

Artigo principal

Dez mandamentos voltados para o tratamento centrado no paciente

Artigo original em inglês traduzido pelo
Dr. José Ruben de Alcântara Bonfim

1. Não debes ter outro propósito, exceto ajudar pacientes, de acordo com as metas que eles desejam alcançar.

Quando se decidir por um tratamento, o primeiro diagnóstico que você precisa fazer é a respeito da natureza da doença. No segundo diagnóstico você precisa preocupar-se com o que a pessoa gostaria de alcançar¹. Ambos são de igual importância e isso é tão verdadeiro em simples encontros casuais como em uma complexa enfermidade de longa duração. Mas o balanço requer particularmente cuidadosa reflexão quando iniciar tratamento de longo prazo.

Sempre assegurar-se que você compreende os desejos de seu paciente antes de propor um plano de ação. Isso pode requerer três minutos em uma situação como uma dor de garganta aguda, ou anos de diálogo constante, em uma situação como esclerose múltipla ou insuficiência cardíaca. Não presuma que você conhece o que seu paciente busca e que os tratamentos que você oferece vão ao encontro dos propósitos de todos do mesmo modo.

2. Deves sempre procurar entender os benefícios, danos e custos do tratamento, e compartilhar este conhecimento todo o tempo.

Tanto os profissionais da saúde quanto desconhecedores do assunto tendem a su-

perestimar os benefícios do tratamento e subestimar seus danos. O meio tradicional para expressar isso é o número necessário para tratar (NNT - *number-needed-to-treat*) e o número necessário para causar dano (NNH - *number-needed-to-harm*).

É importante ter uma ideia *aproximada* desses números em situações clínicas comuns, mas também ter em mente suas limitações. Primeiro, a maioria dos pacientes acha difícil compreender NNT e NNH². Segundo, os números não se aplicam igualmente às pessoas, pois são somente números médios em população de ensaios clínicos. Terceiro, as pessoas variam muito ao se apresentar um balanço de determinado benefício contra determinado dano³.

Assim, precisamos de melhores meios para: a) conhecer o verdadeiro NNT e o NNH nas populações que tratamos; b) partilhar com as pessoas de modo que possam entender; e c) aplicar este conhecimento para metas e preferências da pessoa que está diante de nós.

3. Deves, se tudo falhar ou se as provas científicas são inexistentes, considerar a espera com cautela como um curso apropriado de ação.

O primeiro mandamento admite que haveria dois diagnósticos em cada consulta. Mas muitas vezes há mais, ou nenhum.

Muitas consultas consistem de um complexo diálogo de investigação, compreensão esforçada e incerteza parcial. A menos que exista um diagnóstico claro, é geralmente melhor manter aberta uma proposta para outra consulta do que fazer uma prescrição.

Outras situações em que frequentemente é melhor não prescrever, incluem doenças agudas autolimitadas, quando tratamentos sintomáticos isentos de prescrição estão disponíveis. Isto também se aplica a algumas afecções crônicas, tais como síndrome do intestino irritável e dor crônica nas costas, as quais, de modo característico, têm variedade e para as quais tratamentos que exigem prescrição não são geralmente mais efetivos que as menos custosas opções isentas de prescrição.

A tentação de prescrever antes de oferecer uma reavaliação oportuna sempre deve ser contida.

4. Deves respeitar fontes de conhecimento equilibradas, mas deves tu mesmo impedir tudo o que possa tentar frustrar-te.

Não há fonte de conhecimento única, confiável, sem vieses e continuamente renovável acerca de tratamentos efetivos que possa ser compartilhada por pacientes e profissionais da saúde.

A aproximação mais estreita é a Wikipédia, que é também o recurso global mais amplamente usado, embora careça de apoio e infraestrutura para ser compreensivo na sua cobertura e renovação⁴.

Outros recursos amplamente usados por pacientes no Reino Unido incluem *NHS Choices* e páginas de fundações não lucrativas, tais como a *British Heart Foundation* e *Diabetes UK*. Profissionais da saúde frequentemente acessam o BNF^a, as diretrizes do NICE^b, os apoios para médicos generalistas (*General Practice Notebook*) e a Biblioteca Cochrane. Mas nenhuma delas está idealmente adaptada para deci-

são compartilhada e aplicável à consulta.

Clínicos também são alvos mercadológicos, diretos ou indiretos, da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos que os persuadem que as novas intervenções são mais efetivas que as antigas. Isso não é tipicamente o caso, e elas são quase sempre mais caras.

A propaganda indireta ao público ocorre difusamente por meio de notícias da mídia e algumas vezes de organizações de pacientes se elas aceitam financiamento da indústria. A decisão partilhada feita com pacientes deve estar assentada no claro conhecimento de benefícios e danos, derivado de análises objetivas e comparações entre as melhores opções de tratamento existentes. Todas as fontes de informações patrocinadas pelas indústrias devem ser evitadas.

5. Deves tratar de acordo com o prognóstico e não com o fator de risco.

Tratar pessoas assintomáticas para prevenir futuros eventos adversos requer um diferente e mais longo processo de formação compartilhado do que tratar doenças agudas não complicadas. Necessita estar baseada em provas científicas mais rigorosas acerca de benefícios e danos, especialmente aquelas aplicadas a cada pessoa.

A intervenção por toda a vida deve ser determinada pela importância do desfecho para cada pessoa, e não pela redução de eventos extrapolada da população inteira. As pessoas apresentam ampla variedade de atitudes quanto a evitar morte, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, ou vários tipos de câncer, e também como consideram os efeitos adversos ao tratamento³.

A oferta de tratamento preventivo – primário ou secundário – necessita ser feita no contexto de metas individuais, que podem mudar com o tempo. Não deve estar dirigida à redução de único fator de risco, mas à totalidade do risco para um particular desfecho. Por exemplo, se uma pessoa está in-

a. British National Formulary, para maiores informações acessar o link <https://www.bnf.org/>.

b. National Institute for Health and Care Excellence - NICE, para maiores informações consultar o link <https://www.nice.org.uk/>.

interessada em evitar a doença cardíaca coronariana, os fatores de riscos necessitam ser investigados individualmente e, então, agregados (aproximadamente), usando-se um sistema de escores. Isto pode, então, subsidiar a discussão quanto aos vários elementos deste risco e como pode ser reduzido, empregando-se variedade de intervenções não farmacológicas e farmacológicas. Entretanto, tais estimativas podem sugerir achados curiosos; por exemplo, que uma estatina pode ser a melhor estratégia para uma pessoa de elevado risco com um teor de LDL – colesterol “normal”.

Todas as intervenções farmacológicas para reduzir fatores de risco têm danos potenciais, e raramente reduzem riscos em relação direta com reduções no fator de risco (ou desfecho substituto).⁶

6. Não debes curvar-te a metas de tratamento delineadas por comitês de especialistas, posto que estas são apenas ídolos.

Tradicionalmente, elevações de simples fatores de risco, tais como pressão sanguínea ou teores de lipídios, têm rotulado hipertensão ou hiperlipidemia, e indivíduos (tipicamente sem sintomas) têm sido estimulados a tomar medicamentos para reduzi-los a um determinado grau. O mais amplo NNT para tal tratamento, frequentemente não é de conhecimento e raramente discutido com quem vai receber, que então adquire um rótulo de doença e torna-se paciente, acompanhado em intervalos regulares pelo resto de sua vida.

Este modelo tradicional tornou-se incrustado em muitas diretrizes e no *Quality and Outcomes Framework*, do Reino Unido.

Os clínicos são remunerados pela obtenção de um resultado de desfecho substituto, como pressão sanguínea sistólica, colesterol total ou hemoglobina glicada. Isto pode agir como desestímulo ao processo indispensável de diálogo e à tomada de decisão compartilhada que sempre necessita ter precedência quanto à obtenção de metas externamente impostas.

7. Distingues teus pacientes mais velhos, uma vez que frequentemente, por terem o mais alto risco, eles também podem ter o risco de dano mais elevado decorrente do tratamento.

A idade aumenta o risco de doença cardiovascular e da maioria dos cânceres. Isto amplifica o efeito aparente dos tratamentos de redução de riscos, mas estes podem apenas tardar a aparecer mais que evitar a morte. A qualidade de vida restante pode muitas vezes ser mais importante que a sua duração.

Por estas razões, é particularmente importante que nas pessoas mais velhas levem-se em conta suas próprias preferências à luz de NNT, danos possíveis e o prolongamento absoluto da vida, oferecidos em cada tratamento.

A informação proveniente de ensaios clínicos é frequentemente derivada de populações sem doenças intercorrentes importantes e que são mais jovens do que a maioria dos pacientes com a condição que está sendo estudada. A tomada de decisão terapêutica quanto a pessoas idosas é cheia de transtornos e muitas vezes há poucas provas científicas com as quais se baseiam as combinações de tratamento. Assim, é indispensável estabelecer um nítido entendimento do que pessoas estão sentindo no tratamento, e o que elas desejariam alcançar; e ser honesto, acerca de possíveis benefícios, danos e incertezas.

8. Deves interromper qualquer tratamento em que não seja claro o benefício e regularmente reavaliar a necessidade de todos os tratamentos e exames.

Sempre considerar que medicamentos você deve suspender antes de considerar aqueles que você pode introduzir⁷.

A cada consulta com um paciente que toma um medicamento, considere porque ele o faz, e também questione você mesmo a respeito da responsabilidade na continuação, a menos que exista outro clínico com tal obrigação. Se a consulta é acerca de algo mais e você não tem tempo de

fazê-la adequadamente, assegure-se que seja feita em breve, em outra ocasião. Não presuma que tudo está bem ou que alguém fará isso. Os pacientes muitas vezes não comunicam espontaneamente efeitos adversos, e clínicos frequentemente ignoram lembranças.

9. Deves diligentemente tentar encontrar o melhor tratamento para a pessoa, porque tratamentos diversos atuam em pessoas diferentes.

O NNT poderia ser somente um ponto de partida para os clínicos: os números lhe dão uma ideia grosseira da probabilidade estatística de um tratamento específico que teve algum efeito em uma população sob experimento ou subgrupo pré-estabelecido. Os pacientes estão certos de achá-los difíceis de aplicar a si mesmos.

Para a maioria das afecções sintomáticas, o NNT simplesmente identifica os tratamentos que podem ser merecedores de se considerar em primeiro lugar. O custo, tanto quanto a eficácia, devem ser ponderados. Depois disso, pode ser necessário um ou mais testes de tratamento para encontrar o medicamento mais efetivo. Em algumas situações, tal como a dor neuropática, vale testar intervenções com probabilidade estatística relativamente pequena de benefícios, se isso oferece a possibilidade de êxito quando princípios ativos mais razoáveis tenham falhado⁸.

10. Deves procurar usar tão poucos medicamentos quanto possível.

Antes de assinar uma prescrição, considere se uma intervenção não farmacológica poderia ser tão, ou mais, efetiva.

Não use medicamentos como uma espécie de atalho para suas intenções porque outras opções podem despendar mais tempo para explicar ou ser mais difíceis de se ter acesso.

Como regra geral quando se prescreve medicamentos de uso prolongado, é melhor

usar um único princípio ativo e empregar no início a dose mais baixa possível. Isto usualmente fornece o melhor balanço entre benefícios e efeitos adversos⁹. Por exemplo, na insuficiência cardíaca, as doses mais baixas de um inibidor da enzima conversora de angiotensina têm aproximadamente o mesmo benefício – quando se avalia o desfecho mortalidade – que doses mais elevadas, com risco muito menor de hipotensão, hipocalcemia ou síncope. Se você decide ajustar doses, discuta o benefício marginal, de modo completo, com seu paciente.

É algumas vezes útil usar uma combinação de princípios ativos em doses baixas, por exemplo, para reduzir a pressão sanguínea. Mas esteja atento quanto aos danos em potência e interações adversas. Antes de você aumentar uma dose, ou acrescentar outro medicamento, esteja seguro de que você instituiu o tratamento inicial de modo adequado e que seu paciente realmente o cumpriu.

Traduzido do artigo de Lehman R, Tejani AM, McCormack J, Perry T, Yudkin JS. Ten Commandments for patient-centred treatment. Br J Gen Pract. 2015 Oct;65(639):532-3. Disponível em: <http://bjgp.org/content/bjgp/65/639/532.full.pdf>

Nota do tradutor: páginas eletrônicas referidas no texto.

- Biblioteca Cochrane: <http://brazil.cochrane.org/>; <http://www.cochranelibrary.com/>
- BNF – British National Formulary: <https://www.bnf.org/>
- British Heart Foundation: <https://www.bhf.org.uk/>
- Diabetes UK: <https://www.diabetes.org.uk/>
- General Practice Notebook: <http://www.gpnotebook.co.uk/simplepage.cfm?ID=-1993015289>
- NICE–National Institute for Health and Care Excellence:

<https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=csg,pg,ph,sg,sc>

- Quality and Outcomes Framework:

<http://www.nhsemployers.org/your-workforce/primary-care-contacts/general-medical-services/quality-and-outcomes-framework>

- Wikipedia:

<https://pt.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:Principal>

https://en.wikipedia.org/wiki/Main_Page

<https://es.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Portada>; https://fr.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:Accueil_principal

Referências bibliográficas

1. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*. 2012;27(10):1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/pdf/11606_2012_Article_2077.pdf
2. Sedgwick P. What is the number needed to treat (NNT)? *BMJ* 2013; 347: f4605. <https://fhs.mcmaster.ca/anesthesiaresearch/documents/Sedgwick2013WhatisnumberneededtotreatNNT.pdf>
3. Fontana M, Asaria P, Moraldo M, et al. Patient accessible tool for shared decision making in cardiovascular primary prevention: balancing longevity benefits against medication disutility. *Circulation* 2014; 129(24): 2539–2546. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4751622/pdf/emss-67095.pdf>
4. Herbert VG, Frings A, Rehatschek H, et al. Wikipedia – challenges and new horizons in enhancing medical education. *BMC Med Educ* 2015; 15: 32. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4384304/pdf/12909_2015_Article_309.pdf
5. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000; 283(3): 373–380. http://med.stanford.edu/doi/journal%20articles/Wazana_A-Is_A_Gift_Ever_Just_A_Gift.pdf
6. Yudkin JS, Lipska KJ, Montori VM. The idolatry of the surrogate. *BMJ* 2011; 343: d7995–5. <http://www.sietes.org/buscar/cita/92222>
7. Frank C, Weir E. Deprescribing for older patients. *CMAJ* 2014; 186(18): 1369–1376. <http://www.cmaj.ca/content/186/18/1369.full.pdf+html>
8. Moore A, Derry S, Eccleston C, Kalso E. Expect analgesic failure; pursue analgesic success. *BMJ* 2013; 346: f2690. http://opus.bath.ac.uk/35635/1/Eccleston_2013_BMJ_346_f2690.pdf
9. McCormack JP, Allan GM, Virani AS. Is bigger better? An argument for very low starting doses. *CMAJ* 2011; 183(1): 65–69. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3017255/pdf/1830065.pdf>