

# O CRESCENTE USO EXCESSIVO DE EXAMES COMPLEMENTARES EM GERIATRIA

## The excessive growth of complementary tests in geriatric practice

Define-se “uso excessivo” a prestação de serviços médicos nos quais o potencial de dano excede o potencial de benefício, aqui consideradas tanto as intervenções terapêuticas como as diagnósticas na área da saúde.<sup>1</sup>

A proliferação de tecnologia onerosa é um dos principais motores da escalada dos custos de saúde em todo o mundo. Segundo dados da Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OECD, em inglês), nos Estados Unidos da América, o número de exames de ressonância magnética (RM) realizados a cada mil indivíduos que buscaram os serviços de saúde (ambulatório ou hospitais) saltou de 89, em 2006, para 107, em 2013. Em contraste, o Canadá apresenta metade desses números.<sup>2</sup> Apesar de não termos dados estatísticos seguros no Brasil, sabe-se que a oferta de equipamentos com fins diagnósticos (RM, dentre outros) tem aumentado em praticamente todas as regiões do país. Segundo Martins,<sup>3</sup> o segmento de RM destacou-se pelo aumento de 118,4% na oferta de equipamentos no Brasil, enquanto os aparelhos de raios X apresentaram queda anual nas regiões centro-oeste e sul.

Há diversas outras tecnologias que foram incorporadas na prática clínica, sobretudo no tocante a exames complementares laboratoriais. No Reino Unido, há aumento de 5% ao ano nos gastos com exames complementares, mas um crescimento de apenas 2% no número de pacientes atendidos.<sup>4</sup>

Nos últimos dez anos, muitas sociedades representativas de especialidades médicas se curvaram a resultados de estudos populacionais que recomendaram cautela no acompanhamento de pacientes idosos de grupos específicos.<sup>5</sup> A depender da “doença de base” que o idoso apresenta (como demência, por exemplo), “novos” diagnósticos podem não contribuir para a melhora da qualidade de vida desse sujeito. Ademais, um grande estudo no Reino Unido (em sua maioria idosos) acerca do rastreio de diabetes tipo 2 em pacientes com risco aumentado não demonstrou significativo impacto da iniciativa do rastreio sobre a mortalidade por todas as causas, por doença cardiovascular ou pelo próprio diabetes nos dez anos seguintes. De fato, os benefícios de triagem (solicitação de glicemia sanguínea e outros) em indivíduos sem doença detectável (anamnese e exame físico) são poucos.<sup>6</sup> A Sociedade Americana de Médicos de Família chegou a levantar a possibilidade de abandonar a solicitação de glicemia como rastreio de diabetes para pacientes com expectativa de vida reduzida.<sup>7</sup>

Não há estudos brasileiros avaliando a taxa de desconhecimento do médico na solicitação de exames complementares. Um estudo irlandês demonstrou que a maioria (54%) das solicitações de marcadores tumorais realizadas no país foi feita para rastrear a suspeita de tumor ou para determinar a fonte do tumor primário. Cerca de 9% das solicitações foram para rastreio de indivíduos com uma história familiar de algum tumor específico.<sup>8</sup> Sabemos que, apesar desses marcadores poderem auxiliar no diagnóstico, são mais apropriados no seguimento de pacientes com a doença.

O geriatra tem papel fundamental enquanto especialidade médica que busca disciplinar o uso de cada exame complementar na prática clínica. Há vantagens e desvantagens nesse processo. Dentre as primeiras, o geriatra tem a obrigação (e o privilégio) de realizar uma anamnese bastante completa do ponto de vista clínico. Poucos profissionais o fazem hoje, sobretudo na medicina privada. Não imagino um médico que atenda um paciente com demência vascular e não monitore sua pressão arterial. Ou outro que avalie cognição sem uma simples otoscopia para afastar a possibilidade de surdez por rolha cerúmen. A literatura tem demonstrado que aplicar recomendações (*guidelines*) de especialidades na geriatria frequentemente não é a melhor escolha.<sup>6</sup> A desvantagem é que esse idoso geralmente chega ao consultório com múltiplas morbidades, sendo em regra acompanhado por muitos especialistas que desconhecem as peculiaridades do envelhecimento.

Apesar de argumentos por parte dos profissionais acerca da chamada “medicina defensiva”, essa não seria a justificativa para que médicos brasileiros solicitem exames em demasia. Ao que me parece, a formação médica na graduação é a origem dessa questão. As enfermarias e os ambulatórios de clínica médica estão em extinção no Brasil, substituídos por especialidades e,

em muitas vezes, por subespecialidades. O novo conceito de “ambulatório da doença X” avança na formação acadêmica. E é justamente esse o contexto em que o estudante atual se forma. Como aprenderá a fazer um diagnóstico de hipotireoidismo (muitíssimo comum no idoso) se lida em ambulatórios onde os casos são mais complexos? Certamente sairá conhecendo (e solicitando) toda a “família T” — TSH, T4L, T3 etc. Neste contexto, solicitações de ultrassonografia de tireoide “de rotina”, sem real indicação clínica, também têm sido frequentes. Não há evidência científica robusta que suporte o rastreamento para doenças da tireoide em larga escala.<sup>9</sup> Não há disciplinas regulares na maioria das faculdades de medicina que ensinem a importância e os riscos dos exames complementares — e a devida atenção que se deve dar a eles. Atualmente, com o advento dos computadores e das impressoras, ficou fácil e prática a solicitação de uma lista de exames de maneira automática pelo médico, que substitui apenas o nome do paciente para que a lista esteja pronta. Erros grosseiros ocorrem nesse processo, e apenas confirmam o descaso do profissional com essa etapa tão importante do ato médico. Solicitação de exame para dosagem de antígeno prostático (PSA) para mulheres é apenas um exemplo do descaso.

Outros fatores que contribuem para o excesso de exames complementares são os chamados “incentivos financeiros” e as vantagens que muitos médicos recebem de laboratórios, clínicas e hospitais privados. Apesar de detestável, esse assunto ainda não tem sido debatido a contento pelos órgãos reguladores, que se preocupam muito mais em penalizar a assistência suplementar do que em criar condições mais favoráveis para o sistema.

A exploração de “novas tecnologias” por parte da mídia e a facilidade de acesso aos exames são aspectos influenciadores dessa enormidade de solicitações de exames. Se o idoso tivesse uma porta de entrada no sistema por meio de um profissional médico generalista, mais de 80% dos pacientes sequer necessitariam de consulta com especialistas.

Os pacientes não são apenas vítimas, mas corresponsáveis nesse processo. Baixa escolaridade, atitude pessimista, a não compreensão sobre a doença e sobre os riscos associados à realização de exames e, principalmente, a falha na comunicação com o médico são fatores que aumentam a solicitação desnecessária de exames diagnósticos.

Nem os médicos nem os pacientes conhecem o valor a ser desembolsado para realização de exames, salvo quando são feitos por expensas do usuário. As discussões no âmbito de regulamentação na prática de solicitação de exames complementares emperram em vários níveis: os conselhos e associações da classe médica que enxergam apenas a “pressão das operadoras de planos de saúde”; a Agência Nacional de Saúde que trabalha sempre com a ideia de que toda a regulamentação nesse setor é uma “restrição” do direito do usuário; e a justiça, que não possui alicerce técnico suficiente e defere sentenças que não têm qualquer embasamento científico.

O mercado da medicina diagnóstica cresceu substancialmente no Brasil nas últimas décadas. Com um número estimado de mais de 16 mil laboratórios, esse setor tem sido objeto de aquisições agressivas por parte de investidores nacionais e estrangeiros. Como exemplo, pode-se citar a Diagnósticos da América (DASA), dos Estados Unidos.<sup>10</sup> A rentabilidade tem crescido a taxas invejáveis para o restante da matriz econômica brasileira. Por outro lado, significativos avanços tecnológicos foram incorporados no segmento de medicina diagnóstica. Todos os médicos formados há mais de 15 anos lembram-se de como, na época, era difícil realizar uma hemocultura e de como a sensibilidade do método era baixa. Hoje, esse exame melhorou substancialmente, com ganho de tempo e qualidade. Por outro lado, seus custos aumentaram. No âmbito da medicina diagnóstica por imagem, houve claramente um aumento do número de clínicas privadas no Brasil. O ganho do clínico com essa ferramenta é inegável, mas excessos têm ocorrido.

Artigo recente de revisão intitulado *Evidence for overuse of medical services around the world*, publicado na conceituada revista *The Lancet*, tratou desse tema e os dados são aterradores. Os Estados Unidos despontam como o país que mais apresenta dados de uso inapropriado de exames e intervenções médicas, incluindo a realização frequente (e equivocada) de eletrocardiogramas, tomografias, testes de rastreios de neoplasias e até dosagens de vitamina D.<sup>11</sup>

Os geriatras têm a obrigação científica, moral e ética de usar os exames complementares de forma parcimoniosa, adequada e respeitosa. Por parcimoniosa, entenda-se “economicamente viável” para que a saúde pública e privada sobreviva às próximas décadas. Por adequada, leia-se individualizada. E, por fim, respeitosa ao cidadão que paga impostos e, em muitos casos, a sua consulta.

**Einstein Francisco Camargos**  
*Editor-chefe da Geriatrics, Gerontology and Aging*

## REFERÊNCIAS

1. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*. Sep 16 1998;280(11):1000-5.
2. OECD. Health care resources: OECD Health Statistics (database). 2014.
3. Martins LO. O segmento da medicina diagnóstica no Brasil. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2014;16(3):139-45.
4. Fowkes FG. Containing the use of diagnostic tests. *Br Med J (Clin Res ed)*. 1985;290(6467):488-490.
5. Oliveira J, Salgado M, Pessine M, Roman A. Subclinical hypothyroidism in elderly: to treat or to observe? *Geriatr Gerontol Aging*. 2012;6(1).
6. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005 Aug 10;294(6):716-24.
7. Barry HC. Screening for Type 2 Diabetes Mellitus: 10-Year Mortality Not Improved. *Am Fam Physician*. 2013;87(7):512.
8. Sturgeon CM. Tumor markers in the laboratory: closing the guideline-practice gap. *Clin Biochem*. 2001;34(5):353-9.
9. Rugge JB, Bougatsos C, Chou R. Screening and treatment of thyroid dysfunction: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2015 Jan 06;162(1):35-45.
10. Grisotto R. Os empreendedores que desafiam as redes Dasa e Fleury. *Veja Economia*. 2012.
11. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017 Jul 08;390(10090):156-68.