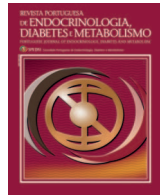




Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo

www.spedmjournal.com



Artigo de Perspetiva

Como Perspectivo o Futuro da Endocrinologia



Luis Gonçalves Sobrinho^a

^aProfessor catedrático convidado, jubilado, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; ex – Director do Serviço de Endocrinologia do Instituto Português de Oncologia, Lisboa.

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Online: 2020-07-08

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) 2019.
Reutilização permitida de acordo com
CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.
© Author(s) (or their employer(s)) 2019.
Re-use permitted under CC BY-NC.
No commercial re-use.

Palavras-chave:

Endocrinologia / tendências;
Portugal.

How I Perspect the Future of Endocrinology

Keywords:

Endocrinology / trends;
Portugal.

Quero começar por agradecer à Direcção da SPEDM o honroso e desafiante convite para partilhar convosco as minhas perspectivas sobre o futuro da Endocrinologia.

Vamos começar com uma banalidade: A prática da Endocrinologia vai evoluir sujeita aos mesmos factores que vão afectar a prática de todas as especialidades médicas, a saber:

A acelerada expansão dos conhecimentos com a consequente proliferação de tecnologias diagnósticas e terapêuticas. A esta dinâmica, cujas consequências, benéficas em termos de eficácia e maléfica em termos de custos, são evidentes, associa-se uma outra dinâmica paralela. As potencialidades aparentemente ilimitadas dos negócios da saúde vão levar cada vez mais à entrada em cena de muitos agentes e instrumentos de qualidade variável e, na prática, inverificável. Suplementos alimentares, cosméticos, anti-oxidantes, oligoelementos, etc.. já hoje ocupam mais os escaparates das farmácias do que os medicamentos convencionais. Se a isto, juntarmos a proliferação das medicinas ditas alternativas, ficamos com uma oferta imensa. Muitas, mas não todas estas alternativas, não têm qualquer valor, e algumas são mesmo óbvias burlas como é o caso da homeopatia. Por outro lado, a medicina convencional está longe de ser isenta de influências oriundas de interesses comerciais. As fronteiras entre evidência científica credível e desinformação podem ser muito ténues. Muitas decisões médicas são condicionadas por crenças e não por um conhecimento crítico bem fundamentado. E, isto aplica-se a decisões minhas tal como às de colegas, não é uma crítica a outros.

A irracionalidade a que os decisores médicos não são imunes igualmente afecta todos os outros profissionais da saúde e a população em geral que demanda soluções provenientes dos variados meios de comunicação hoje disponíveis. Isto leva-nos a estar atentos à expansão e à cada vez maior sofisticação das técnicas de *marketing* ao serviço da promoção de valores consumistas e da criação de expectativas cada vez mais exigentes. E aqui não há irracionalidade nenhuma. Quem vende estuda cuidadosamente as populações alvo e define muito bem a estratégia e as táticas para atingir os seus objectivos. Consta que a indústria farmacêutica atribui mais recursos à investigação em *marketing* do que à investigação tecnológica. Não sei se isto é verdade mas não custa a acreditar. O que é verdade é que para além das promoções directas para estimular a aquisição de produtos e serviços é criado todo um clima

* Autor Correspondente / Corresponding Author.

E-Mail: luis.g.sobrinho@sapo.pt. (Luis Gonçalves Sobrinho)

Rua Saraiva de Carvalho n° 354, 6° D,
1350-304 Lisboa, Portugal

<https://doi.org/10.26497/pa200044>

1646-3439/© 2020 Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Publicado por Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

de alertas intimidatórios conducentes a maior receptividade às promoções. Isto é o que, em inglês, se chama *disease mongering*, i.e., promoção da doença para vender produtos e serviços por vezes por vias bastante indirectas. Querem um exemplo? Em fins de 2019 apareceu um artigo na revista *Visão* alertando para a prevalência e perigosidade das hipoglicémias. Até aqui tudo bem. Mas no cabeçalho da página lia-se “artigo patrocinado”. Em nenhuma parte estava identificada qual a entidade patrocinadora. O artigo não estava assinado. Não era um alerta de uma entidade sanitária! Era um anúncio que alguém pagou mantendo-se no anonimato e que não promovia explicitamente a venda de nenhum produto ou serviço. Estranho, não é? Se isto não é *disease mongering*, então o que é?

A crescente sofisticação das tecnologias de *marketing* ao serviço da maximização dos lucros a curto prazo como força motriz dominante da sociedade tem consequências sociais, éticas e mesmo na organização mental de todos nós, enquanto seres pensantes.

Quanto a consequências sociais teremos que considerar o previsível alargamento do fosso entre os *Haves* e os *Have nots*, produto da globalização. Cada vez mais os centros de poder financeiro, e consequentemente de influência, vão estar concentrados num número muito pequeno de investidores e seus acólitos sendo que a imensa maioria das populações é considerada apenas como força de trabalho e massa consumidora. Oxalá eu esteja enganado, mas vai ser cada vez maior a disparidade entre a medicina para os pobres e a medicina para os ricos, que sempre existiu, mas que nos últimos 60 anos, tinha sido apreciavelmente atenuada no nosso país.

O progresso tecnológico requiere uma reavaliação da maneira como se faz a gestão dos recursos. Como regra, os produtos inovadores que a indústria lança no mercado são muito caros. Nem todos trazem benefícios relevantes, mas a sua relevância é difícil de avaliar na altura do lançamento do produto. Uns são comparticipados, outros não, mas isso é outro problema. Alguém acaba sempre por ter de pagar – o beneficiário ou cada um de nós através dos impostos. Mas, sejam os doentes (directamente ou na forma de seguros) ou o Estado a pagar, a factura da saúde tende a aumentar muito. E não é claro que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tenha capacidade para continuar a responder às solicitações. Algumas medidas de contenção têm sido tomadas por ex. através de uma fiscalização apertada nos critérios de acesso, como é o caso, por exemplo, dos tratamentos com hormona do crescimento ou através de negociações de quotas com a indústria como é o caso de alguns antidiabéticos como as insulinas semi-sintéticas, por exemplo. Mas no caso, por exemplo, da obesidade, dada a sua enorme prevalência e a subjectividade dos critérios diagnósticos, os custos do recurso a medicamentos inovadores, actuais e futuros, podem criar problemas de muito difícil solução. Por exemplo, os agonistas do GLP1 para o tratamento da obesidade têm a vantagem de não serem psicotrópicos, ao contrário da maior parte das alternativas, e de terem uma razoável eficácia embora os resultados a longo prazo ainda sejam desconhecidos. Por outro lado, requerem uma administração diária por tempo indeterminado e custam, nas doses recomendadas, cerca da 50€ por semana.

Quanto a consequências éticas, os médicos terão que enfrentar, mais ainda do que agora, os dilemas que decorrem do desajuste entre os objectivos optimizados para cada doente e os meios efectivamente disponíveis.

Não sou capaz de prognosticar como vai evoluir esta situação mas é evidente, e já é evidente há muitos anos, que para

assegurar um mínimo decente a todos não se pode pretender dar o melhor a cada um.

A análise das mudanças da nossa organização mental por via das mudanças nas tecnologias e do *marketing* é complexa e só superficialmente poderá ser aqui aflorada.

Quando eu era jovem a forma de pensar a doença assentava no conhecimento das chamadas ciências básicas, nomeadamente da fisiopatologia e da farmacologia. É claro que os conhecimentos disponíveis eram muitas vezes rudimentares e a prática empírica prevalecia. Mas davam, pelo menos, para apurar o raciocínio lógico e identificar com clareza aquilo a podemos chamar os limites da realidade. Hoje, o raciocínio dedutivo – da molécula ao doente – é um pouco mais fecundo, mas a imensidade da informação (e desinformação) disponíveis faz com que apenas uma minoria de pessoas dedicadas a áreas muito restritas da patologia possa colher os frutos de tal abundância, e mesmo assim com muitas limitações. Na prática os clínicos têm que continuar a actuar baseados em informação empírica, agora mais sofisticada e indirecta, sobretudo na forma de estudos controlados, randomizados (RCTs – *randomized controlled trials*). A difusão dos resultados destes estudos acaba por ser materializada na incorporação em inúmeras NOCs (normas de orientação clínica) publicadas por diversas entidades. Vou clarificar o que quis dizer por “informação empírica... indirecta”. Nos inícios da minha vida clínica tratávamos sobretudo de doenças agudas ou de descompensações agudas de doenças crónicas. Os resultados, bons ou maus, eram imediatamente observáveis. Assim se construía a experiência clínica. Hoje em dia grande parte da actividade clínica consiste em corrigir “factores de risco” em pacientes assintomáticos. A eficácia da intervenção em cada caso nunca será observável (a menos que a intervenção seja desastrosa) só estudos epidemiológicos permitirão estabelecer, em diferido, que uma intervenção, em geral, é vantajosa. O médico pode ter experiência sobre a eficácia de uma dada estatina a reduzir os níveis de colesterolémia e sobre a sua toxicidade. Mas nunca vivenciará a experiência directa do enfarte que era para ocorrer e que, graças ao medicamento, não ocorreu. A sua organização mental vai basear-se menos naquilo que observou e mais nos estudos (nem sempre convergentes) em que acredita.

Sobre este tema gostaria ainda de vos deixar dois pontos para reflexão: 1) Primeiro: Quando é preciso recorrer a populações volumosas e a estatística sofisticada, como é por regra o que ocorre com os RCT, é por que as diferenças procuradas são pequenas. Quando o senhor Florey verificou que os doentes com pneumonia tratados com penicilina sobreviviam quase todos enquanto que os não tratados morriam quase todos não precisou de nenhum matemático para lhe dizer que a droga era eficaz; 2) Segundo: A prática médica baseada em NOCs, é sobretudo normativa, não convida ao desenvolvimento do raciocínio e aproxima a actuação dos médicos à dos operadores de *call centers*. As NOCs são instrumentos de consulta, não de estudo.

Outra mudança expectável na actividade médica é a intensificação do trabalho multidisciplinar e do *networking* que já se anuncia com a prática da telemedicina e da cirurgia robótica. As consultas à distância vão aumentar bem como o seu grau de sofisticação tal como terão que ser estruturadas as respectivas formas de facturação, etc.. O turismo de saúde vai também expandir-se.

Também o recurso à inteligência artificial (IA) e a bases de “*big data*” vai certamente expandir-se. Alguns algoritmos

disponíveis já permitem, no presente, reconhecer padrões morfológicos com uma discriminação superior à dos humanos e, por isso, têm sido aplicados a dados como os da imagiologia ou da anatomia patológica. É expectável que a IA venha permitir identificar algumas atitudes mais apropriadas para cada doente em função das suas especificidades, inicialmente genéticas, mas extensíveis a outros factores inclusivamente socio-familiares, de estilos de vida e de valores. Naturalmente, a fiabilidade dos produtos finais depende da qualidade dos dados introduzidos, dificilmente imunes a vieses. De qualquer forma podemos esperar que o recurso a IA pode personalizar mais as intervenções médicas. Será uma forma de consagrar o aforismo – não há doenças, mas sim doentes. Quanto ao valor preditivo das técnicas de biologia molecular, deixando de lado a doenças monogénicas conceptualmente fáceis de compreender, ficam as doenças multifactoriais em relação às quais os estudos GWAS (*Genome Wide Association Studies*) têm vindo a identificar um número crescente de polimorfismos associados ao risco ou à protecção. Cada um destes polimorfismos está associado a uma diferença minúscula mas, no conjunto, parecem ser responsáveis por uma parte importante da variância dos fenótipos. Tanto quanto sei os expectáveis desenvolvimentos nesta área não entraram ainda na prática corrente. Na prática ética, quero dizer, porque já há empresas a anunciar tratamentos da obesidade comum guiados por análise do genoma (ex. anúncios radiofónicos da Nutribalance). O campo aqui aberto à publicidade enganosa é enorme.

Não queria deixar de mencionar, ainda como factores influenciando a prática médica em geral, a previsível subalternização e proletarização dos médicos, já em curso. Os médicos serão cada vez menos ouvidos na definição de objectivos e normas das unidades de saúde sendo substituídos por gestores profissionais ao serviço de hierarquias financeiras e/ou partidárias e/ou outras (maçonaria, *Opus Dei*, etc.). Alguns médicos, mas não todos, serão tratados como operários especializados. Socialmente vamos sofrer as consequências do esmagamento da classe média a que pertencemos. Uma notícia recente particularmente reveladora é a do aumento da pobreza entre as pessoas que têm trabalho, não apenas nas desempregadas.

Convém dizer que todos os cenários que tenho vindo a considerar partem do pressuposto que as sociedades vão continuar a evoluir mais ou menos como até aqui sem descontinuidades de maior. O problema é que esta evolução é dificilmente sustentável a médio e, com pouca sorte, até mesmo a curto prazo. Em pouco tempo a consciência da importância das alterações climáticas, não apenas no futuro, mas já no presente, entrou na agenda mediática. Subjacente está o crescimento exponencial da população mundial. Mesmo que passemos a andar mais de bicicleta e menos de avião e que comamos mais legumes e menos carne, a pegada ecológica vai continuar a crescer quanto mais não seja porque o número de pezinhos não para de aumentar. Por quanto mais tempo é possível manter este *status quo*? Não faço ideia, mas não é de excluir a possibilidade de, a qualquer momento, acontecimentos catastróficos, naturais ou provocados por confrontos entre populações, alterem profundamente as sociedades tal como nós as conhecemos.

Depois destes considerandos gerais vamos dedicar-nos ao caso específico da Endocrinologia.

Tal como me parece a Endocrinologia tem duas características que não sendo exactamente específicas a diferenciam da maior parte das outras especialidades.

A primeira é a ausência de técnicas próprias.

A segunda é a diversidade e a muito desigual distribuição das patologias a que se dedica sendo que a obesidade, a diabetes e as doenças da tiroideia afectam muitíssimo mais pessoas do que as que são afectadas pelo numeroso e diversificado conjunto de todas as outras doenças ditas endócrinas

Na ausência de técnicas próprias o endocrinologista acaba por se definir apenas pela sua maior experiência clínica em certas áreas da patologia. Mas aqui opera o tal problema da distribuição desigual. A enorme prevalência das doenças comuns como a obesidade e a diabetes convida à intervenção de internistas, clínicos gerais, nutricionistas, etc. Um clínico pode dedicar muita da sua vida profissional a tratar diabéticos e tornar-se muito competente nessa área sem que tenha de ter formação em endocrinologia geral. E isto não só pode acontecer como acontece de facto e, ao longo do tempo, tem gerado algumas tensões. Aliás, a própria diabetes tornou-se bastante diversificada e pode requerer sub-especializações. Desta realidade têm consciência os responsáveis pelos serviços de Endocrinologia de Hospitais centrais que criaram dentro dos serviços que dirigem consultas sub especializadas com médicos dedicados. Em resumo, e em termos simples, não é preciso ser endocrinologista para ser competente a tratar algumas formas de patologia endócrina e, por outro lado, o título de endocrinologista, não assegura só por si, competência no manejo de qualquer patologia endócrina.

Até aqui ocupámo-nos dos problemas decorrentes do excesso de doentes e das guerras corporativas que esse excesso pode condicionar.

Vejamos agora o problema pelo outro lado: o grande número de doenças endócrinas menos comuns ou mesmo raras leva a que muitos endocrinologistas tenham tido, ao longo da sua formação e de toda a sua vida profissional pouco ou nenhum contacto com elas. E algumas são complexas e requerem uma organização mental e uma concentração de meios humanos e de equipamentos a que estes médicos têm escasso ou nenhum acesso e que não faz sentido criar e manter para cuidar de meia dúzia de doentes por ano.

Julgo que, idealmente, os serviços de Endocrinologia deverão concentrar as suas actividades em unidades especializadas acedendo à colaboração com profissionais médicos e não médicos e com outros serviços – imagiologia, cirurgia e outros apoios especializados – criando estruturas multidisciplinares focadas em patologias específicas. Desta forma atrairão um número suficiente de doentes portadores de patologias menos comuns, e poderão prestar um serviço de excelência e ter experiência própria validada. Esta necessidade de diferenciação aplica-se, aliás, a todas as especialidades. Num grande hospital geral é possível concentrar num Serviço de Endocrinologia um número razoável destas unidades.

Naturalmente, o número destas unidades, digamos assim, sub-especializadas, tem que ter alguma proporcionalidade com a prevalência da patologia a que se dedica. Isto requer um entendimento entre os vários serviços e um planeamento a nível nacional, não só das redes de referência dos doentes como dos estágios dos internos. Eu sei, por experiência própria, que isto é muito difícil de conseguir porque todos querem ter acesso a uma fatia, ainda que pequena, do bolo. Mas temos que ter uma visão estratégica das situações mesmo quando possa haver dificuldades na sua implementação.

A par destas unidades que procuram alcançar a excelência, é razoável que sejam criados serviços de endocrinologia em outros hospitais ou mesmo colocar endocrinologistas isolados

em estruturas de menor dimensão. Estes terão como missão cuidar das patologias mais comuns, rastrear outras patologias que serão referidas a centros mais especializados e assegurar localmente o seguimento destes doentes quando devolvidos pelos hospitais centrais. Idealmente, devem ter relações próximas com as unidades mais diferenciadas a que referem os doentes.

E quanto a progressos técnico-científicos úteis na clínica?

São desejáveis, e de esperar, avanços significativos na prevenção e tratamento das diabetes tipo 1 e no tratamento dos tumores neuroendócrinos e de outros tumores malignos de glândulas endócrinas. Muito se tem progredido nestas áreas seja em termos de capacitar os diabéticos a segregarem a sua própria insulina, caso dos transplantes, seja em termos de caracterizar a diversidade da biologia celular dos tumores. Apesar disso, a disponibilização de meios de intervenção eficazes não está à vista num horizonte próximo.

Para terminar, julgo que é aqui oportuno, introduzir o conceito de “*choosing wisely*” criado em 2002 pelo ABIM (American Board of Internal Medicine) e que tem como objectivo proteger os doentes das consequências do excesso de exames e de medicações por vezes nocivas e frequentemente inúteis. Muitas sociedades profissionais de vários países têm aderido a esta iniciativa divulgando listas de recomendações sobre práticas de diagnóstico e de tratamento. Estas recomendações, ao contrário das das NOCs, são muito precisas e concisas e podem funcionar como “*sound bites*” eficazes.

Embora o conceito de *choosing wisely* tenha sido deliberadamente criado para proteger os doentes dos excessos intervencionistas é difícil resistir à tentação de lhe reconhecer um enorme potencial na contenção das despesas. Um problema aqui está na possibilidade de quebra de confiança dos doentes, suspeitosos que as recomendações preconizadas pelos seus médicos tenham objectivos economicistas e não de melhoria da sua saúde.

Em todo o caso achei que era oportuno aproveitar este tempo de antena para lembrar que o programa *Choosing wisely* foi lançado em Portugal pela OM com o patrocínio de várias sociedades científicas em Outubro de 2018 e já tem algumas recomendações elaboradas acessíveis pela internet. Basta pesquisar “*Choosing Wisely* Ordem dos Médicos”.

Muito obrigado pela vossa atenção.

Apresentações:

Texto de comunicação apresentada no Congresso Português de Endocrinologia, Coimbra, Janeiro de 2020.

Presentations:

Communication text presented at the Portuguese Congress of Endocrinology, Coimbra, January 2020.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsidio o bolsa ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Comissionado; sem revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Commissioned; not externally peer reviewed.