

Autores:

Priscilla Duarte Ferreira - Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba

Eduardo Simon - Professor Efetivo do Curso De Medicina da Universidade da Paraíba e Especialista em Medicina de Família pela Universidade Federal do Rio De Janeiro.

Revisão Narrativa

Trabalho de Conclusão de Curso - apresentado em dezembro de 2014 em João Pessoa.

RASTREAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E O VIÉS DO “CHECK-UP”: UMA REVISÃO CRÍTICA

RESUMO

No caso do presente estudo, serão descritos e discutidos, de forma ampla os aspectos relacionados à prática da solicitação de exames complementares para o rastreio, o check-up e seus vieses, a discordância entre a prática ambulatorial e os protocolos preconizados pelas evidências médicas, os fatores agravantes do rastreamento irracional e as iatrogenias advindas da solicitação irracional dos exames. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é contribuir para o debate, estabelecendo bases de argumentação para melhor compreensão do rastreamento realizado na atenção básica de saúde e suas consequências em âmbito social, cultural e econômico, com vistas à construção do cuidado.

Palavras-chave: Rastreamento, Medicalização, Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos seis anos de curso tenho me deparado, assim como muitos

colegas, com a seguinte situação: paciente assintomático adentra no consultório médico e solicita os “exames de rotina”, pois pretende fazer um “check-up” e há muito não sabe como está sua saúde. Pergunto-lhe o que sente ou o que pensa em diagnosticar com a solicitação de tais exames, entretanto há sempre respostas vagas como “porque tem que fazer, não é?” ou porque há algum conhecido que milagrosamente descobriu alguma doença por exames e o paciente espera passar pela mesma experiência. A falta de resolutividade da prática de solicitação desses exames e a morosidade com a qual se procede o acompanhamento do paciente assintomático, esperando por resultados que não trarão dados adicionais relevantes para o manejo do mesmo, sempre me causou insatisfação e necessidade de explicar, por argumentação plausível e respaldada por evidências, o porquê de não optar pelos métodos complementares. Desse modo, esse estudo surge para responder as dúvidas e confirmar as suposições em relação ao check-up, o rastreamento e seus vieses.

Em virtude do advento da informação acessível a todos os níveis sociais, a prática médica tem se popularizado, tornando as técnicas diagnósticas e de rastreio alvo constante do ideário popular¹. Entretanto, o que representa uma conquista da população e melhoria em termos de acesso e autonomia em saúde, gera grandes conflitos na prática ambulatorial e dúvidas sobre as ações que de fato têm impacto na qualidade do serviço de saúde prestado.

A divulgação dos métodos diagnósticos gera, na população, expectativas cada vez maiores sobre as intervenções em saúde. Há uma preocupação crescente com a prevenção e detecção precoce das doenças, ocorrendo frequentemente excessos de medidas preventivas e diagnósticas, principalmente destinados aos pacientes assintomáticos³. Ao longo do tempo, o limite entre o saudável e o enfermo tem mudado, principalmente, por pontos de corte na definição das doenças, com a invasão de um estado patológico no que antes era considerado normal¹. Há menor tolerância para com as oscilações e variações do processo saúde-doença individual, refletindo numa maior morbidade factícia e em pseudo-diagnósticos com um potencial iatrogênico, pois os pacientes se colocam e sofrem como doentes². Indefesos ante os danos desnecessários e rotineiros do excesso de intervenções médicas, os

pacientes vítimas da iatrogenia crescem em número de forma alarmante^{1,3}.

Em vez da decisão de realizar exames para rastreamento apoiar-se em estudos populacionais, o que se observa na prática são consultas motivadas pelo desejo dos pacientes em ter acesso a métodos complementares ou profissionais especializados, justificando-se pelo “medo de adoecer”, desejo de descobrir “tudo o que tem”³ ou de utilizar outros serviços de maior complexidade por achar que, pela gratuidade do serviço de saúde, há a obrigatoriedade de usufruir de um atendimento “amplo”, com todo arsenal diagnóstico disponível. Justificativas essas que não possuem qualquer respaldo científico^{2,4}, não sendo isentos de riscos, causando prejuízo socioeconômico, além de redistribuir recursos financeiros e humanos⁵ de modo que os grupos sociais de maior fragilidade não tenham a assistência médica adequada³. O financiamento da estrutura médico-laboratorial torna-se escasso em virtude do mau uso dos recursos³. Em termos de saúde pública, os insumos devem ser distribuídos e utilizados com o mínimo de racionalidade e coerência⁵.

O rastreamento deve ser capaz de, por meios específicos, com baixo custo, risco mínimo, efetividade comprovada e em tempo hábil, diagnosticar doenças em fases assintomáticas e passíveis de intervenção⁶. Nesse sentido, nem todas as doenças, mesmo as de alta prevalência, necessitam de rastreamento, pois, não modificam o perfil de morbidade da população e o aumento na expectativa de vida é ínfimo em relação ao custo necessário para sua implantação no sistema de saúde^{4,7}. O sobrediagnóstico causado pelo excesso da medicalização não se traduz na melhoria dos indicadores de saúde^{3,4}. Ao contrário do esperado, dado o grande investimento em propagandas por indústrias farmacêuticas e até mesmo órgãos governamentais, o benefício populacional do rastreamento para algumas doenças, como o câncer de mama, tem se mostrado ínfimo em comparação ao custo econômico e dano psicológico causados². Com relação à prevenção, exige-se maior rigor quanto à garantia do benefício e evitação de danos, pois, se considerarmos que a intervenção ocorrerá em pessoas de baixo risco (assintomáticas), o *primum non nocere* deve imperar⁷. Dessa maneira, em casos em que o benefício é duvidoso ou mesmo o procedimento resulta em

dano físico (*core biopsy* em nódulo mamário suspeito), psicológico (angústia e ansiedade gerada a partir do diagnóstico) e resultados conflitantes (aumento do número de falsos-positivos), o risco assumido pelo rastreamento ultrapassa o benefício², na opinião de muitos autores. Nesse contexto, o sobrediagnóstico é problema clínico, ético e social⁸.

Na tentativa de rastrear doenças com exames inadequados, como o médico poderá agir diante de um exame anormal e incompatível com a clínica? O que deverá ser tratado: o paciente ou o exame? É corriqueiro se deparar com esse dilema na prática ambulatorial⁹. Não há uma diferença nítida entre uma cobertura de assistência médica plena e a utilização de recursos técnicos de alta complexidade, porém supérfluos. A necessidade compulsiva de solicitar exames está enraizada na cultura médica, sendo parte integrante da formação acadêmica hospitalocêntrica^{8,12}, fato observado principalmente nos hospitais-escola. Por preciosismo acadêmico ou necessidade de documentação dos casos, em vista de uma medicina defensiva¹, a solicitação indiscriminada dos exames perpetua-se, fazendo com que médicos mais jovens, ou mais inseguros de sua capacidade clínica-diagnóstica, ou aqueles sem conhecimento técnico-científico adequado, levem para a comunidade a falsa ideia de medicina moderna, atualizada, segura e eficiente, quando, na realidade, trata-se de uma medicina sem lógica, desvirtuada e sem respeito ao doente¹².

A cultura médica assimilada pela população transformou os “exames complementares” em “exames de rotina”^{4,8}. Qualquer oposição à realização dos mesmos gera no paciente um sentimento de descaso, de negligência por parte do médico que restringe o acesso a procedimentos complementares³. Muitos profissionais se desestimulam a tentar persuadir da falta de benefício, pois há um entrave sociocultural que desregula a prática médica racional. Em algumas situações em que há a recusa pelo médico, os pacientes passam a simular queixas e sintomas na tentativa de barganhar algum método complementar, persuadidos inconscientemente que dessa forma teriam uma maior proteção e promoção de sua saúde. Nesses casos, existe o impasse no qual a decisão médica, que, a priori, deveria estar baseada em diretrizes aceitas e consolidadas no saber médico^{3,10}, é pautada em satisfazer os anseios e apelos dos pacientes, como uma forma de paliar o sofrimento gerado pelo medo de

adoecer³. A requisição fica ao critério do sujeito que não teve formação técnica para tal ato, o que termina por inviabilizar a correta assistência médica.

Ademais, alguns autores consideram que o menor tempo concedido ao paciente impede que a relação médico-paciente seja consolidada e que os exames subsidiários possam ser evitados¹⁰. Entretanto, o tempo de consulta não justifica, isoladamente, a solicitação irracional de exames⁴, pois outros fatores também estariam envolvidos, como o número de consultas por um mesmo paciente, a idade, a disponibilidade local dos exames, entre outros⁴. O tempo mínimo aliado ao número elevado de atendimentos condiciona o médico assistente a prestar um atendimento de forma mecânica e automática¹⁰

Entretanto, o que inicialmente é considerado um gasto mínimo, a opção de exames laboratoriais em detrimento de uma consulta pormenorizada, pode perpetuar um ciclo no qual os pacientes assintomáticos utilizam progressivamente os recursos do sistema de saúde à custa de uma busca persistente e desproporcional de doenças assintomáticas^{2,4,7,8}. O consumo de materiais e de profissionais de saúde promove uma realocação desses recursos e uma desproporção na assistência à saúde^{5,7} que fere diretamente o princípio doutrinário do SUS relacionado à equidade³. Os usuários mais saudáveis oneram desproporcionalmente mais o Sistema de Saúde do que àqueles que não têm o acesso facilitado ao serviço médico⁵. Estes, por sua vez, são invisíveis ao poder público, lhes são negados direitos mínimos¹¹. Por viverem em condições mais insalubres, expõem-se a fatores de risco variados, sendo, portanto, mais suscetíveis ao adoecimento¹¹. Por sua condição de base, a exemplo da prevalência variável da carência nutricional, das parasitoses, do saneamento básico precário, qualquer doença que venha a se sobrepor ao quadro o fará de uma maneira mais contundente, mais deletéria⁶. Portanto, a assistência médica preferencial e imediata é essencial para esses grupos de maior risco social⁵.

A Atenção Básica à Saúde (ABS) foi concebida pelo Sistema Único de Saúde(SUS) como forma de reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde¹⁴. Sua criação desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade,

acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social¹⁴. Por ser a porta-de-entrada do SUS e pela hierarquia dos níveis de atenção, a ABS é responsável pelo atendimento da grande maioria dos usuários do SUS e pela triagem dos pacientes para os níveis de maior complexidade. Nesse contexto, são encontrados os pacientes assintomáticos, grupo alvo desse estudo, para os quais são destinadas medidas de rastreamentos e métodos complementares⁴ sem justificativa médica com respaldo pela literatura^{2,8,15,19}. A prática onera os cofres públicos sem trazer, no entanto, benefício real para os usuários e comunidade^{1,7,12,19}.

No âmbito da Atenção Básica, as ações devem contemplar a equidade do acesso e utilização dos serviços de saúde de modo que a promoção e prevenção da saúde sejam asseguradas a todos os indivíduos da comunidade e tidas como objetivo coletivo de bem comum¹². Nesse sentido, buscam-se estratégias que satisfaçam os preceitos do SUS e que impeçam distorções, manipulações e captura de recursos de modo a garantir a cobertura irrestrita e proporcional ao grau de vulnerabilidade de cada população^{11,12}.

A criação do SUS a partir da Constituição (1988) estabeleceu, no artigo 199, que o setor privado pode atuar de forma livre e complementar, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fim lucrativo²³. Na época, a saúde contava com 70% dos serviços privados complementando os serviços públicos, de modo que seria impossível defender uma administração pública executora direta de serviços sem contar com a participação do setor privado²². No entanto, em vez de o Estado estruturar, progressivamente e paralelamente a esse subsídio inicial, sua própria rede de serviços de saúde e oferece-la a população de forma plena, ocorreu a transferência do capital do fundo público à iniciativa privada e terceirização dos serviços em saúde, resultando hoje em um dos maiores negócios econômicos do país²² e na mercantilização dos serviços médico-assistenciais.

A distribuição de cuidados médicos em função do mercado é socialmente primitiva e acentua a má distribuição dos recursos médicos⁵. Na atual organização e funcionamento dos serviços de saúde na Atenção Básica

encontramos vários fatores que influenciam negativamente na qualidade do serviço prestado e perpetuam uma espécie de ciclo. O aumento de intervenções desnecessárias gera incremento artificial de morbidade, que por sua vez leva a maiores gastos com diagnósticos e tratamentos, resultando na menor disponibilidade de recursos para outras ações mais emergenciais e impactantes, o que agrava as diferenças sociais e repercute de forma negativa nos índices de saúde. A falta de melhora desses índices gera maior preocupação e investimento em intervenções desnecessárias e então se prossegue com todo o processo acima descrito.

Para entender o conjunto de processos relacionados à perpetuação desse ciclo, é necessário explorar alguns determinantes: o rastreamento e seus vieses, a discordância entre a prática ambulatorial e os protocolos preconizados pelas evidências médicas, os fatores agravantes do rastreamento irracional e as iatrogenias advindas da solicitação irracional dos exames.

No caso do presente estudo, serão descritos e discutidos, de forma ampla tais aspectos relacionados à prática da solicitação de exames complementares para o rastreio, o check-up, não tendo sido objetivo desse trabalho responder de forma específica e absoluta sobre a indicação ou não do rastreamento, mas sim compreender quais são os fatores relacionados à sua prática. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é contribuir para o debate, estabelecendo bases de argumentação para melhor compreensão do rastreamento realizado na atenção básica de saúde e suas consequências em âmbito social, cultural e econômico, com vistas à construção do cuidado.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de revisão narrativa. Diferente da revisão sistemática e da revisão bibliográfica, a descrição narrativa tem um caráter descritivo-discursivo, que faz uma análise crítica e pessoal, podendo padecer de vieses relativos à seleção dos trabalhos analisados e à avaliação crítica e pessoal dos autores. Esse tipo de estudo apresenta as desvantagens de não ser reproduzível, às vezes incompleto e, em alguns casos, inconclusiva²⁰.

Pelo fato de o objeto deste estudo ser multidimensional e bastante complexo, a revisão apenas com a reprodução dos conhecimentos vigentes não seria suficiente, pois existem variadas correntes com interesses e abordagens diversas, dificultando a síntese e processamento das informações. Desse modo, a escolha pelo tipo de estudo deu-se pela necessidade de reunir as informações e expô-las de forma a explicitar a complexa interação entre o rastreamento, o cuidado dos pacientes oferecido na atenção básica, a prática médica e a influência do mercado nesse processo.

Para tanto, são revisados e discutidos estudos que versam sobre o tema e apontam determinantes históricos, sociais, éticos, clínicos e econômicos da implantação e fortalecimento da prática do rastreamento na atenção básica brasileira. Buscou-se concatenar as informações contidas na literatura em relação aos termos 'check-up', 'medicalização', 'rastreamento' e 'sobrediagnóstico' na base de dados Medline, Pubmed, BIREME e LILACS, buscando seus principais determinantes, bem como outros fatores relacionados, de modo a propor hipóteses sobre os processos relacionados ao rastreamento de pacientes assintomáticos e suscitar questionamentos sobre o mérito e malefícios da prática.

O RASTREAMENTO E SEUS VIESES

O termo rastreamento é definido como técnica ou exame destinado a pacientes assintomáticos para que sejam classificados como suspeitos ou não de portarem a doença em questão. No caso de suspeito, deve-se obrigatoriamente seguir com outros exames para que se chegue ao diagnóstico final¹⁴. O objetivo do rastreamento, ou *screening*, é reduzir a morbimortalidade através do diagnóstico e intervenção precoces.

Já o check-up pode ser traduzido para o português como um completo exame geral de saúde, seja com objetivo profilático, seja como meio investigar indícios de doenças ou mesmo de condições pré-patológicas de doenças ainda não manifestas¹⁶. O check-up se faz por meio dos Exames Periódicos de Saúde (EPS) e ganha, com o aumento do índice de envelhecimento populacional e maior prevalência das doenças crônico-degenerativas^{14,15}, destaque em todos os níveis sociais, científicos e comerciais, impulsionando uma nova indústria voltada para satisfazer o anseio pela manutenção da saúde¹⁶. Devido à

evolução tecnológica do aparato médico, os indivíduos (pacientes/"consumidores")¹⁶ assintomáticos são submetidos a procedimentos diagnósticos e tratamentos destinados originalmente aos doentes. Pode-se então dizer que o EPS é produto do desenvolvimento científico, cultural, histórico e civilizacional¹⁶.

Apesar de disseminado na prática médica e assimilado pelos usuários do serviço de saúde, o rastreamento apresenta resultados conflitantes na literatura^{2,14,16}. Os critérios de elegibilidade de rastreamento de uma condição incluem magnitude, transcendência e vulnerabilidade aceitáveis, por isso, nem todas as doenças devem ser rastreadas. Para avaliar sistematicamente os procedimentos utilizados no rastreamento e uniformizar dados sobre a efetividade das medidas de screening (se deve ou não fazer parte dos EPS, ou quais serão seus componentes), foram criados grupos como o *Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)* e a *U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)*³. Apesar do esforço e iniciativa, a incorporação de novos fatos, descobertas constantes e das recentes atualizações de revisões sistemáticas tornou as recomendações de rastreamento mais frágeis e passíveis de contestações e conflitos de interesse^{2,16,17}. O câncer de próstata, um exemplo das constantes mudanças, tem seu rastreamento atualmente não recomendado pela USPSTF, CTFPHC e Ministério da Saúde. O conflito de interesse existe com relação às sociedades de especialistas e o que preconizado pelos órgãos governamentais, a exemplo do início e periodicidade do rastreamento do câncer de mama pela Sociedade Brasileira de Mastologia (40 anos e anual) e pelo INCA (50 anos e bienal)¹⁵. Segundo o preceito da Medicina Baseada em Evidências, vários são os esforços em estabelecer "diretrizes" para a prática clínica em substituição aos antigos "consensos" baseados na opinião de especialistas⁶, entretanto, os resultados ainda são incipientes para se afirmar categoricamente o benefício ou malefício dos exames de rastreamento¹⁶.

Desde a transição demográfica e epidemiológica brasileira¹³, as ações voltadas para a prevenção secundária (rastreamento) passaram a ser protagonistas no cenário da atenção básica com maior participação no número

de ações e no custo global do sistema de saúde^{1,3,6}. Segundo o INCA¹⁷, o investimento do Ministério da Saúde na assistência aos pacientes com câncer foi de R\$ 2,1 bilhões em 2013, o que representa um crescimento de 26% em relação a 2010. Em 2014 a previsão é de que a previsão do valor alocado no atendimento em oncologia seja de R\$ 4,5 bilhões, incluindo rastreamento e tratamento. As ações em saúde tiveram seu enfoque modificado englobando toda a população¹⁰ (doentes e não doentes). Nesse sentido, o rastreamento passou a fazer parte das políticas públicas de saúde. Entretanto, mesmo com as recomendações dos órgãos governamentais e financiamento, a prática de rastreamento com meios e exames propícios não está presente na maioria dos ambulatórios médicos da UBS^{3,16}.

Aqui se ressalta duas questões: 1º O rastreamento está indicado? 2º Como se deve proceder ao rastreamento?

Não se pretende esgotar o tema, haja vista as divergências na literatura em prol ou contra o rastreamento. Em linhas gerais, o rastreamento deve ser oferecido pelo médico de forma racional ao paciente com determinado perfil (maior probabilidade pré-teste) e o mesmo deve ser esclarecido sobre o procedimento, da natureza e dimensão dos benefícios, bem como da frequência e magnitude dos efeitos adversos¹⁶. Ademais, é necessária uma rede estruturada e hierárquica de serviços de saúde disponível, pois não existe sentido em diagnosticar sem que haja uma rede de atendimento para efetuar medidas cabíveis para o caso¹⁵.

O rastreamento deve seguir as evidências com maior consistência, NNT (número necessário para tratar) e NNS (número necessário para rastrear) admissíveis e estatisticamente significantes recomendados entidades respeitadas e criadas para esse fim¹². O erro surge quando a prática médica opõe-se ao que é estabelecido pela literatura e passa a vigorar uma medicina guiada por receios pessoais, desconhecimento médico, leis do mercado e senso popular¹¹.

A procura pelo “check-up” é um exemplo de como o rastreamento é realizado de forma irracional. O conjunto de exames (eletrocardiograma, hemograma, glicemia, colesterol, triglicérides, exame parasitológico de fezes e

sumário de urina)¹² são solicitados indiscriminadamente e representam, no imaginário popular, o “estado de saúde”, como se o indivíduo se resumisse a exames laboratoriais.

A lógica de decidir quais serviços oferecer deve ser pautada nas necessidades da população e resultados possíveis de serem alcançados, não nos desejos individuais dos pacientes^{4,6}, lucratividade da medicalização ou omissão médica⁷. O papel da Atenção Básica é lidar com situações que envolvem julgamento racional sobre aspectos subjetivos dos pacientes e comunidade, exercendo a função de filtro do SUS³. Saber lidar com o sofrimento sem causa orgânica (pacientes assintomáticos) é a chave para um sistema de saúde eficiente³.

Entretanto, não significa prestar um atendimento desumanizado, privando os usuários desta válvula de escape para aliviar o sofrimento, o exame laboratorial ou a consulta com um especialista. O ideal é saber atender a real necessidade do paciente, ampliar o arsenal terapêutico utilizando-se de outras técnicas de maior benefício e isentas de risco, por exemplo, a escuta qualificada⁶. O que se propõe aqui é desenvolver outras possibilidades terapêuticas, que não os métodos complementares desnecessários e que satisfaçam melhor esta demanda a um custo possível de ser oferecido a todas as pessoas⁵. Afinal, oferecer serviços olhando para cada indivíduo com seus sofrimentos e desejos e não para a população é ainda mais arriscado, uma vez que pode comprometer a qualidade da assistência médica levando à falência do sistema^{4,7,9}.

FATORES AGRAVANTES DO RASTREAMENTO IRRACIONAL:

I. Formação Médica Hospitalocêntrica

Os médicos em geral tendem a requisitar mais exames complementares, entre as causas desse processo incluem-se: maior oferta de métodos diagnósticos, pressão do paciente, necessidade de documentação para evitar processos futuros, desconhecimento científico, formação médica precária, insegurança no diagnóstico clínico, falta de empatia e abandono da semiologia e, comum a todos os médicos, o ensino médico hospitalocêntrico¹⁵.

Generalizar a propedêutica hospitalar, influenciada pelos médicos especialistas, levando-a para o âmbito da ABS compromete o pleno funcionamento do serviço de atenção primária. Os pacientes hospitalares fazem parte de um grupo seletivo¹⁸, que já foi rastreado, portanto os exames complementares são justificados pela maior probabilidade pré-teste desses pacientes (maior prevalência de doenças). No outro extremo, se os mesmos exames fossem aplicados nos pacientes da comunidade teríamos como resultado o aumento do NNS, do sobrediagnóstico e sobretratamento, do gasto inicial e adicional para confirmar ou afastar doença, menor relação custo-benefício e menor proporção de recursos para serem distribuídos aos serviços de saúde^{4,12,17,19}.

Dessa forma, o médico da atenção primária deve comprometer-se a executar um serviço de qualidade, próprio da saúde coletiva, individualizado e, mesmo que haja uma demanda insaciável para iniciar a cascata diagnóstica e preventiva desnecessária, evitá-la e se respaldar em medidas que tragam benefício comprovado para a saúde individual e da população¹⁹.

II. **Pressão social por exames complementares**

Os pacientes esperam que a cada consulta médica seja solicitados exames, prescrições, e encaminhamentos para consultas com especialistas, ficando as orientações gerais em segundo plano^{8,9,12}. Parece-lhes lógico pois foram ensinados ao longo dos anos pelos seus médicos que, a fim de poupar tempo e despreocupados com vínculo e longitudinalidade do cuidado, ofereceram a opção do check-up para avaliar a saúde. Pelos meios de informação que cotidianamente apresentam os avanços da medicina e infinitas possibilidades diagnósticas com seus benefícios. Finalmente, pela cultura local que disseminou a padronização dos EPS, não se levando em conta a individualidade do processo saúde-doença e popularizando métodos secundários de diagnóstico como primeira opção para rastreio¹⁵. A consequência desse fato é a incapacidade do médico de modo individual deter a compulsão por exames de seus pacientes e dificuldade de mudança desse paradigma^{12,17}.

III. **Lucratividade da indústria farmacêutica e prestadores de serviços**

Em torno das necessidades humanas no sentido de cura, alívio da dor ou sofrimento, organizou-se um “mercado de serviços de cura”, no qual os investimentos estão voltados no sentido de estimular uma crença no valor de um produto “curar”, simultaneamente econômico e simbólico. Econômico, pois disputa espaço em um mercado de serviços. Simbólico, porque disputa produção de crenças em torno do normal e do patológico, do adoecer e do curar¹⁸.

A “indústria de cura”, representada no geral por prestadores de serviços de saúde com fins lucrativos, abarcou também, além dos próprios doentes, o grupo de pessoas sãs de forma a aumentar a lucratividade de suas atividades. Há uma tentativa de legitimar e estimular, por uma propaganda intensiva, a preocupação generalizada, indiscriminada e inadequada entre as pessoas de uma população, geralmente não doentes, sobre uma condição que coloque em risco sua saúde ou qualidade de vida (*disease mongering*¹⁹), fazendo com que haja o aumento da procura por medidas para reduzir esse risco (lucro de terceiros).

Aliada a essa prática, tem-se a venda da doença e do adoecimento (*selling sickness*¹⁹). Nesse caso, há um estreitamento dos níveis de normalidade pela biometria e a hipervalorização das diferenças encontradas. O rótulo de patológico a qualquer variação dos valores dentro da normalidade faz com que haja a necessidade premente de intervenção para seu controle ou reversão. Institui-se, então, o circuito de procura de múltiplas consultas médicas, de múltiplas prescrições farmacológicas e de realização de incontáveis exames complementares, pois os pacientes são induzidos a crer que portam a doença ou a doença tem uma maior gravidade do que pensavam inicialmente¹⁹. Em busca de tranquilização, os pacientes são submetidos a sucessivas séries de exames, procedimentos e consultas que serão lucrativas apenas para prestadores de serviços médico-assistenciais-farmacológicos.

RESULTADOS DA SOLICITAÇÃO INDISCRIMINADA DE EXAMES COMPLEMENTARES

I. **Iatrogenia: Falha da prevenção quaternária**

A solicitação indiscriminada de métodos diagnósticos também gera frustração e ansiedade a partir da expectativa de um resultado que em nada acrescenta no diagnóstico ou prognóstico⁶. Fere-se a máxima hipocrática do *primum non nocere* pela submissão a procedimentos não isentos de riscos^{5,6} e verifica-se maior menosprezo pelo exame clínico, subjugando o raciocínio médico a exames inconclusivos e inespecíficos. O resultado imediato é o "engarramento" nos laboratórios e outros serviços diante da grande demanda de pedidos. Ocorre o atraso no diagnóstico em situações que a evidência clínica seria suficiente. Por fim, há o incremento do sobrediagnóstico e sobretratamento das doenças⁸ e de diagnósticos equivocados, visto que cada exame solicitado apresenta acurácia variável em virtude das diferenças de prevalência aumentando ou diminuindo o valor diagnóstico de um exame (Valor preditivo positivo e negativo).

Além de não rastrear, os exames de "check-up" alimentam a iatrogenia tanto pelo aumento do número de falsos-positivos, quanto pela investigação propedêutica com exames mais caros e mais invasivos, implicando em riscos, além do fato de que os pacientes considerados doente receberão tratamento desnecessário com repercussões psicológicas evitáveis⁶

Por outro lado, resultados de exames que afastam a presença das doenças rastreadas, ou até mesmo o falsos-negativos, transmitem uma falsa segurança que pode adiar medidas mais efetivas¹⁷. Se não forem acompanhados de uma abordagem de promoção de saúde eficaz e medidas que garantam a longitudinalidade do cuidado, essa falsa segurança produz uma negligência dos pacientes com relação ao autocuidado⁹. Um exemplo é o de mulheres que não realizam a citologia oncológica nos prazos determinados e, diante de um resultado negativo, não procuram assistência médica em tempo hábil e só reaparecem ao serviço de saúde com doença neoplásica avançada e com baixa possibilidade de cura.

O mérito da prevenção primária é intervir em fatores de risco antes da instalação permanente da doença⁸ ou mesmo, no caso do rastreamento, prevenção secundária, poder diagnosticar a doença quando ainda não manifesta. Ter a possibilidade de poder modificar o curso natural da doença ou

impedir seu desenvolvimento e ignorá-la é um erro crasso que prejudica toda a cadeia de assistência médica, onera e desvia recursos de práticas que trariam mais resultados populacionais, e, o mais importante, produz o dano irreversível a quem confiou sua vida aos cuidados desses profissionais (falha da prevenção quaternária)¹⁹.

II. **Lei dos cuidados inversos**

Os indicadores de saúde não sofrem a influência da grande densidade tecnológica utilizada atualmente, em contrapartida, maior são os gastos públicos com intervenções que carecem de respaldo científico^{4,5,6}. Essa inversão de cuidado prestado acentua ainda mais a desigualdade social existente, proporcionando uma falsa ideia de cobertura médica e dissipando recursos do que mais necessitam de cuidado médico^{7,5}.

Na atenção básica há uma nítida negligência da saúde coletiva em detrimento do beneficiamento dos usuários^{5,6} que vêm com mais frequência às unidades de atendimento gerando uma desproporção da assistência em saúde⁷. A cada atendimento sem queixas claras presentes, são originadas requisições que oneram o sistema de saúde⁶ e impossibilitam, em virtude da própria escassez de recursos do sistema, que o serviço seja utilizado por outros usuários⁷. Esse acesso facilitado para os usuários que gozam de melhor capacidade física e mobilidade justifica a diminuição da oferta de serviço de saúde proporcional e equitativo⁷, assim como o aumento dos gastos sem que haja uma melhora substancial na qualidade de vida e na assistência de saúde prestada a uma comunidade^{5,10}.

III. **Custo econômico**

Custos adotados para os procedimentos pela CBHPM

Procedimento	CUSTO (R\$)
Consulta médica	42,00
Dosagem de colesterol (total)	4,45
Eletrocardiograma de repouso	16,00
Glicemia de jejum	4,45
Urina I	9,32
Protoparasitológico	10,66
Reação de Mantoux (PPD)	
RX de Tórax (1 incidência)	9,55
Densitometria óssea (2 segmentos)	117,88
Hemograma	10,01
Sangue oculto nas fezes	10,66
Retossigmoidoscopia	
Rígida	42,00
Flexível	88,00
Mamografia Bilateral	31,74
Papanicolaou	11,85
PSA	8,28

O custo econômico pode ser estimado pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) (Figura- SILVA, 2004). O orçamento inclui o valor unitário das consultas, os exames, os procedimentos para confirmar suspeitas, eventual tratamento, acompanhamento, reabilitação e possíveis complicações do rastreamento¹⁶. Levando-se em consideração que são pacientes assintomáticos e portanto sem evidências de doença, o custo do rastreamento indiscriminado é desproporcional ao risco de adoecer^{2,15,19}. É necessária a indicação criteriosa dos métodos de rastreio.

IV. **Enfraquecimento da relação médico-paciente**

À medida que os médicos preocupam-se mais com exames complementares, verifica-se um menor envolvimento em relação às queixas dos pacientes durante as consultas⁶. A descaracterização do papel do médico em examinar e julgar a necessidade de prosseguir propedêutica e a ideia de que existe uma necessidade de realização de mais exames por parte do paciente, culmina em uma relação conflituosa em que ambas as partes se sentem

lesadas⁴.

A ilusão de que, ao requisitar os exames solicitados pelos pacientes, há uma melhora da na relação médico-paciente e na qualidade de vida do mesmo, condiciona o médico a abandonar o conhecimento médico vigente e sujeitar-se ao erro². A qualidade da prestação de cuidado da saúde é evidenciada em termos de indicadores de saúde e bem estar individual e coletivo, não em formas paliativas de prestar cuidado^{5,6}.

O desenvolvimento tecnológico, quando bem empregado, não é antagônico à semiologia, podendo, inclusive, ser um importante recurso auxiliar do diagnóstico⁴. Entretanto, quando há a valorização da tecnologia em detrimento do raciocínio clínico, a medicina torna-se técnica e sujeita a vieses de confusão, além de impor uma ideia de que o médico é plenamente substituível por exames, condição que gera prejuízos na relação médico-paciente e um atendimento menos personalizado⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser um tema atual, há sempre novas evidências que justificam a mudanças de opinião, de forma que, ainda há um longo caminho para se percorrer em busca de respostas definitivas. No estudo foram explicitadas, a partir de uma perspectiva pessoal e de parte dos maiores especialistas no tema, razões pelas quais o rastreamento indiscriminado não mostra benefícios em relação a uma prática médica racional.

O check-up deve ter indicação clara para grupos específicos determinados por estudos respaldados na literatura médica. Qualquer outra conduta fere diretamente o princípio da beneficência e encerra uma desfavorável relação do custo-benefício em termos de prática ambulatorial, de saúde coletiva e, por fim, da manutenção e proteção da saúde individual. Diante do exposto, percebe-se a necessidade de que haja esforço na tentativa de compreender a real indicação de métodos diagnósticos para pacientes assintomáticos.

Nesse sentido, é necessário que haja uma maior mobilização por parte

dos médicos e profissionais de saúde para que se repense as condutas e manejo dos pacientes assintomáticos de forma garantir a utilização racional dos recursos. A população deve ser incluída nesse processo, pois, como principais vítimas do excesso de medicalização, têm o direito de poder modificar essa prática. A conduta do médico da unidade básica de saúde deve ser individualizada para cada paciente, sendo importante evitar a perpetuação de práticas obsoletas e sem respaldo científico.

Por fim, é necessário mais do que garantir o acesso a serviços médico-assistenciais⁶. É preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude de modo a impedir que o processo de alocação de recursos seja regido por força das leis do mercado e interesses lucrativos, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação entre poder público e prestadores de serviços de saúde, além da mobilização da população usuária para que, de fato, haja o benefício social e promoção de saúde em todos os níveis e incremento dos índices de saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

1. Braga, Denis, Julio Ebrain Neris, Julia Carolina Nascimento, & Camila Bottin. "sobrediagnóstico – revisão da literatura." *anais de medicina* [online], 1.1 (2014): 37. Web. 7 nov. 2014
2. Gérvas, Juan. Fernandez, M. Pérez. Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias). Barcelona: los libros del lince; 2013.
3. Brasil. Conselho nacional de secretários de saúde. . Atenção primária e promoção da saúde: coleção progestores| para entender a gestão do SUS. Brasília: conass, 2007. 232 p. (volume 8).
4. Capilheira, Marcelo F; Santos, Iná S. Epidemiologia da solicitação de exame complementar em consultas médicas. Rev. Saúde pública, São Paulo,

v. 40, n. 2, apr. 2006.

5. Hart jt. The inverse care law. Lancet 1971 (feb); 405-12.
6. Ronzani, Telmo Mota Et Al . Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. Cad. Saúde pública, Rio De Janeiro , v. 21, n. 3, june 2005 .
7. Tesser, Charles. "cuidado(!) Na prevenção do câncer: ética, danos e equívocos." Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade [online], 9.31 (2014): 180-182. Web. 7 nov. 2014
8. Maksoud, João Gilberto. O uso inadequado dos exames complementares. Pediatria, são paulo, v. 1, n. 17, p.3-4, 04 abr. 1995.
9. Demarzo, Mmp; Aquilante, Ag. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde in:programa de atualização em medicina de família e comunidade. Porto alegre: artmed, 2008,vol3, p49-76
10. Santos Vania Dos, Nitrini Sandra M Ottati Oliveira. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. Rev. Saúde pública [serial on the internet]. 2004
11. Buss, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. Saúde coletiva, rio de janeiro , v. 5, n. 1, 2000 .
12. Moreira, Ana Cristina Et Al . Os exames gerais de saúde salvam vidas?. Rev port med geral fam, lisboa , v. 29, n. 2, mar. 2013.
13. Savi, Maria Gorete Monteguti; Silva, Edna Lúcia da. O uso da informação na prática clinica na perspectiva da medicina baseada em evidência. Inf. & soc.:est., joão pessoa, v.20, n.2, p. 37-50, maio/ago. 2010. Martins, mílton de arruda. Check-up do check-up. Rev. Assoc. Med. Bras. , São Paulo , v. 51, n. 3, june 2005

14. Brasil. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério Da Saúde, 2006.
15. Norman Armando Henrique, Tesser Charles Dalcanale. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do sistema único de saúde. Cad. Saúde pública [serial on the internet]. 2009
16. Silva, ana claudia camargo gonçaves da. Prática de exames de rastreamento em profissionais de saúde de um hospital terciário [dissertation]. São paulo: university of São Paulo, Faculdade de Medicina; 2004
17. Instituto nacional de câncer josé alencar gomes da silva. Estimativa 2014: incidência de câncer no brasil. Rio de janeiro: inca, 2013.
18. Cruz, k. T. A formação médica no discurso da cinaem. (dissertação de mestrado) faculdade de ciências médicas da universidade estadual de capinas. 2004
19. Santos, josé agostinho. A “cadeia alimentar” no mercado da saúde: do disease mongering ao doctor shopping. Revista brasileira de medicina de família e comunidade, [s.l.], v. 9, n. 31, p. 210-212, dez. 2013.
20. Atallah, n. A.; castro, a. A. Revisões sistemáticas da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. Diagnóstico & tratamento, v. 2, n. 2, p. 12-15, 1997
21. Ocké-reis.c.o. Sus: o desafio de ser único. IN: Nelson Rodrigues Dos Santos, N. R. e Amarante, P.D.C (org) Gestão pública e relação público privado na saúde/ organizadores. Rio de janeiro: cebes, 2010.
22. Brasil. Constituição (1988). Constituição da república federativa do brasil. Brasília, df: senado federal; 1988