

OVERDIAGNOSIS: UM ALERTA À CLASSE MÉDICA

Em setembro de 2013, foi realizada em Dortmund, EUA a conferência internacional *Preventing Overdiagnosis*, com a participação de 320 pesquisadores de 20 países. Nova conferência sobre o mesmo tema já está agendada para setembro de 2014, em Oxford, Reino Unido. *Overdiagnosis* ainda não tem e não sabemos se terá uma tradução literal ou ideal para o português. Daí, mantermos aqui o termo cunhado originalmente em língua inglesa. Podemos tentar interpretá-lo como uma superestimação de diagnóstico feito a partir de eventual alteração encontrada em exame de um paciente, que jamais irá provocar sintomas e nem se tornará causa de morte deste paciente, porém que um contingente cada vez maior de médicos insiste infundadamente em "tratar" como doença, com pedidos de mais e mais exames e medicações totalmente desnecessárias.

Desta forma, *Preventing Overdiagnosis*, organizada pelos australianos Ray Moynihan e Jenny Doust e pelo canadense David Henry procura trazer à luz a reflexão sobre tal comportamento que rapidamente vem se alastrando por expressiva fatia da classe médica. Segundo estes pesquisadores a mudança nos critérios para diagnóstico está virtualmente determinando que toda a população adulta é portadora de pelo menos uma doença crônica. No artigo *Preventing Overdiagnosis*, publicado por eles no BMJ junho de 2012, são relatados alguns exemplos de *overdiagnosis* que podem ocorrer em casos de câncer de tireoide, câncer de próstata, câncer de mama, diabetes gestacional, doença crônica renal, asma e embolia pulmonar. Para os interessados no tema, recomenda-se a leitura do livro de H. Gilbert Welch e colaboradores, publicado em 2011 (*Overdiagnosed: Making people sick in pursuit of health*).

Na mesma linha, os periódicos médicos de maior prestígio no mundo (Lancet, BMJ, N Engl J Med, JAMA, Arch Intern Med) vêm alertando sobre os efeitos nocivos ocasionados pelo excesso de exames, diagnósticos e tratamentos realizados em indivíduos assintomáticos.

Já em 1994 foi publicado no N Engl Med o editorial "*The last well person*", assinalando que indivíduos saudáveis e assintomáticos dificilmente escapam do diagnóstico de alguma doença, quando submetidos a excesso de exames.

Dados estatísticos fundamentam tal preocupação, demonstrando que o número de diagnóstico de tumores indolentes, que nunca irão trazer problemas para a saúde, está aumentando no mundo desenvolvido (*JAMA agosto 2013*).

Exames de imagem frequentemente registram alterações que não irão acarretar

sintomas e nem prejudicar a saúde do paciente. Conhecidas como "incidentalomas" este tipo de alteração foi encontrado em 39,8% dos exames de imagem nos EUA (*Arch Intern Med setembro de 2010*).

Exames com resultados falso positivos podem induzir a tratamentos desnecessários e às vezes até prejudiciais. Em uma investigação para prevenção de câncer pulmonar, realizada no EUA, resultados falso positivos foram encontrados em 9% dos exames de RX do tórax e em 21% dos exames de tomografia computadorizada (*Ann Intern Med 2010*).

Baseado em artigo publicado no *Arch Intern Med 2011, 171:1385*, W. Bernardo, coordenador do programa Diretrizes, da Associação Médica Brasileira, citou alguns exemplos de exames e tratamentos que devem ser evitados:

- Exames de imagem para dor lombar: não devem ser realizados nas primeiras seis semanas, a menos que estejam presentes sintomas graves.
- Densitometria óssea para avaliar osteoporose: não havendo fatores de risco, não deve ser realizada em mulheres com menos de 65 anos e em homens com menos de 70 anos.
- Eletrocardiograma ou qualquer outra triagem cardíaca: não é necessário para pacientes com baixo risco cardiovascular, sem sintomas.

Para citar alguns exemplos na minha especialidade, as Diretrizes das Sociedades de Gastroenterologia recomendam que a endoscopia digestiva alta não deve ser o primeiro procedimento adotado para pacientes jovens com dispepsia, sem fatores de risco; a primeira alternativa deve sempre priorizar um tratamento clínico bem orientado. Pacientes com diagnóstico endoscópico de gastrite ou de esofagite de refluxo leves não necessitam repetir a endoscopia, pelo menos nos seis meses seguintes ao exame, exceto nos casos de alguma complicação.

Esôfago de Barrett (substituição do epitélio estratificado por colunar no esôfago inferior) é fator de risco para adenocarcinoma do esôfago. As últimas diretrizes da Sociedade Britânica de Gastroenterologia, publicadas no *Gut* em janeiro de 2014, estabelecem que os pacientes com esôfago de Barrett menor do que 3 cm, sem displasia, não mais necessitam repetir endoscopia com biópsias a cada 2 anos, como recomendavam as antigas diretrizes. A decisão foi motivada por trabalhos recentes, demonstrando que, nestas condições, o risco do epitélio colunar evoluir para adenocarcinoma é muito menor do que a observada nos estudos anteriores. A

recomendação é repetir exames a cada 3- 5 anos ou dispensar o paciente de novas endoscopias, evitando o excesso de exames. Quando o Barrett tem mais de 3 cm a conduta deve se repetir endoscopia com biópsias a cada 2 ou 3 anos. A Sociedade Americana de Endoscopia Digestiva recomenda dispensar a repetição de exames em todos os casos de Barrett sem displasia, ou repetir endoscopia apenas a cada 3-5 anos (*Jonge e colaboradores, Gut 2014;63:191*).

Em outubro de 2004 o BMJ alertou que pacientes idosos gravemente enfermos e em estado terminal são frequentemente submetidos à gastrostomia ou à colangiopancreatografia endoscópicas, sem que os procedimentos lhes tragam qualquer benefício. A última edição do Código Brasileiro de Ética Médica recomenda evitar procedimentos invasivos em pacientes terminais, sem possibilidade de recuperação. Docentes dos departamentos de geriatria e de gastroenterologia do HC da FM da USP demonstraram que o exame colonoscópico realizado em pacientes com mais de 80 anos provoca risco significativo e complicações (Arq. Gastroenterol, dezembro 2013).

É recorrente encontrar exemplos de exames desnecessários realizados com frequência também nas demais especialidades médicas. Porém, a grande demanda de exames não é a única responsável pelos excessos que vêm ocorrendo nos últimos anos. Em maio de 2013, o BMJ denunciava o excesso de diagnóstico e de medicação para depressão, ponderando que alguns distúrbios diagnosticados como doença são parte natural dos ciclos da vida. O mesmo ocorre com a hiperatividade e déficit de atenção, que Trevor Jackson, editor deste mesmo periódico, relata ser a maior causa do excesso de medicação (*BMJ novembro 2013*). O aumento do uso de medicamentos para distúrbios mentais foi abordado no Lancet de novembro de 2013 e, em dezembro do mesmo ano, o editorial do BMJ registrou que o uso de antidepressivos nos países mais ricos dobrou nos últimos dez anos.

Em artigo publicado em 04 de janeiro de 2014, intitulado "Vitaminas na Berlinda", Hélio Schwartsman, colunista da Folha de São Paulo, comenta o editorial do *Ann Intern Med* de dezembro de 2013, que não só pede que as pessoas sem deficiências nutricionais parem de utilizar suplementos de vitamina, como sugere que não se dediquem mais recursos para novas pesquisas nessa área. Exceto para subgrupos específicos, o caso das vitaminas já está encerrado. O editorial intitulado "*Enough is enough: Stop Wasting Money on Vitamin and Mineral Supplements*" alerta ainda sobre pesquisas mostrando que betacaroteno e vitamina E aumentam a mortalidade. A prevenção da osteoporose com vitaminas foi também questionada: pesquisadores da Universidade de Auckland, Nova Zelândia, concluíram que o uso de vitamina D não é justificado para prevenção de osteoporose em adultos saudáveis (*BMJ outubro de 2013*).

Com frequência atendo em meu consultório idosos debilitados, levados por familiares, portando sacolas de exames já realizados, a pedido de médicos de várias especialidades, e fazendo uso de uma lista de medicamentos receitados por cada um desses profissionais: antidepressivos, ansiolíticos, antiinflamatórios, anti-hipertensivos, anticoagulantes, diuréticos, medicamentos para tireoide, diabetes, colesterol, osteoporose e, sempre, vitaminas e remédios para "proteger o estômago". Em casos assim, é inevitável que o risco de efeitos colaterais indesejáveis seja potencializado pela interação medicamentosa. Este excesso de medicação não está ocorrendo apenas no Brasil. Na Inglaterra, o número de drogas prescritas para cada pessoa aumentou 53,8% na última década. Na Escócia, um cada seis pacientes com mais de 65 anos está tomando dez ou mais medicamentos (Polypharmacy: a necessary evil? *BMJ novembro 2013*).

As autoridades de saúde e as especialidades médicas estão cada vez mais rigorosas em relação à prevenção de doenças na população saudável, recomendando tratar qualquer alteração encontrada nos exames, mesmo que pequenas e sem relação com sintomas.

Uma conduta aceita universalmente é a identificação e o tratamento da hipertensão arterial, comprovadamente eficaz na prevenção de doenças vasculares. Questiona-se, no entanto, se na hipertensão leve, o início do tratamento deve basear-se em apenas uma única constatação observada na primeira consulta. Uma revisão da *Cockrane*, publicada em 2012, analisou 8.912 pacientes com hipertensão leve (menor que 159 x 99 mm de mercúrio), concluindo que não houve benefício para o grupo de pacientes medicados em relação aos que apenas receberam placebo (*BMJ agosto de 2012*).

Influenciada pela metanálise da *Crockane*, baseada em 26 estudos randomizados, demonstrando eficácia das estatinas na prevenção de doença coronária (*Cholesterol Treatment Trialist, Lancet 2010*), as últimas diretrizes elaboradas pela American Heart Association recomendam tratamento com essa medicação, mesmo quando os níveis de colesterol estão pouco alterados.

A metanálise foi criticada por J. D. Abramson e colaboradores que, revisando os mesmos 26 estudos, concluíram que as estatinas não trouxeram benefícios para os indivíduos com risco de doença cardiovascular menor do que 10% em 10 anos. Acrescentaram ainda que a metanálise descreveu índices muito baixos de complicações ocasionadas pela medicação (*BMJ 26 outubro de 2013*).

Em relação aos índices de complicações, estudo desenvolvido por Zhang e

colaboradores, avaliando 150 mil pacientes da população em geral medicados com estatinas, apontou que 20% destes interromperam o tratamento, em função de efeitos colaterais (*Ann Intern Med* 2013;158:526). Paul Ridker e Nancy Cook em editorial do *Lancet* (novembro de 2013) ponderaram: "Se estas recomendações forem adotadas, um em cada três norte-americanos adultos deveriam ser medicados com estatinas". Fiona Goodle que é a editora- chefe do *BMJ* desde 2005, também comenta: "Statins for all over 50? No" (*BMJ* outubro de 2013).

Krumholz, da Universidade de Yale, procura esclarecer aos médicos que as novas diretrizes da Sociedade Americana de Cardiologia recomendam tratamento com estatinas sempre que o risco de doença cardiovascular for alto, mesmo quando as taxas de LDL não estiverem elevadas (*BMJ* dezembro de 2013).

Contrariando os resultados da maioria dos trabalhos, estudos prospectivos não demonstraram associação significativa entre a ingestão de gordura saturada e o risco de doenças cardiovasculares. Ao contrário, foi constatado que gordura saturada foi protetora (*Am J Clin Nutr*, 2010;91:535).

A polêmica se distancia cada vez mais de um consenso. Em outubro de 2013, o *BMJ* relatou que na redução de mortalidade por doença coronária, acidente vascular cerebral e pré-diabetes a prática de exercício físico foi tão eficiente quanto o uso de medicamentos.

Estudo randomizado recente mostrou que na prevenção de doença cardiovascular em pacientes de alto risco, a dieta do mediterrâneo foi 30% mais eficaz do que dieta pobre em gorduras (*N Engl J Med* 2013;368:1279).

O conflito de opiniões em relação ao colesterol foi bem discutido na mídia por Dráuzio Varella (*Folha de São Paulo*, 30 de novembro de 2013) e pelo editor do Caderno de Saúde do mesmo veículo em 09 de dezembro de 2013.

Entre os fatores que tentam explicar a solicitação excessiva de exames, a crescente realização de cirurgias questionáveis e o excesso de medicação estão o medo de o profissional ser acusado de negligência, o crescente número de "pesquisas tendenciosas", a maior demanda dos próprios pacientes, a inclusão de tecnologias sem comprovação de eficácia na prática clínica e a não informação aos pacientes sobre os possíveis danos de determinados tratamentos (*BMJ* outubro de 2012, citado pela revista *Veja*, em 03-10-2012).

Des Spence, clínico geral de Glasgow, Escócia, e colunista do *BMJ*, recomenda a leitura

do livro "*Deadly Medicines and Organized Crime*", publicado em setembro de 2013 por P. Gotsche, chefe do Centro Nórdico Cockrane (*BMJ 2013;347*).

Como se vê, os trabalhos publicados nos últimos anos apresentam conclusões conflitantes, que provocam insegurança nas condutas dos médicos.

Uma certeza que merece registro é a de que as observações aqui relatadas são totalmente distintas da importância da medicina preventiva - de valor universalmente reconhecido e onde se recomenda que exames complementares devem ser solicitados sempre que se julgar necessário, após minuciosa anamnese e cuidadoso exame físico.

Antônio Frederico Magalhães

Professor Titular aposentado, ex-chefe do Departamento de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.