

## *Interação Pais - Médico - Paciente na Abordagem da Otite Média*

*Richard M. Rosenfeld*

Não se trata exatamente de um capítulo de Medicina com base em evidências, e sim “Como fazer o seu consultório ficar cheio de pacientes que gostam de você, estão dispostos a pagar por seus serviços, querem retornar, querem ter bons resultados e não querem processar você”. Portanto, vamos tentar colocar este aspecto bastante prático, em um contexto de pesquisa.

Trata-se de uma situação comum enfrentada nos Estados Unidos: para sua maior conveniência, os pais com vários filhos estão tendo a oportunidade de ter um farmacêutico em casa para atender às suas necessidades. Temos uma epidemia de atendimento médico, mas é importante saber o que os pais pensam em relação a esta situação, senão tudo o que fizermos poderá falhar. Como usar então essas informações?

A Medicina com base em evidências compreende 3 aspectos: a) as evidências de pesquisa, que têm suas limitações; b) a “tal da experiência clínica”, que é sempre útil mas nunca substitui as evidências; c) por último, temos os pacientes mais chatos com suas tendências, preferências, crenças e escala de valores que acabam sempre atrapalhando o que você está tentando fazer. Tive o prazer de trabalhar nos últimos anos com o Dr. Robert Ruben e alguns outros colegas da Secretaria de Saúde de Nova York, tentando implementar, de forma inteligente, uma estratégia de observação das crianças com otites médias sem causar maiores problemas. Folhetos educativos foram distribuídos para mais de 10.000 médicos no Estado de Nova York. Estas brochuras basicamente descreviam como observar crianças com otite média (OM) com  $\leq 2$  anos de idade, pedindo aos pais que se envolvessem no tratamento de seus filhos, fazendo a observação seletiva de alguns pacientes, sem o uso de antibióticos. É importante orientar, para que os pais se envolvam com o que está sendo feito, caso contrário, eles vão achar que você não está fazendo a coisa certa ao não prescrever um antibiótico. O pais devem saber lidar com a questão.

Foi publicado um artigo sobre a observação de crianças com OM, utilizando-se uma “receita de segurança” (Siegel et al. Abstract 93. Ped Academic Societies Meeting. May 2002, Baltimore). O médico orientava os pais a observar a criança por 48 horas e, caso a criança não melhorasse, eles então deveriam comprar o antibiótico da “receita de segurança”. Pelo menos nas crianças sem febre alta, um grupo relativamente pequeno, conseguiu-se evitar o uso de antibióticos.

Mas os médicos prescreviam analgésicos. Com esta abordagem, educar os pais e não dar antibióticos, é muito diferente de não oferecer tratamento, intervenção ou alívio da dor.

Somos todos profissionais da saúde e, promovendo orientações, achamos que nossas ações vão fazer os pacientes melhorarem. Aí acontecem as mudanças e achamos que elas se devem ao que fizemos. Os profissionais recebem crédito pelo que fazem, especialmente os profissionais de terapias alternativas. Vamos explorar esta questão um pouco mais. Realizamos um estudo sobre a qualidade de vida em crianças com tubos de ventilação e observamos que, em curto prazo, houve mudanças muito favoráveis. Nos Estados Unidos, após a introdução dos tubos: 80% tiveram melhora da qualidade de vida e aqueles que não tiveram melhora foram os que apresentaram otorrêia e os pais não ficavam satisfeitos ao ver sangue e pus saindo da orelha do filho. Isso quer dizer que os tubos eram eficazes e que faziam os pacientes melhorarem? Eu gostaria de acreditar que sim, mas acho que este não é necessariamente o caso. De um lado, há nossas ações - colocação de tubo de ventilação e outros tratamentos - e do outro o que acontece - e quanto mais atendemos as crianças, mais percebemos várias coisas que acontecem, sem que se faça nada.

Além disso, há o que se imagina que se está fazendo, o chamado efeito placebo. A natureza tem uma força incrível cooperando para a OM e, ao resumirmos vários estudos sobre Otite Média Aguda, Otite Média Aguda Recorrente e Otite Média com Efusão, podemos ver que a história natural é muito favorável e que praticamente todos os clínicos, competentes e incompetentes, são ou insanos, qualquer um, podem tratar bem a Otite Média, porque independente do que se faz, o paciente geralmente melhora. É uma patologia muito boa porque se pode tratá-la sem ter muito conhecimento e o resultado é excelente. O problema é o médico receber o crédito pela natureza.

Galeno, um médico grego, disse há 2000 anos que o médico é o assistente da natureza. Portanto, o médico não deve receber os créditos, pois na verdade, a Natureza é que fez o serviço. Galeno foi um autor profícuo e publicou 22 livros de Medicina em seu tempo, dobrando o número de livros da literatura médica de sua época. Portanto, um médico só, dobrou o conhecimento da Medicina. Acredito nele e acredito na importância da Natureza. Podemos fazer várias coisas interessantes.

Há várias terapias que nunca demonstraram serem melhores que a Natureza. As pessoas melhoram depois dessas terapias. Entretanto, melhorar depois de uma intervenção é diferente de melhorar por causa da intervenção. Muitos profissionais constroem sua reputação e riqueza recebendo os créditos que deveriam ter sido dados à Mãe Natureza.

Vamos falar disto agora. Já falamos sobre o que é feito de fato - o que nós fazemos - e o que teria acontecido de qualquer forma. É importante conhecermos o que o paciente acha que foi feito. Isso é diferente do que você fez, ou seja, isso pode ser chamado de resposta placebo, que é também chamada de auto-sugestão, o poder do pensamento positivo, sua capacidade de convencimento.

Interessantemente: o que é feito pelo médico, sempre tem uma resposta placebo, principalmente, se ele utilizar intervenções interessantes e sofisticadas. Isso cria

um efeito positivo na cabeça do paciente. O placebo não é apenas um pequeno comprimido. Qualquer coisa pode ser um placebo, inclusive o seu sorriso no consultório, a maneira como você toca no seu pequeno paciente ou coloca sua mão no ombro dos pais, seu jeito caloroso, o quanto demonstra que está se preocupando, imagens positivas, ausência de ameaça. Tudo isso cria uma atitude positiva nos pacientes.

Portanto a questão é: é possível estudar isto - medir essa resposta placebo?

Em um livro fantástico chamado *A Resposta Placebo* (Brody H. New York: HarperCollins Publishers, 2000), define-se a resposta placebo como uma alteração orgânica devido a um significado simbólico: o que o paciente acha que realmente aconteceu. Isso é muito bom, principalmente para médicos simpáticos e atentos. Esta resposta tem três componentes: a) o primeiro, explicar adequadamente para o paciente sair do consultório sabendo o que está acontecendo, e sabendo qual é a história natural da doença e porque não deve se preocupar; b) o segundo, é importante demonstrar que está preocupado, conversar com o paciente, responder perguntas - não precisa gastar muito tempo, mas é necessário dar ao paciente a impressão que você realmente se preocupa com ele; c) o terceiro, quando o paciente sai do seu consultório, ele se sente mais bem preparado para lidar com a doença e tem um certo domínio sobre a situação.

Eu convenci recentemente alguns de meus residentes a avaliarem as respostas placebo. Realizamos um ensaio que avaliou três itens: se os pacientes recebiam uma explicação significativa, se havia demonstração de preocupação e atenção com o paciente, e se sentiam algum domínio da situação. Nos pacientes estudados, obtivemos boas características psicométricas e os pacientes relataram que tinham sentimentos positivos bem definidos, ao final da consulta. Em nova avaliação, um ou dois meses depois, estudou-se o que estava acontecendo com as crianças com OM. As respostas nesse ensaio demonstraram uma pequena mas significativa correlação entre grau de mudança e como os pais se sentiam (Ovchinsky & Rosenfeld; AAO-HNS Annual Meeting 2002, San Diego, CA). Assim, os pais que saíram do consultório com uma boa explicação, um médico preocupado e sabendo como lidar com as coisas - independentemente do que era feito - tinham filhos que melhoravam em cerca de dois meses e eles se sentiam melhor. Também foi pesquisada a satisfação com a decisão (Parhiscar & Rosenfeld, *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 126:365-70). Foram avaliados 150 pacientes que estavam com cirurgia ambulatorial marcada e a taxa de cancelamento das cirurgias. Os pacientes que estavam mais confortáveis com as decisões e com as explicações cancelaram com menor frequência as cirurgias. De uma forma mais prática, pelo menos nos Estados Unidos, os médicos que são processados não são necessariamente aqueles que fazem coisas erradas, e sim aqueles de que o paciente não gosta. Portanto, há uma grande vantagem em ter-se um bom relacionamento com seus pacientes. Existem vários estudos mostrando que até mesmo médicos incompetentes, que cometem erros grosseiros, não são processados porque seus pacientes gostam deles e acham que são bons médicos. Em resumo, estudamos 3 componentes: a) o efeito da terapêutica, que inclui as terapias convencionais, alternativas e a combinação das mesmas; b) a resposta

placebo que inclui a explicação adequada para o paciente ou para os pais, no caso específico das otites; c) e, por fim, a expressão de preocupação e atenção do médico com relação ao caso, além do domínio da situação pelos pais.

Com relação à OM, de acordo com a história natural favorável, o único controle que o médico precisa ter é explicar para os pais que a criança vai melhorar. Talvez melhore daqui a três ou seis meses, mas ela, muito provavelmente, vai melhorar. A resolução espontânea é a história natural, as flutuações que acontecem e as regressões para um estado médio, mesmo em crianças que chegam a uma doença mais avançada. Todas tendem a melhorar, independente do que você faça.

Um último comentário. Também precisamos entender o significado da palavra anestesia. Essa é uma palavra que causa um grande impacto. Muitas crianças se beneficiariam da implantação de um tubo de ventilação mas os pais têm medo desse procedimento que necessita de anestesia. Tentar fazer a cirurgia nesses pacientes é certamente um insucesso, pois os pais não vão aceitar. Não é consistente com seu sistema de valores.

Eu explico que o risco de morte pela anestesia é de aproximadamente 1 para 50.000, e imediatamente ouço que eles preferem zero em 50.000. Explico então que outras atividades que fazemos todos os dias também envolvem este risco: 40 horas dirigindo um carro ou bicicleta, algumas horas esquiando, ou andar de motocicleta por uma hora envolvem o mesmo risco de morte. Se estiver em Nova York ou em uma outra cidade grande, o risco de 340 viagens de elevador é o mesmo da anestesia. São riscos graves. Muitos dos pacientes que têm estes valores vão dizer que não vão mais dirigir, subir em montanhas, pegar o elevador ou andar de moto... De qualquer forma, estamos lidando com uma interação complexa de todo o sistema de valores: a família, outros profissionais e a criança. Assim, penso que, em última análise, o que produz resultados é sua capacidade de focar as questões relativas à resposta placebo, respeitando os valores dos pacientes e promovendo mais satisfação e valor em suas ações.

### **Leitura recomendada**

1. Rosenfeld RM. Otitis, antibiotics, and the greater good. *Pediatrics*. 2004 Nov;114(5):1333-5.
2. Ovchinsky A, Ovchinsky N, Rosenfeld RM. A new measure of placebo response and patient satisfaction in office encounters. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004 Sep;131(3):280-7.
3. Roberts J, Hunter L, Gravel J, Rosenfeld R, Berman S, Haggard M, Hall J, Lannon C, Moore D, Vernon-Feagans L, Wallace I. Otitis media, hearing loss, and language learning: controversies and current research. *J Dev Behav Pediatr*. 2004 Apr;25(2):110-22. Review.
4. Roberts JE, Rosenfeld RM, Zeisel SA. Otitis media and speech and language: a meta-analysis of prospective studies. *Pediatrics*. 2004 Mar;113(3 Pt 1):e238-48.
5. Rosenfeld RM. Uncertainty-based medicine. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003 Jan;128(1):5-7.
6. Goldstein NA, Fatima M, Campbell TF, Rosenfeld RM. Child behavior and quality of life before and after tonsillectomy and adenoidectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002 Jul;128(7):770-5.