

O efeito teflon e o *copy-paste* na prevenção

É manchete da beira do leito: A prevenção não impacta como apólice de seguro de vida para expressivo percentual de assintomáticos portadores de fator de risco para determinadas doenças. Há hiatos entre a visão humana da pessoa com doença e a visão fisiopatológica da doença na pessoa. Na prevenção de assintomático, o *paste* no subjetivo estilo de vida desafia o *copy* do objetivo fisiopatológico.

O racional da conduta preventiva é acrescentar anos à vida ou vida aos anos, se possível ambos; cada tomada de decisão lida com a concepção de paciente à disposição dos avanços e marchas-a-ré da Medicina, de cunho heteronômico, e a de Medicina a serviço do paciente em sua perspectiva atual e futura, de cunho autonômico.

A correta distribuição de forças da heteronomia e da autonomia robustece-se quando a beira do leito, tão ávida quanto indecisa, arremessa uma questão clínica apenas cabeçalho de uma página em branco, na direção do horizonte da pesquisa científica; qual um bumerangue, ela regressa, agora preenchida com evidências assistencialmente aplicáveis (heteronomia à literatura). Cada linha dos escritos, contudo, para ser de fato um princípio ativo e um bom princípio de mudanças, precisa ser editada de pessoa a pessoa e ao longo das faixas etárias (autonomia à adaptação).

É da condição humana da relação médico-paciente ajustar a melhor evidência da vida acadêmica à evidência melhor para a individualidade de valores e percepções, por mais que seja uma vida polêmica.

O controle de qualidade dos laboratórios de pesquisa não basta; faz-se necessário o controle da qualidade de vida, um suceder de subjetividades e objetividades com dificuldades de provocar consenso entre pessoas e conjugadas em *eu posso aplicar, você quer que seja aplicado, nós devemos aplicar?*

Ires-e-vires ajustam o saber da academia à sabedoria da beira do leito; o árbitro tempo é um forte determinante de reajustes de percurso; o impacto sobre

o estilo de vida em nome da utilidade futura presumida ora desmascara encenações não mais do que um verniz sem nenhuma influência mais profunda, ora promove novos entendimentos, ora, simplesmente, acarreta quebras unilaterais do sonhado possível, muitas vezes revela por ter se convertido num pesadelo. Em suma, motivos de desistências não faltam e é preciso não faltar motivação para insistir.

Em outras palavras, a pesquisa clínica recomenda atrás dos benefícios e a experiência da beira do leito emenda frente aos malefícios. É a arte no emprego da ciência conforme Osler (William Bart Osler, 1849-1919).

É da Medicina: a pesquisa privilegia *endpoints* de beneficência e conclui com impessoalidade para a maioria. É da relação médico-paciente: o dom natural da beira do leito resguarda a não-maleficência e administra *endpoints* de individualidade da minoria.

A desconstrução preventiva de hábitos de vida exemplifica uma questão-chave de interesse da Bioética: é bom para quem? A pesquisa avalia a morbidade da gordura, do sal e do fumo e conclui que estes sabores gratificantes são sabores “patogênicos” a conviver com uma maioria. Os “dissabores redentores” da Medicina Preventiva, todavia, revelam-se insuportáveis para o viver de uma minoria. Só informação não basta, haja vista quantos médicos fumam! A condição subclínica é um prato cheio para alimentar o conceito que textos sobre prevenção para médio e longo prazos engasgam no imediatismo dos contextos de vida conforme sentidos pelo paciente.

Desejar a adesão “goela a baixo” como se faz, facilmente, à carne gordurosa ou à tragada do cigarro é nutrir vãs expectativas de saciedade, mesmo quando se exalta o azedo de ateroscleroses e metástases. O bem-estar não abre mão da agradável intimidade com o *status quo* sem sintomas, a não ser para afastar com ela o não palatável.

Se o desvelo com a condição subclínica é nobre na atuação do médico, por que a consecução é pobre?

Uma resposta fundamenta-se nos arbítrios livres quanto ao significado de se sentir saudável apesar de o corpo ter um Código Internacional de Doenças (CID) subclínico; muitos pacientes aceitam, no início, o ponto de vista da Medicina e, a seguir, escolhem não somente condenar a beneficência científica da prevenção, acusando-a de desmancha-prazeres, como também inocentar os dados subclínicos argumentados. O folclore sobre começar prevenção tem dia certo na semana — segunda-feira — ou semana certa no mês — a próxima — sinaliza os empecilhos da intenção. Sonhos da Medicina com o bem-estar futuro são reinterpretados pelo paciente à luz da memória de um passado de boa qualidade de vida, que nunca deixou de ser.

A falta de vantagens imediatas é cúmplice não somente da inércia em colocar suas obrigações preventivas na sua própria agenda, como também da propensão a desmarcar as “reuniões” com a sua própria saúde. Esses cancelamentos tão habituais no dia-a-dia de um alto executivo podem ser uma auto-execução.

Mesmo os roteiros de salvar vidas, *endpoints* de muitas pesquisas onde os efeitos secundários são vistos na acepção da palavra inglesa, quando são apresentados aos pacientes, parecem não ser estímulo suficiente para promover a boa adesão a recomendações de caráter essencialmente preventivo.

O efeito teflon acontece, fazer o quê? É da natureza humana. Mas será que esse grau de conformismo com a autonomia satisfaz o DNA de médico?

A ideologia das drágeas corretoras de números, a atividade dos músculos usando a combustão aeróbica ou a inatividade para a combustão de cigarros necessitam se antecipar aos limites da tolerância fisiopatológica.

Creio que mentalizar o paciente vivendo na contra-mão da sua prescrição clínica de redirecionamentos em prol da beneficência é razão forte para que se persigam táticas de adesão que colem melhor; por exemplo, dar particular importância, por ocasião do planejamento e da interpretação de pesquisas, à conjunção da visão fisiopatológica dos processos mórbidos com a visão da pessoa que, ao cumprir a recomendação para o bem futuro, necessita preservar o bem cumprir atual dos seus compromissos de vida.

O preço do comprimido ou o custo clínico da inobservância só costumam aderir forte no paciente já sensibilizado. Há necessidade de um estilo de linguagem que grude melhor sobre o estilo de vida do paciente. Isso significa desgrudar de certos vieses da formação médica sobre as medidas atuantes sobre os fatores de riscos e privilegiar um maior contato com os riscos de desmedidas destoantes pelo paciente.

Uma maior objetividade no uso da biologia para determinada biografia, a fim de minimizar o efeito te-

flon, beneficia-se da *expertise* multidisciplinar; ela amplia o sentido de humanização a um conjunto de mudanças, embora acresça complexidade operacional. Nutricionistas e professores de educação física, por exemplo, agregam pontos de adesão aprofundando os significados de cada ato e distinguindo formas de reduzir a sensação de incômodo; funcionando como “alfaiates”, na execução e na manutenção, eles promovem uma caída mais confortável do que as coleções “*prêt-à-porter*” das recomendações difusas.

O sentido de equipe contribui para elevar os percentuais de *compliance* à oportunidade de correções fisiopatológicas; ele faz frente às barreiras do tão autônomo quanto autodestrutivo “não interessa à minha vida”. A experiência da equipe profissional dá bom tom sobre como melhor lidar com as reações adversas “banais”, mas recorrentes e altamente desconfortáveis, como o joelho que trava, muitas vezes nem verbalizadas pelo paciente porque “está na bula” que o estômago pode doer. “Pequenas” reações adversas somam-se na “grande” reação adversa da falta de adesão, portanto, elas funcionam como etiopatogenias do efeito teflon.

A pesquisa habitual valida a submissão do paciente à ideologia do manter-se saudável a despeito do avançar da idade; mas ela não lhe ensina como sustentar a fé quando velhos — e prazerosos — hábitos de vida são trocados por novos — e dolorosos — hábitos intestinais, só para dar um exemplo bem corriqueiro, ou quando atividades físicas não atraem e geram o desconforto de estar longe daquela poltrona atraente e confortável.

O *holter* do ritmo de vida sustentado 24 horas registra: a manutenção da prescrição de novos hábitos pode ser inicialmente estimulada por uma conotação de sentimento de culpa pelo não cumprimento. Ele fortalece uma consciência moral antiefeito teflon. Seria como que uma introjeção conciliatória da responsabilidade perante a beneficência, sensibilidade à não-maleficência e direito à autonomia.

A disposição para compreender melhor a diferença entre corpo com doença e “saúde doente”, especialmente em situações crônicas assintomáticas, é um processo que precisa ser maturado desde as primeiras noções recebidas na Faculdade de Medicina. Pois o estudante, para ser médico, é instado a priorizar o aprendizado sobre o corpo — fonte maior de conhecimento —, com doença; as noções sobre como se dá a percepção pelo paciente-leigo (o estudante nunca deveria esquecer como raciocinava antes de cada novo afastamento de ser leigo), restringe-se, habitualmente, à anamnese convencional. A pedagógica objetividade sobre a doença distancia o doente e assim é como ensinam os livros de texto, mais patologia e menos humanização.

Já no exercício profissional, ele descobre, acaso a acaso da beira do leito, que nem tudo que reluz é padrão-

ouro. O bem-estar expresso na sua orientação preventiva pode não estar valorizado da mesma forma na perspectiva do seu paciente de bem com a sua vida. Ele percebe que a responsabilidade ética admite conflitos e dilemas mesmo sobre condutas de prevenção “classe I”. Porque o espelho da aplicação da prevenção está longe de ser plano, o impensável distorce-se em dispensável. Dada essa característica de reflexão, cresce a imagem de conselheiro do ser médico.

Fator subclínico de risco é palavra-chave na prevenção. Por isso, a denominação assassina silenciosa da fisiologia, originária da hipertensão arterial sistêmica, é expansível para demais fatores de risco.

Em suma, quando se dispõe de armas-preventivas da Medicina e se mentalizam órgãos-alvo do paciente que está saudável, apertar o gatilho faz diferença na visão de oportunidade fisiopatológica, mas o efeito teflon pode funcionar como um colete salva-estilo de vida atual.

Da literatura vem o *copy*;
Pelo médico dá-se o *paste*;
No paciente ocorre o efeito teflon;
A todos nós, cabe adesão à humanização.

Max Grinberg, Diretor da Unidade Clínica de Valvopatia do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e vice-presidente da Comissão de Bioética do HCFMUSP.

INFORMAÇÕES

Endereço para correspondência:

Rua Manoel Antonio Pinto, 4 — Apto 21A — Morumbi
São Paulo (SP) — CEP 05663-020
Tel. (11) 3069-5056
E-mail: max.grinberg@incor.usp.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada.
Conflitos de interesse: nenhum declarado.

Data de entrada: 18/7/2007
Data da última modificação: 18/7/2007
Data de aceitação: 15/8/2007