamento normais. Tratamento crónico com 60-70 U/l de insulina retardada, diariamente, diurético e digitálico em baixas posologias.

Entra repentinamente em edema pulmonar agudo, na residência.

Um médico, seu familiar, institui as primeiras medidas terapêuticas e fá-la transportar à urgência dum hospital central. Electrocardiograma com padrão de enfarte antero-septal. A continuidade do tratamento resolve o quadro agudo. Às 6 horas de evolução, o valor de CPK é de 630 U/l e o da fracção MB é de 110 U/l. É internada numa unidade de monitorização, cujo residente fica apreensivo por ocorrerem extra-sístoles ventriculares. O familiar-médico opina que as ectopias não são mais frequentes que o usual nos últimos 3-4 anos e diz recear efeitos adversos de fármacos anti-arrítmicos. Não obstante este parecer, é instituída perfusão endovenosa de lidocaína. A doente entra em agitação psicomotora, cai da cama por duas vezes e acaba por ser manietada.

Nos dias seguintes, embora mantendo boas condições hemodinâmicas e seguindo a evolução típica dum enfarte não complicado, a paciente desenvolve outras perturbações psíquicas, incluindo desorientação, medo e reacções negativas ao ambiente hospitalar. São-lhe repetidamente administradas benzodiazepinas, que provocam paroxismos de agitação.

No 5.º dia de evolução do enfarte, continuando a não haver complicações do foro cardiológico, cai novamente da cama — o Serviço não possui leitos com grades — e fractura as epífises superiores dos dois úmeros. Resulta maior imobilização, imposta pela contenção ortopédica, e agitação acrescida. No 10.º dia de internamento, ao chegar para a visita, o médico-familiar

recebe das três enfermeiras de serviço, reunidas em convívio no posto de controlo dos monitores, a seguinte notícia: "A sua doentinha está a acabar. É o fim natural. Foi-se esgotando..."

O médico residente encontra-se indisponível, a computadorizar um trabalho. O familiar observa a paciente, diagnostica por critérios clínicos coma hiperosmolar, que é confirmado por análises de sangue (glicose=1000 mg/dl; ureia = 170 mg/dl; sódio = 165 mEq/l; potássio = 7,8 mEq/l) e urina (glicose = ++++; acetona = 0). O quadro é resolvido com hidratação (água por sonda gástrica + cloreto de sódio hipotónico EV) e insulinoterapia reforçada.

Depois de recuperar do coma, a doente passa por uma fase mais lúcida e calma, mas voltam os terrores nocturnos, dão-lhe de novo benzodiazepinas, entra de novo em agitação, sofre mais quedas, é outra vez imobilizada e acaba por entrar num estado de pânico quase contínuo.

Na terceira semana, encontra-se alienada e em insuficiência cardíaca franca, embora a ecocardiografia "revele" que a fracção de encurtamento do ventrículo esquerdo é boa e não há alterações segmentares da contractilidade, pelo que não é instituída terapêutica compensadora.

O pessoal do Serviço manifesta uma certa aversão pela enferma, que é incómoda, barulhenta, difícil de tratar. Médicos e enfermeiras fazem pressão sobre a família para aceitar alta, que é rejeitada por não haver, minimamente, condições para tratamento em casa duma situação que se complicou tanto — enfarte subagudo, agitação contínua, fracturas múltiplas, insuficiência cardíaca descompensada, diabetes instável.

Junta-se anorexia à mantida inquietação, a falência cardíaca progride, enfermeiras e auxiliares mostram-se totalmente incapazes de controlar a doente, cada vez mais fatigadas dela. Desleixo na insistência para se alimentar e agressividade verbal perpetuam um ciclo de medo e degradação mental, a que se associa emagrecimento (perda de 20% do peso à 6.ª semana), envelhecimento aparente acelerado e alienação cada vez mais profunda.

Cai-se num impasse clínico. Apesar da boa evolução do enfarte e das fracturas, a doente está pior, dos pontos de vista geral, psíquico, cardíaco e metabólico. Na 10.ª semana, declara-se uma infecção grave das vias respiratórias inferiores, tratada com ampicilina, sem que seja tentado isolamento do agente causal. Na 10.ª semana, a paciente encontra-se em insuficiência cardiopulmonar refractária. A ecografia cardíaca volta a definir "boa função". Morre, em edema pulmonar intratável, no 75.º dia de internamento.

Por que correu tão mal este caso clínico dum Serviço de alta diferenciação tecnológica, mais próximo duma história de terror que dum exemplo de boa prática hospitalar?

As respostas deduzem-se da narrativa e prendem-se com um entretecido de múltiplas acções iatrogénicas. De qualquer forma, clarifico o essencial no *Quadro 1*

Julgo que não será excessiva severidade considerar que foi pior a "cura" que a doença, já que o enfarte do miocárdio resolveu, por múltiplos critérios, e até as fracturas umerais consolidaram. Assim, a causa de morte é, em minha opinião e neste caso concreto e real, *iatrogenia*.

Diz Barros Veloso — e muito bem — que "a actividade hospitalar é a área de eleição para actuar em termos de qualidade" e que o binómio "bom diagnóstico / boa terapêutica é o conceito que os médicos têm de qualidade em Medicina Interna".⁹

O caso-exemplo que expus é a antítese, ou seja, uma pungente negação da qualidade de cuidados.

Uma vez que se está a tratar de iatrogenia de agentes múltiplos, cabe aqui uma referência aos *órgãos de gestão hospitalar*

No nosso país, como em quase todo o "mundo ocidental", a subida em flecha dos custos da Saúde, em parte determinada pelos progressos tecnológicos e aumento da esperança de vida, tem levado, entre outras acções, a tentativas de rendibilizar o hospital. São exemplos a retracção de autorizar certos exames complementares, o cerceamento discreto da liberdade prática de prescrever, mas, muito relevantemente, as pressões para encurtar os internamentos. Desde princípios da década de 80 que a "demora média" tem vindo a tornar-se uma verdadeira obsessão, transmitida dos órgãos gestores da unidade hospitalar até aos assistentes, com todos os elos intermediá-

rios a actuar no mesmo sentido. Já escrevi que "um hipotético hospital em que se convencionasse que todos os doentes que às 72 horas de estada não se encontrassem em condições de alta seriam imediatamente assassinados teria um tempo médio de internamento óptimo, de apenas 3 dias..."¹⁰

Ora, por muito que se queira ter demoras de internamento baixas, não poderá esquecer-se que diagnosticar e tratar são os fins em vista, e isso pode levar tempo, por vezes bem para lá do desejado pelos gestores. Entre uma pneumonia lobar por um germe sensível às beta-lactamas, ocorrendo num jovem adulto com boas condições gerais, e a investigação de obscura, indeterminada afeccção consumptiva de expressão polissistémica, há uma abissal diferença de demora previsível.

Referindo-se às actividades da secção da enfermaria de Medicina que sirvo, um interno da especialidade de Cardiologia que fez sob minha orientação directa o seu estágio de seis meses em Medicina Interna, escreveu no respectivo relatório: "A duração média de internamento é de 8,8 dias por doente. Trata-se de um período médio muito curto, em particular se atenção for prestada aos condicionamentos práticos na obtenção de exames complementares e ao grau avançado de doença da maioria dos doentes. A rendibilização dos benefícios a oferecer aos doentes no seio de uma instituição sobrecarregada obriga, frequentemente, a grande envolvimento, não raras vezes com carácter pessoal, de modo a mobilizar os especialistas de outras áreas diagnósticas ou terapêuticas, em tempo útil."¹¹

QUADRO 1

Síntese do caso-exemplo de iatrogenia hospitalar de agentes múltiplos

Factos iatrogénicos	Mecanismo causal	Agente responsável pela iatrogenia
agitação aguda	lidocaína EV	médico (terapêutica perigosa/ desnecessária)
quedas repetitivas; fracturas dos dois úmeros	agitação; vigilância desatenta	gestão hospitalar (camas sem grades) enfermeiras
agitação crónica	incompreensão, mau tratamento básico; benzodiazepinas	enfermeiras e auxiliares de enfermaria, médicos
coma hiperosmolar	má hidratação; desleixo de vigilância	enfermeiras e auxiliares de enfermaria
insuficiência cardíaca progressiva	erro diagnóstico e omissão terapêutica	médicos (credulidade ecocardiográfica)
infecção pulmonar devastadora	omissão de drenagem e estudo bacteriológico	médicos e enfermeiras
edema pulmonar intratável	diagnóstico e tratamento cardiopulmonar «indulgentes»	médicos

Mil cargas de razão, nesta lúcida análise feita por um jovem clínico! Quantas vezes, ao receber mais um doente numa enfermaria já com macas a fazer de camas, eu esqueço as perguntas fundamentais que deveria fazer a mim mesmo — o que terá, de que tratamento vai precisar, que resultado conseguirei — para pensar angustiadamente quando poderei dar alta e a que exames complementares terei de recorrer. É que, para lá de testes inexecutáveis, há outros que têm tempos de espera enormes (prova de Schilling, cintigrafias com determinados isótopos radioactivos, para dar dois exemplos).

A gestão deste conflito, desta espécie de auto-censura de resposta às pressões hiantes por internamentos curtos, é presentemente a tortura do internista cometido à função prática de fazer o diagnóstico e tratar. Ele precisa de asas para vencer o tempo, em deslocações céleres a laboratórios e institutos, pedindo que se antecipe a marcação do exame ou doutra técnica, que lhe façam o favor de executar o teste, que se abra o “kit”, que se gaste o tecnécio, com o fim de ganhar tempo no parâmetro “demora média” e de disponibilizar uma cama para o problema seguinte.

Afinal, acaba por perder, e muito, em oportunidade de estudo reflexivo e ponderado dos doentes, bem como em disponibilidade para o ensino de colegas.

Que não se isente, pois, a parcialmente invisível cadeia do poder político-económico do seu não negligenciável papel nos complexos mecanismos da iatrogenia hospitalar. Barros Veloso (*op.cit.*) fala de “uma eventual tensão entre administradores hospitalares de formação economicista e médicos fundamentalmente preocupados com o tratamento dos doentes”. Pois é, a economia, no sentido de poupança de recursos, e a prática clínica não fazem, muitas vezes, um casamento feliz!

Tenha-se presente, acima de tudo, que os internamentos forçadamente curtos podem redundar numa ilusão que sai cara. Pelas consequências da degradação de cuidados, o que não é raro, e pelos mais frequentes reinternamentos de pacientes cuja situação se deteriorou. O espectro da iatrogenia, agora alargada em compreensão e extensão, paira sobre tudo isto.

Compreende-se como “iatrogénico” é hoje, em cuidados institucionais, um adjectivo que ultrapassou largamente o médico.

Problemas novos

Os progressos tecnológicos facultados pela evolução da Ciência têm tendido à formulação de *promessas optimistas*:

Por volta de 1880-90, esperava-se descobrir um micróbio como agente causal de cada doença. Esta “febre” da etiologia bacteriana tem tido ciclos. Assim, cem anos decorridos (1985), B.J.Marshall ingere um caldo

de cultura de *Helicobacter pylori* e submete-se, dias depois, a uma endoscopia digestiva alta, tentando cumprir o terceiro postulado de Koch, indispensável para considerar provado que o germe em causa é o agente da úlcera péptica¹². O dramatismo da experiência colheu frutos, a ponto de levar o Instituto Nacional de Saúde dos EUA a recomendar tríplice terapêutica antimicrobiana da doença ulcerosa,¹³ *mas o facto* é que autorizadas vozes começam a levantar-se, duvidando que o *Helicobacter pylori* seja comprovadamente a causa da doença ulcerosa gástrica e duodenal, e recendo a potencial iatrogenia da associação de quimioterápicos num tubo digestivo ulcerado¹⁴. Realmente, Marshall apresentava alguns fenómenos de gastrite, mas não desenvolveu úlcera alguma. E as ulteriores experiências que tentaram induzir úlcera péptica pela administração de suspensão de *H.pylori*, falharam.¹⁵

Cerca de 1905, anunciava-se que a roentgenerapia viria a curar todas as formas de cancro. Como todos sabemos, coube-lhe um lugar valioso no tratamento de tumores malignos, mas muito mais modesto que o dessa entusiástica promessa.

Nos anos de 20 do nosso século, a radioactividade, natural ou artificial, voltava a anunciar milagres, como a cura de muitas doenças e o rejuvenescimento. A “matança” provocada pelo elixir “Radion” foi uma grande decepção e a própria “Água de Luso” retirou dos rótulos a indicação “fortemente radioactiva”...

Em finais da década de 60, a O.M.S. anunciava que a causa da hipertensão arterial estaria elucidada no ano de 1980. Continuamos à espera!

Grandes ensaios e meta-análises de estudos de dimensão média prometem-nos, hoje, o controlo da insuficiência cardíaca com fármacos de vários grupos (consoante os ensaios clínicos). Também nos prometem a “limpeza” das artérias ateromatosas com outros medicamentos ou com a LDL-aferese. Vamos a ver, mas tenho dúvidas...

Nada mais decepcionante, nesta matéria de promessas sanitárias, que as “metas” da O.M.S. — “Saúde para todos no ano 2000”. Penso que este bem delineado quadro de objectivos, servido por interessantes programas de investimento, enfrenta, mês após mês, um mundo cada vez menos saudável.

Não é preciso invocar casos-limite, como o Sudão, a Etiópia, Moçambique, a Índia, o Cáucaso, os Balcãs, ou o Haiti. Basta dar uma volta pelo Pote d’Água, ou percorrer de noite os centros e estações de metropolitano das grandes cidades, para compreender: o que nos espera, a menos dum quinquénio do ano 2000, é fome, violência, doença e miséria para muitíssimas pessoas. Mesmo com novos e sensacionais progressos da tecnologia médica e ainda que a iatrogenia que acarretarem venha a revelar-se mínima.

Para os mais ingénuos, embalados por tantas maravilhas prometidas, já soaram alguns “*despertadores*”:

- o regresso em força da tuberculose;
- o vírus da imunodeficiência humana adquirida;
- os malogros dos projectos preventivos — escalada da poluição, degradação urbana e degredo nos subúrbios, desintegração da família tradicional condicionando semi-abandono das crianças, rejeição dos idosos e segregação dos doentes crónicos de gravidade.
- a falência absoluta do controlo da disseminação da toxico-dependência.

Mas o entusiasmo tecnológico não olha a estas realidades comezinhas e continua a enleiar—se nas malhas das “grandes ilusões”: As artimanhas da *estatística manipulada*, fazendo pender os resultados de certas avaliações a favor de interesses em jogo, mediante artifícios metodológicos complexos, ou escolhas relativamente simples, por exemplo, decidir se os resultados figurarão em valores absolutos ou percentagens.

É o caso do estudo dum fármaco na insuficiência cardíaca congestiva ¹⁶. Foram tratados com medidas convencionais e um placebo 1284 doentes, enquanto que outros 1285 receberam os mesmos recursos básicos e um composto novo. A prazo de 3,5 anos, ocorreram 251 mortes por insuficiência cardíaca no grupo do placebo e 209 no grupo do novo medicamento.

Parece que qualquer pessoa com um mínimo de senso comum concluiria apenas que a mortalidade por insuficiência cardíaca evoluída é alta, sob qualquer regime medicamentoso. Mas os estatistas que trataram os resultados descritos embandeiraram em arco, explicando-nos que o medicamento novo reduziu o risco de morte de 22%. É o mesmo, mas cria-nos uma espécie de ilusão de óptica — quase um quarto de vidas poupadas, dir-se-á, admirativamente. Mas que vidas, que comparabilidade de casos, em que tempo e à custa de quê?

Não importa. O passo seguinte será a parangona na Imprensa “Medicamento Novo poupa a Vida *dos* Doentes Cardíacos”. É uma nova falácia, já não se trata duma fracção, mas do todo (a Vida *dos* Doentes Cardíacos).

A isto leva uma diferença absoluta entre 251 e 209 casos fatais! Até parece que ninguém morreu, com o novo remédio...

Compreende-se que o mais entusiasta (e virtualmente o mais contributivo) dos cultores da avaliação de terapêuticas médicas por métodos estatísticos, Alvan R. Feinstein, tenha chegado ao ponto de lamentar o seu trabalho, de tão tortuoso uso o ver objecto. ¹⁷

A questão da estatística prende-se com outra das “grandes ilusões”, a *cibernética aplicada*, talvez fosse melhor dizer “mal aplicada”.

Os computadores e os seus bancos de dados levaram, em mãos de pessoas excessivamente optimistas, a coisas como o diagnóstico computadorizado e a teleconsulta.

Devo esclarecer que não tenho qualquer dúvida de frutuosas futuras aplicações da cibernética na Medicina dum próximo advir. Contudo, o que o computador nos dá, presentemente, é essencialmente uma listagem (ou várias listagens), cuja interpretação tem de ser muito cautelosa. Não tanto por a técnica ser má, mas por a *introdução dos dados levantar grandes problemas*. Assim, num relatório do gabinete estatístico dum hospital central ¹⁸, encontrei, no capítulo da nosologia dos doentes internados, várias “pérolas” anti-matemáticas, de que dou um exemplo:

Total de doentes = 2196; demora média = 12,63 dias

Total de homens = 1142; demora média = 12,42 dias

Total de mulheres = 1054; demora média = 12,62 dias

Assim, a demora média do conjunto seria superior à de qualquer um dos dois subconjuntos que abrange. Obviamente, impossível!

Os mais recentes métodos complementares de *visualização directa* e de *imagem* também têm que ver com este tema das “grandes ilusões” e implicam novas causas de iatrogenia.

Quase todos temos experiência de tumores imagiografados e que afinal não existem, os “tacomás” da saborosa gíria médica.

É evidente que os progressos diagnósticos conseguidos com as técnicas em questão foram imensos, nenhum internista gostaria de voltar atrás e prescindir delas. Mas falo de iatrogenia e isso diz respeito a *casos individuais*.

Ocorre-me imediatamente a laparotomia praticada na esposa dum muito conhecido e respeitado colega, para ressecção dum tumor uterino diagnosticado ecograficamente e que não estava lá, como pôde verificar o estupefacto cirurgião ¹⁹.

Ocorre-me a doente com anemia megaloblástica a quem a endoscopia digestiva alta diagnosticou cancro do fundo do estômago. Como não fazia sentido clínico, pediu-se repetição do exame, que visualizou aspectos gástricos inteiramente normais ²⁰.

Recordo, enfim, a longa série de doentes que andam a perder tempo e tranquilidade, e a gastar dinheiro pessoal e público, em “vigilâncias” ecográficas anuais (ou mesmo semestrais) de inocentes quistos simples do córtex renal.

Não cito tudo isto com intenção aleivosa de criticar erros clínicos e falhas técnicas. Todos fazemos erros, o seu grau de culpabilidade é muito variável e o juízo de culpa transcende-me, como atrás afirmei. Evoco-os a título de exemplos da cautela de que há que usar na interpretação de achados das técnicas novas de visualização e imagem. Realmente, o que se expôs documenta uma laparotomia inútil, uma falsa sentença de cancro evoluído e o “abuso” de considerar doença de dispendiosa avaliação periódica um fenómeno inofensivo como o quisto cortical do rim. É inútil discutir as implicações iatrogénicas, porque são evidentes.

Riscos do futuro

Algumas práticas médicas, que há escassos anos pareciam potencialidades dum futuro remoto, são hoje realidade em crescimento logarítmico, ou a porta já a seguir, no corredor da tecnologia. A reprodução assistida e a manipulação genética, exemplificando, respectivamente.

Ninguém como Jean Bernard soube até agora expor as inquietações que estes avanços, sendo grandiosos, necessariamente despertam²¹. Adoptando preferencialmente uma abordagem moral e jurídica, o grande clínico, cientista e filósofo francês, não deixa de exprimir enfáticas apreensões sobre emergentes formas de iatrogenia.

Pessoalmente, preocupam-me ainda mais outras questões, que já são do pleno presente e tendem a agravar-se no futuro imediato.

A. Questões políticas e económicas

Por todo o mundo ocidental se assiste a uma tendência regressiva dos governos em relação às despesas e encargos com a Saúde. A título de exemplo, tome-se o caso dos Estados Unidos da América, onde o Congresso tem como alvo eliminar progressivamente o défice, até ao ano 2002. Para tal, estão previstos cortes substanciais nos orçamentos dos subsistemas Medicare (idosos) e Medicaid (pobres), que custam por ano U.S. \$300 mil milhões, correspondendo a 20% do orçamento do Estado. As restrições previstas deverão totalizar U.S. \$410 mil milhões, em sete anos. Para tal, está pronto um “pacotão” de medidas que inclui: redução de pagamentos a todos os prestadores de serviços; aumento dos encargos dos beneficiários e transferência de substancial número deles para sistemas privados²²

A virtual aplicação dum projecto de aforro similar no nosso país constituiria uma tragédia social. Apesar de se esboçarem algumas medidas que, sendo menos drásticas, apontam para os mesmos alvos, usando percursos com analogias, é de esperar que não nos aproximemos significativamente do projecto restritivo americano.

Outra questão política, esta de carácter genérico, é a bem conhecida tendência governamental para investir em empreendimentos que dão lucros rápidos, por serem muito visíveis — obras públicas grandiosas, vistoso material bélico, promoção de cientistas geniais e fáceis de exhibir como “bandeiras”. Depósitos a prazo, que pouco apelam ao orgulho nacionalista, como programas de prevenção e tratamento das grandes doenças correntes, amparo de idosos e incapazes, melhoria real da instrução e reinserção dos marginais na sociedade, ficam em geral para última prioridade. É a regra, em toda a parte, com umas espaçadas e honrosas excepções.

B. O declínio dos grandes hospitais

Os hospitais são instituições essencialmente curativas que poucas vezes saem da terceira linha da cadeia preventiva.

Aqueles que obedecem ao perfil do “hospital geral central” são necessariamente grandes, por imperativo de polivalência, dispendiosos a todos os títulos e difíceis de gerir.

A corrente economicista da gestão dos hospitais parece mal adaptada às condições do país que somos. Reconheço que exprimo uma opinião discutível. Mas temos de aceitar que a nossa população é maioritariamente pobre, crescentemente idosa e que as qualidades dos hospitais portugueses se deterioram. É o encurtamento relativo dos quadros técnicos, é a desactualização instrumental e a degradação das estruturas. Os clínicos que vão ficando envelhecem, paradoxalmente são sobrecarregados pela reconversão de carreira de muitos colegas que apostam no sossego duma prática técnica e pela insuficiente renovação por médicos novos.

Os planos e táticas dos novos gestores centram-se muito na poupança e na demonstração de pequenas e lustrosas unidades onde se cultivam semiologias ou tratamentos de vanguarda. Têm sido quase sistematicamente preteridos os problemas básicos e angustiantes do tecido matricial da assistência nos hospitais, o que revela aquilo que é óbvio: quem não é médico não compreende muito bem os problemas da prática clínica.

Se dúvidas houver, a respeito do declínio hospitalar nos últimos anos, recomendo uma esclarecedora passagem por algumas consultas externas do Hospital de Santa Maria, superlotadas e com gabinetes partilhados por vários médicos, observando em simultâneo vários doentes. Ainda mais elucidativa será uma visita às enfermarias de Medicina, onde, em condições quase góticas, encontrará clínicos com vinte ou trinta anos de carreira a assistir afanosamente enfermos graves acumulados em camas obsoletas, quando não em macas. Em alguns sectores, o oxigénio que mitiga a dispneia é envasilhado em garrafas ferrugentas, pois não existe ainda “encanamento”. Tubagens cinquentenárias gotejam a água indispensável à pululação de micróbios e insectos indesejáveis. De onde em onde, um monitor cardíaco dá uma falsa nota de modernidade, já que raramente alguém olha para ele, por chegar a haver turnos com uma única enfermeira a vigiar vinte e tal ou trinta doentes.

É natural que esta situação tenda a piorar ainda, se nada inverter a gradual desvalorização das instituições hospitalares. Isso vai prejudicar a Saúde do público. O prestígio dos hospitais, na população e na classe médica, esse já se encontra grandemente delapidado.

C. A decadência do ensino clínico

Apesar de serem desejáveis certas medidas descentralizadoras do ensino clínico, nomeadamente alguma expansão aos Centros de Saúde, o hospital é, nos nossos tempos, o lugar ideal de *formação* médica. Penso que não vale a pena deter-me a explicar porquê, pois o que é evidente dispensa argumentação demonstrativa.

Ora, acontece que a sufocação assistencial dos senescentes e diminutos quadros que ainda estão cometidos à clínica, o seu pluridesdobramento por funções várias, algumas delas indiferenciadas (marcar exames complementares, registar electrocardiogramas, colher amostras de sangue, preencher centenas de impressos), rouba tempo e oportunidade de ensinar.

Se vier a prosseguir a diminuição e a sobre-ocupação dos clínicos dos hospitais, bem como o encurtamento dos quadros de apoio (técnicos, secretários), o ensino da clínica piorará inexoravelmente. Muito perderão as novas gerações de médicos e, claro está, muito vai aumentar a iatrogenia.

D. A pulverização da Medicina

Refiro-me agora à *superespecialização*. A focagem excessiva da actividade numa maioria de médicos em sectores muito restritos da patologia, por vezes confinados a uma glândula-pâncreas, a uma doença-sarcoidose, ou a uma técnica-hemodinâmica cardíaca, levanta o risco de tomar em demasia *a parte pelo todo*, passando a lidar com abstrações em vez de pessoas. A precocidade dessa especialização, em mínimos, agrava o problema.

É imprescindível, para salvaguarda do ser-se médico, que as várias especialidades desponham dum sólido *"tronco comum"* formativo, com características de Medicina Interna²³ e, virtualmente, que os especialistas façam espaçados ciclos de reciclagem hospitalar.

É também muito desejável que a educação elementar contemple o homem comum com a noção do benefício de ter *o seu médico*, a quem cumprirá protegê-lo, quando em saúde aparente, estudá-lo e tratá-lo na doença, pedir o concurso de especialistas, quando entender que tal é adequado.

Ir ao neurologista porque dói a cabeça, consultar o urologista por ter surgido disúria, ou recorrer ao reumatologista por dor lombar, não faz sentido, como princípio. A cefaleia pode ser sintomática numa infecção crónica, a disúria pode exprimir patologia ginecológica, a dor lombar pode ser epifenómeno numa anemia hemolítica, para exemplificar, com mera intenção metafórica. Especialistas esclarecidos devolverão o doente ao médico de família ou ao internista. Especialistas mais polarizados nos seus interesses monográficos poderão perder tempo a investigar

vias parcelares, desintegradas da realidade global do indivíduo.

Para obstar a esta nova e crescente forma de iatrogenia perfilam-se duas soluções: o incremento do "tronco comum" e a afiliação do paciente ao médico, efectivamente assistente, "advogado" dos seus enfermos e "gestor" dos recursos múltiplos a mobilizar, como tem sido afirmado e recorda muitas vezes o meu mestre, J. Nogueira da Costa.

Conclusões

Iatrogenia é hoje bem mais que o clínico causar dano, na sua prática profissional.

Não pode deixar de distinguir-se essa iatrogenia primária e de sempre, emergindo da relação entre um doente e um médico, de uma iatrogenia institucional, mais nova, muito complexa, onde a génese do acto lesivo começa na política de Saúde do País, prossegue pela forma de gestão das instituições prestadoras de cuidados e culmina em acções convergentes de factores intrínsecos do edifício, ou relacionados com os seus segmentos e instrumental, adicionados às acções e omissões de profissionais múltiplos, os médicos entre eles.

O progresso contínuo das tecnologias e a pulverização da Medicina em especialidades e subespecialidades acompanham-se também de incidência crescente de ocorrências iatrogénicas, a par de grandes, inegáveis benefícios.

É nas mãos do médico-assistente do indivíduo que se encontra boa parte da solução para reduzir a escalada iatrogénica, recomendando-se uma cada vez maior estimulação da prática de bem cedo ligar cada pessoa a um clínico, o que pressupõe inovações no campo dos programas de ensino. O médico acompanhará o percurso vital de cada um dos seus assistidos, zelando pela preservação da sua saúde, combatendo a doença que venha a acometê-lo — e evitando a iatrogenia — a que dele depende e é controlável, bem entendido, mas também aquela que se prevê em consequência de acções doutrem, nomeadamente a que resulta da complicada teia da assistência institucionalizada, cujo paradigma é o hospital.

Hipócrates terá dito: "A vida é curta, a arte da Medicina longa, a oportunidade passageira, a experiência perigosa e o julgamento difícil." Creio que esta sentença engloba um aviso subtil sobre a iatrogenia, pelo que a uso como ponto final, de homenagem.

Bibliografia

1. Coutinho A. Formação de investigadores. Conferência integrada no VIII Congresso Nacional de Medicina, Lisboa, Março de 1995. Excertos e entrevista Tempo Medicina 1995; XII (593):8-13.
2. Mc Dermott W. Medicine in modern society. Beeson P, McDermott W e Wyngaarden J.eds. Cecil Textbook of Medicine. Philadelphia, WB Saunders Co., 1979 : 8.
3. Oliveira J. Lições de Higiene e Medicina Social. Ed. da Comissão Pró-Associação dos Estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa, 1961: 89.
4. American College of Physicians. American College of Physicians Ethics Manual. Ann Int Med 1992; 117:947
5. Lo Bernard. Ethical issues in clinical medicine. Isselbacher K, Braun

- nwald E, Wilson J, Martins J, Franci A. e Dennis K, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York, Mc Graw-Hill, Inc., 1994:6-8.
6. Braz-Nogueira J. Comunicação pessoal.
 7. Penela C. Um caso de colostomia inútil. *Jornal do Médico* 1992; 133:323-329.
 8. Oliveira-Soares A. Diagnóstico da hipertensão arterial secundária. Braz-Nogueira J e Nogueira da Costa J, eds. *Hipertensão Arterial — Clínica, Diagnóstico e Terapêutica*. Lisboa, Permanyer Portugal, 1993:27-28.
 9. Barros-Veloso AJ. Intervenção na mesa-redonda sobre Qualidade em Cuidados de Saúde, integrada no VIII Congresso Nacional de Medicina, Lisboa, Março de 1995. Súmula in *Notícias Médicas* 1995; XXIV (2268):6-7.
 10. Oliveira-Soares A. Ensino e sua avaliação após a licenciatura em Medicina. *Medicina Interna* 1994 ; 1(2) :128.
 11. Gabriel HM. Relatório de estágio em Medicina Interna, 1-10-1994 a 31-3- 1995. Não publicado, cedido pelo autor.
 12. Marshall BJ, Armstrong JA, Mc Geachie DB e Glancy RJ. Attempt to fulfil Koch's postulates for Pyloric campylobacter. *Med J Aus* 1985; 142:436-439.
 13. Forbes G. Helicobacter pylori eradication: who, why and how in 1994? *Med J Aus* 1994; 161:291-292.
 14. Graham JR. Helicobacter pylori: human pathogen or simply an opportunist? *Lancet* 1995;345:1095-1097.
 15. Ross JS, Bui HX, del Rosario A, Sonbati H, George M e Lee CY. Helicobacter pylori — its role in the pathogenesis of peptic ulcer disease in a new animal model. *Am J Pathol* 1992; 141: 721-727.
 16. The SOLVD Investigators. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fraction and congestive heart failure. *N Engl J Med* 1991; 325 (5):293-302.
 17. Feinstein AR. Tempest in a P-pot ? *Hypertension* 1985; 7:313-318.
 18. Relatório dos internamentos do ano de 1991 — Medicina 1, Hosp. de Stª. Maria. Divulgado internamente e arquivado. Recolha parcial de dados em arquivo do autor.
 19. Fonseca-Esteves J, Braz-Nogueira J. Comunicação pessoal.
 20. Oliveira-Soares A, Menezes Falcão L Gabriel HM. Dois casos de hemopatia em doentes com psicoses. Comunicação oral em sessão clínica do Serviço de Medicina I do Hospital de Stª. Maria, 3-3-1995. Processos clínicos em arquivo do Serviço.
 21. Bernard J. Bioética. I Conferência Ducla Soares; Lisboa, 1990 (outras conferências e várias publicações com o mesmo tema, dispersas na literatura médica e de divulgação).
 22. Brainard J. (recolha de artigos da Imprensa dos EUA).: *The Daily* (boletim diário de Merck & Co., Inc), 25 de Abril de 1995.
 23. Barros-Veloso AJ. O tronco comum de Medicina Interna. Intervenção em mesa-redonda das IV Jornadas de Medicina Interna da Zona Sul; Lisboa, 1994. Excertos e entrevista in *Notícias Médicas* 1994; XXIII (2257):12-13.