

IATROGENIA MEDICAMENTOSA

O neologismo erudito do século XVII, *iatrogenia*, ganhou foros da cidade e muitas vezes triste notoriedade. Não deixa de convidar à análise e à humildade esta noção, carregada de sentido negativo, que tão pertinazmente aderiu ao termo técnico: iatrogenia, ou seja aquilo que tem origem na acção do médico, é entendido como prejuízo, agressão, mal que vem ao mundo por intermédio do médico. E este gostaria de ver preservada a sua imagem tradicional de dispensador de conforto e lenitivos, de agente de cura e salvação, de mercedor de confiança. Anverso e reverso da medalha são, porém, inseparáveis: a arte e a cultura popular sempre divisaram no médico as suas faces angélica e demoníaca, a sua enorme disponibilidade para a ajuda e a sua não desprezível capacidade de prejudicar ou lesar o doente.

A iatrogenia não é, obviamente, um conceito estritamente ligado ao uso de medicamentos, nem sequer às medidas terapêuticas. Actos diagnósticos (particularmente os que exigem métodos invasivos), informações ou aconselhamento podem ter efeitos desastrosos. De notar que a primeira publicação portuguesa que trata de iatrogenia (da autoria do então jovem interno, hoje professor universitário Andresen Leitão ¹⁾ se ocupa, precisamente, de doença iatrogénica de causa não medicamentosa.

Deixando de lado a iatrogenia psicológica (quantas cancerofobias, neuroses *cardíacas* ou receios infundados de morte súbita ou incapacitação se devem a bem intencionadas mas erradas atitudes ou informações médicas!), a diagnóstica e a cirúrgica (talvez aquela de que os doentes estão mais conscientes e por isso a mais temida), deter-nos-emos na iatrogenia medicamentosa, que geralmente se reconhece ser a mais frequente, dada a grande quantidade de medicamentos existente, o seu largo (e por vezes pouco judicioso) uso e os riscos inerentes a toda a intervenção farmacológica.

De forma paradoxal, a iatrogenia medicamentosa (entendida no seu sentido mais lato) pode não ter origem no médico (nos casos frequentes em que resulta de automedicação, de que são exemplos típicos a doença dos laxantes e a agranulocitose por pirazolónicos) ou não estar casualmente ligada à administração de um medicamento (iatrogenia por omissão da prescrição do medicamento indicado).

De maior importância prática é a iatrogenia medicamentosa devida a uma terapêutica errada (que não isenta de responsabilidade civil o que a pratica) ou desnecessária, à escolha de um medicamento com um deficiente índice de risco/benefício, à manifestação de interacções indesejáveis em terapêuticas de associação ou polipragmáticas, e, sobretudo, aos efeitos secundários ou tóxicos próprios do medicamento. Apenas esta última causa de iatrogenia é, naturalmente, inevitável, constituindo o preço a pagar para a colheita dos reais benefícios de uma terapêutica racional.

Acontece que é precisamente neste capítulo da iatrogenia medicamentosa que se manifesta o grande mal-entendido que divide e agita o público consumidor, as autoridades sanitárias, os produtores e distribuidores de medicamentos e os seus prescritores; afinal, todos os intervenientes no ciclo do medicamento. Quando um medicamento, até aí considerado útil ou pelo menos promissor, se revela como capaz de provocar efeitos laterais graves ou até fatais e o público toma conhecimento de tais riscos através dos relatos (nem sempre primando pela objectividade, antes carregados de sensacionalismo e emoção e muitas vezes evitados de erro) dos meios de comunica-

ção, o processo segue um curso inexorável. A opinião pública fica perplexa perante um risco insuspeitado e para si inaceitável (*como pode matar um medicamento destinado a curar?*), duvida do conhecimento e idoneidade de quem receita tal medicamento (*ele receitou o tal medicamento e podia ter morto o meu filho!*), reclama das autoridades medidas draconianas (*deviam proibir este medicamento*) e, pior que tudo, inclina-se para uma posição de resignação ou de niilismo terapêutico, perigosas atitudes lesivas da saúde pública. Os produtores e distribuidores do medicamento incriminado tomam uma atitude defensiva, usam linguagem moderada e pensam nas eventuais consequências legais das suas atitudes (processos por perdas e danos). As autoridades sanitárias olham, por cima do ombro, para o que fazem as suas congéneres estrangeiras, publicam comunicados apaziguadores (ou, mais frequentemente, remetem-se a um embaraçado silêncio), impõem por vezes medidas restritivas à prescrição e venda do medicamento ou tomam mesmo a medida drástica da suspensão da sua venda (quando não é o produtor a tomar, ele próprio, tal iniciativa).

Assim aconteceu, bem recentemente (e também entre nós), com anti-inflamatórios não esteróides, de que a oxifembutazona é exemplo típico e mais saliente, embora outros membros da ominosa família dos perazolónicos (fenilbutazona, dipirona) e outros antirreumáticos quimicamente não aparentados (benoxaprofen, indoprofen, sulindac) tenham suscitado acusações fundamentadas e seja razoável prever a sua extinção terapêutica.

Perante esta situação de cariz ameaçador (temos lembrado, em outros escritos, a venerável lenda do aprendiz de feiticeiro, já que ao optimismo terapêutico parece estar a suceder o receio de novas e graves tragédias desencadeadas por medicamentos), importa apontar medidas de alcance profiláctico, de modo a minorar e conter o incalculável prejuízo individual e social decorrente da iatrogenia. De forma esquemática; as medidas possíveis podem resumir-se nos seguintes sectores:

- a) Conhecimento mais perfeito dos riscos inerentes às terapêuticas. Para obter esse conhecimento impõe-se o registo de acções secundárias, e farmacovigilância e o estabelecimento de bancos de dados, nacionais e supranacionais.
- b) Decisão e planeamento terapêutico. Será sempre responsabilidade do médico escolher e planear o tratamento mais adequado para cada caso. Em certas situações, que já não vão sendo raras, as particularidades do caso ou a agressividade potencial do medicamento aconselham a que o plano e a execução do tratamento fiquem a cargo de uma equipa, por vezes pluridisciplinar (tratamento de infecções renitentes ou por comensais, quimioterapia citostática, intervenções medicamentosas em imunodeficientes, irradiados, doentes com graves alterações dos emunctórios, portadores de hemopatias, etc.).
- c) Obtenção e registo da história terapêutica progressa. Essa história deve fazer parte integrante da anamnese e a sua valorização é de importância fundamental para detecção de respostas alérgicas ou *idiossincrásicas* a medicamentos ou grupos de medicamentos.
- d) Renúncia à polipragmasia. Receitar vários medicamentos na esperança de que a união faça a força é, regra geral, sinal de imaturidade terapêutica e manobra que acarreta, para além do risco de interacções, pelo menos a adição das incidências de acções laterais de cada fármaco isolado.
- e) Acompanhamento do doente durante o tratamento. Esta aparentemente óbvia regra da terapêutica é quotidianamente ignorada: a doentes a quem são prescritos medicamentos potentes e com apreciável quota de acções secundárias é marcada nova consulta daí a várias semanas — e este fenómeno observa-se mesmo a nível da clínica privada. Como detectar incipientes acções secundárias, como corrigir e ajustar a dose, como tomar medidas curativas ou de suspensão da terapêutica?
- f) Informação equilibrada e isenta sobre medicamentos. Esta informação deve ser fornecida pelo médico ao doente, mas o médico também necessita dela. Impõe-se pois que se difunda uma doutrina sobre medicamentos, correspondendo a um imperativo de ordem ética contribuir para o bem-estar e a tranquilidade de espírito do público, utente potencial ou actual de medicamentos.

E assim chegamos, mais uma vez, à conclusão de que a raiz do problema está, como diria o tutelar Eça, na *educaçãozinha*. De facto, é toda uma acção educativa que se torna necessária para que o medicamento seja visto na sua justa proporção.

É indispensável que os consumidores de medicamentos adquiram a noção de que não há, nem nunca haverá, fármacos inteiramente seguros ou inócuos. Sem alarmismos injustificados, nem confiança cega, os consumidores compreenderão melhor a ambivalência de todas as terapêuticas e o risco-geralmente bem reduzido-inerente a todo o tratamento. Poderão contribuir, de forma decisiva, para a detecção de reacções adversas, para a sua profilaxia e para a redução da sua frequência: através da adesão aos esquemas prescritos, da observância de contra-indicações, da restrição da auto-medicação, da informação correcta e atempada de eventuais acções laterais.

A quem compete esta acção educativa? A todos os intervenientes no ciclo do medicamento. Aos produtores, através da informação médica correcta e rigorosa, nas suas actividades promocionais, e da informação ao consumidor, através da chamada *literatura interior* ou *bula*, que deverá ser redigida de modo a ser inteligível para o utente; às autoridades sanitárias, através de exigências e recomendações aos produtores e da informação equilibrada, séria e ponderada que facultem aos meios de comunicação: aos peritos e professores de terapêutica, quando se dirijam a estudantes e médicos ou até ao público: e, sobretudo, aos médicos. O médico tem a obrigação de explicar ao doente, de forma simples e acessível à sua inteligência e grau de cultura, o porquê da terapêutica, ou seja quais os objectivos do tratamento, e os eventuais riscos concomitantes; tem de o alertar, sem o alarmar, para as acções secundárias mais prováveis e de obter a sua colaboração na detecção e correcção de tais acções. O farmacêutico, dentro do seu âmbito de actuação, tem igualmente um papel de relevo nesta tarefa, pois é muito justamente considerado, pelo público, como um perito em medicamentos, que não prescreve, mas deve conhecer.

Através deste esforço conjunto, será possível reduzir ao mínimo (inevitável) a incidência e gravidade dos efeitos iatrogénicos. Então o médico, sombriamente acusado por Kafka de ter mais facilidade em receitar do que em entender o doente, terá dado mais um importante passo no sentido de provar que o seu objectivo não é apenas o de entender, mas também o de ajudar a pessoa que vive uma situação de doença. E então (seja-nos permitido repetir aqui o que há mais de vinte anos dizíamos) terá entendido e posto em prática Galeno, *que comparava os remédios às mãos dos deuses, quando usados de forma racional e com prudência: ... quase são mãos divinas, se aquele que os utiliza estiver treinado no método racional e for de natureza prudente.*²

Walter Osswald
Faculdade de Medicina do Porto

BIBLIOGRAFIA

1. J. ANDRESEN LEITÃO: Doença Iatrogénica, *Clínica Contemporânea*, 1946; 1: 189-192.
2. W. OSSWALD: Nilnocere, *Port. Medico*, 1962; 46: 190-194.