

DOI: 10.5327/Z16794435201917S1007

Semiplenária 03

IATROGENIA NA MEDICINA DO TRABALHO: MITOS E VERDADES

Paulo Rebelo^{1,2}

¹Associação Nacional de Medicina do Trabalho; ²International Occupational Medicine Society Collaborative. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: <paulorebelo@terra.com.br>

Nos últimos 100 anos, observa-se grande aumento na expectativa de vida da população em decorrência da mudança nas principais causas da doença e morte. As principais ameaças à saúde eram infecciosas e doenças parasitárias, atingindo principalmente os bebês e crianças, e nos dias atuais estão mais relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, que acometem principalmente adultos e idosos.

O mundo está prestes a vivenciar o marco demográfico onde as pessoas com 65 anos ou mais serão em maior número que as crianças (com menos de 5 anos)¹. Isto se deve ao decréscimo nas taxas de fertilidade e aumentos na esperança de vida decorrente do uso de tecnologias aplicadas à saúde. Uma consequência é a iatrogenia, que se caracteriza por um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas ou como decorrência de tratamento de saúde. Embora esse termo seja usado geralmente para se referir às consequências de ações dos médicos, também pode ser decorrente de outros profissionais, como o pessoal de saúde ou do sistema de saúde como um todo. A iatrogenia pode estar associada ao uso crescente de tecnologia avançada de diagnóstico, aos incentivos financeiros à cultura médica que estimula o uso de testes e tratamentos, às limitações nas evidências científicas da utilidade diagnóstica, ao uso de testes de triagem não benéficos e ao alargamento das definições da doença².

O impacto desfavorável na saúde dos pacientes pode afetar tanto as condições físicas (iatrosomatopatia), quanto psicológicas (iatropsicogenia). Apesar de muitos dos efeitos iatrogênicos são considerados como o preço a ser pago pelo progresso na Medicina³. Estima-se que, no ano de 2000, nos Estados Unidos da América (EUA), tenham ocorrido 12.000 mortes em cirurgias desnecessárias, 7.000 mortes por erros de medicação em hospitais, 20.000 mortes por outros erros hospitalares, 80.000 mortes por infecções hospitalares, 106.000 mortes por efeitos colaterais dos medicamentos (não por erro). No total foram estimadas 225.000 mortes/ano, que colocam a iatrogenia como terceira causa de morte nos EUA, logo após doenças cardíacas e câncer⁴. No Brasil, 148 pessoas morrem por dia devido a erro em hospitais públicos e privados. Ao todo, 54.076 pacientes perderam a vida por esta razão em 2017⁵.

Na Medicina do Trabalho, estes dados não estão disponíveis, mas, apesar de serem esperados números menores devido ao tipo de procedimentos de saúde realizados nos serviços médicos de empresas, podem ocorrer devido a interpretações errôneas, classificados entre os de natureza médica e os de natureza bayesiana⁶.

A melhor maneira de reduzir os resultados iatrogênicos é a adoção de medidas preventivas. Contudo, os métodos preventivos claramente identificados, e sua avaliação da eficácia, também são escassos. Por outro lado, apesar dos pacientes temerem as consequências dos tratamentos, frequentemente são os primeiros a exigir novas tecnologias na assistência à saúde, mesmo que a avaliação de risco esteja incompleta. O fracasso não está nos resultados errados, mas em interpretações errôneas (natureza médica ou bayesiana).

A iatrogenia surge do erro em responder à pergunta: “dado que o teste é positivo, qual é a probabilidade de o paciente ter a doença?”. Portanto, decorre da aplicação de um teste a um indivíduo pertencente a uma subpopulação para a qual ele não foi projetado.

O conceito de iatrogenia evitável tem ações relevantes a serem tomadas para prevenir a iatrogenia relacionada a medicamentos, que tem três abordagens: referentes às drogas, ao paciente e à prescrição. Neste sentido, deve-se avaliar a prescrição e a abordagem terapêutica utilizada para um determinado paciente, considerando o conhecimento médico e os fatores de risco apresentados pelo paciente⁷.

Outro tema importante é o sobrediagnóstico, que é definido como o diagnóstico de uma condição que, se não reconhecida, não causaria sintomas ou prejudicaria um paciente durante sua vida. Casos de diagnósticos exagerados de quadros não compatíveis com um adoecimento e que podem levar à realização de procedimentos com consequências indesejáveis⁸.

Em Medicina do Trabalho, nos programas de cuidado preventivo da atenção primária, podem ocorrer sobrediagnóstico com implicações de longo alcance. Por exemplo, no diagnóstico exagerado de câncer indolente de mama, próstata, tireoide

e pulmão, de doença renal crônica e depressão, levando ao excesso de tratamento (com toxicidades potenciais associadas), à ansiedade ou depressão relacionadas ao diagnóstico e à rotulagem, ou por meio de encargos financeiros.

Os esforços para reduzir o sobrediagnóstico são prejudicados pela falta de conhecimento do problema pelos médicos e pelos pacientes e pela confusão sobre a terminologia, com o sobrediagnóstico frequentemente confundido com outros conceitos relacionados. A clareza da terminologia facilitaria a compreensão dos médicos sobre o problema e o crescimento da evidência em relação à sua prevalência e consequências a jusante na atenção primária. Espera-se que uma coordenação internacional em relação aos padrões de diagnóstico para definições de doenças também ajude a minimizar o sobrediagnóstico no futuro².

Os medicamentos prescritos podem causar efeitos colaterais e reações adversas e podem interagir com outros medicamentos. Fatores como idade, doença e respostas idiossincráticas podem causar intolerância a drogas em algumas pessoas⁹. Entre os profissionais de saúde é comum o uso de abreviaturas em prescrições para indicar o nome do medicamento, sua dose, a via ou a frequência de administração. Se por um lado isto simplifica a redação, por outro pode gerar dúvidas e equívocos que podem comprometer a comunicação entre os profissionais da assistência e resultar em graves erros de medicação. O que pode ser maximizado pela letra pouco legível e a ocorrência de abreviaturas com mais de um significado, ou de significados distintos para uma única abreviatura, aumenta a possibilidade de ocorrência de erro. Estudo sobre erros de medicação, realizado em quatro hospitais universitários do Brasil, evidenciou que em três deles as abreviaturas foram utilizadas em mais de 80% das prescrições avaliadas. Em outro estudo, foram identificados 70 diferentes tipos de abreviaturas nas 4.026 prescrições avaliadas, com um total de 133.956 ocorrências (média de 33,3 por prescrição)¹⁰.

Existem poucos dados sobre a iatrogenia não hospitalar, enfatizando a necessidade da análise das informações contidas nos registros médicos¹¹.

A iatrogenia continua a ser um desafio constante para todos os membros da equipe de saúde, que devem estar cientes de seus papéis e responsabilidades para com seus pacientes, com referência particular aos direitos e bem-estar dos pacientes. Os médicos, como os líderes reconhecidos da equipe de saúde, têm um maior papel a esse respeito. Sua formação e envolvimento na supervisão e monitoramento dos membros de suas equipes de saúde devem refletir um reconhecimento dessa responsabilidade¹².

A educação para a saúde da sociedade, o treinamento versátil do pessoal médico e um sistema de saúde eficiente são considerados cruciais para minimizar a influência iatrogênica na saúde dos pacientes. Contudo, de acordo com relatos do Reino Unido e EUA, será difícil, e praticamente impossível, eliminar totalmente a iatrogenia³.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Health and Aging. Geneva: World Health Organization, 2011.
2. Kale MS, Korenstein D. Overdiagnosis in primary care: framing the problem and finding solutions. *BMJ*. 2018;362(k2820).
3. Parfieniuk A, Rogalska M, Pogorzelska J. (2006). The understanding of the term "iatrogeny". *Pol Merkur Lekarski*. 2006;20(117):365-366.
4. Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA*. 2000;284(4):483-5.
5. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB, Abreu ACC, Leão ML. II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. Belo Horizonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2018
6. Lamothe M, Lamothe N, Lamothe D, Lamothe PA. La tragedia bayesiana desde la iatrogenia clínica hasta la biotecnología. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(5):641-653.
7. Imbs JL, Pletan Y, Spriet A. Assessment of preventable iatrogenic drug therapy: Methodology. round table no 2 at gians XIII. *Therapie*. 1998;53(4):365-370.
8. Hofmann B. The overdiagnosis of what? On the relationship between the concepts of overdiagnosis, disease, and diagnosis. *Med Health Care Philos*. 2017;20(4):453-464.
9. Kelly J. Prescribed drugs and iatrogenic disease. *Prof Nurse*. 1997;12(8):552-4.
10. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Erros de medicação associados a abreviaturas, siglas e símbolos. *Boletim ISMP*. 2015;4(2):1-7.
11. Chouilly J, Kandel O, Duhot D, Hebbrecht G. Do general practitioners identify iatrogenic in their medical records? Study of 2,380 cases of iatrogenic statements by French general practitioners. *La Revue du praticien*. 2011;61(10):1418-1422.
12. Mararaj S. Iatrogeny: why patients come to harm. *West Indian Med J*. 2010;59(6):702-5.