

Exames

Alfredo José Mansur¹

Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

Os “exames” fazem parte da prática médica, dos profissionais de saúde e daqueles que recebem os serviços dos profissionais de saúde. As indicações clínicas e as possibilidades de acesso aos diferentes exames compõem cornucópia de situações. Professores de Medicina, por décadas, referem-se a exames com o qualificativo “complementares”. Com isso, dizem – em primeiro lugar, examinem as pessoas ou pacientes com as técnicas do exame clínico e complementem o exame clínico com informações adicionais, quando necessário.

Os avanços do conhecimento médico e da tecnologia enriqueceram o uso das informações trazidas pelo uso de exames complementares em contextos clínicos atuais e trazem implícitas promessa de maior eficiência e segurança em diferentes ambientes culturais, sociais, organizacionais, de conhecimento e de atitudes profissionais;¹ são frequentemente objeto de comentários de pacientes, familiares, colegas e têm suscitado reflexões. Seguem algumas delas.

Aspecto cultural – o aspecto cultural influencia atitudes com relação aos cuidados com a saúde.² Admite-se que as evidências científicas não garantem a possibilidade de implementar ou de tornar aceitável uma determinada orientação do uso de exames complementares.³ Oferecer dados e aconselhamentos aos pacientes foi reconhecido como modo insuficiente de promover o adequado consentimento; tornou-se importante entender como pacientes processam as boas orientações e também as orientações inadequadas.² Uma cultura com inspiração consumista pode sentir-se impelida a recorrer ao maior número possível de exames de saúde como um direito de

acesso, garantia de mais conhecimento, informações ou resultados e de maior segurança e ao mesmo tempo ter dificuldade em separar as informações consistentes das inconsistentes.

Uso excessivo – a questão da sustentabilidade financeira acaba sendo levantada em situações nas quais se cogita o excesso no uso de recursos diagnósticos, que pode ser entendido como um serviço oferecido no qual o potencial malefício excede o potencial benefício⁴ ou ao prover um serviço que não aumenta a qualidade de vida ou os dias de vida, trazem mais riscos do que benefício e no qual pacientes, se informados por completo dos benefícios e dos riscos potenciais, não teriam se submetido.⁵ O uso excessivo de recursos para tratamento de saúde cardiovascular tem sido objeto de interesse, definido como de baixo valor (ineficaz, prejudicial, sem custo-efetividade) para exames, medicamentos e procedimentos e também se tem feito acompanhar do aumento de custos.⁶ Evitar o uso excessivo de serviços e equipamentos de saúde foi considerado uma nova fronteira de qualidade.⁷

Medir o uso excessivo é mais difícil, uma vez que a caracterização do que é excessivo não é precisa, pode ter consequências negativas físicas, psicológicas e financeiras para os pacientes e foram descritas em diferentes especialidades médicas.⁸ Em uma iniciativa desenvolvida por um grupo de trabalho, foram reunidos 37 exames de uso de tal modo que não significava exames de alto valor diagnóstico para o benefício dos pacientes e estariam até fora de recomendações de diretrizes.⁹ Em outro estudo, 20-25% dos exames ou intervenções foram considerados desnecessários ou prejudiciais.¹

¹ Livre-docente em Cardiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil. Diretor da Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo (SP), Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-6904-3039>

Editor responsável por esta seção:

Alfredo José Mansur. Livre-docente em Cardiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil. Diretor da Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência:

Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
 Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 — São Paulo (SP) — Brasil — CEP 05403-000
 Tel. InCor (11) 2661-5237 — Consultório: (11) 3289-7020/3289-6889
 E-mail: ajmansur@incor.usp.br

Fontes de fomento: nenhuma. Conflito de interesse: nenhum.

Entrada: 20 de agosto de 2024. Última modificação: 26 de agosto de 2024. Aceite: 20 de agosto de 2024

Uma fundação americana (American Board of Internal Medicine Foundation) criou uma iniciativa em 2012 para reunir prestadores de serviços médicos e pacientes em conversações visadas a implementar que o cuidado apropriado fosse oferecido tempestivamente e que alguns testes de valor diagnóstico discutível fossem indicados, seja por serem potencialmente desnecessários ou mesmo de maior risco (www.choosingwisely.org).⁴

Um estudo feito na Austrália estudou sete procedimentos, entre exames e intervenções: endoscopia para dispepsia em pacientes com idade inferior a 55 anos, artroscopia de joelho para osteoartrite ou laceração de menisco, colonoscopia para constipação em pacientes com idade inferior a 50 anos, correção de aneurisma de aorta abdominal em pacientes assintomáticos de alto risco, endarterectomia de carótida em pacientes assintomáticos, angioplastia de artéria renal, artroscopia de coluna vertebral para tratamento de lombalgia não complicada. Verificou-se que entre 0,2% e 15% dos pacientes apresentaram pelo menos 1 de 16 complicações; a mais comum foi infecção associada à intervenção.¹⁰

Estado de espera – há na prática médica diagnósticos que não são imediatos ao exame clínico do paciente. Dependendo da situação, muitas vezes podem ser necessárias informações adicionais para complementar o diagnóstico que dependem de exames complementares e o tempo necessário para tanto pode variar de minutos e horas a dias ou até mais, ou depender da repetição do exame no decorrer de tempo variável. A expressão “aguarda exames” é corriqueira em diferentes locais – corredores, salas de espera e também em outros ambientes laicos ou profissionais.

O diagnóstico é um ato médico que depende da integração do conjunto de informações do paciente naquela circunstância. Portanto, não é o exame que diagnostica por si só, mas o médico que o interpreta no contexto do quadro clínico do paciente. Sub-repticiamente, a expressão “aguarda exames” atenua o diagnóstico da interpretação médica pela informação que um exame complementar traz. Uma possível implicação terapêutica desse deslocamento de foco é que as consequências dos diagnósticos são em primeiro lugar do paciente e do médico, do qual dependerá o adequado encaminhamento do paciente. Isto não será feito pelo exame isoladamente.

Marketing – Divulgação feita em meios leigos de comunicação trazem informações a respeito de descobertas de novos métodos diagnósticos e novos exames. Muitas vezes pacientes sentem-se compelidos a serem submetidos a exames complementares com base nessas informações, muitas delas em fase inicial de desenvolvimento para as quais a expertise e a experiência ainda não se desenvolveram e não foram adotadas em larga escala ou em escala populacional.

Indivíduos assintomáticos – indivíduos assintomáticos e sadios podem procurar serviços de saúde para avaliação. Às vezes essa demanda extrapola o exame clínico e diz respeito também à disposição para exames complementares. Por outro lado, há hoje situações nas quais mesmo com o paciente assintomático alguns testes podem ser indicados com a finalidade profilática. Vale lembrar que programas de *screening* tem por definição consequências inesperadas ou adversas, entre elas resultados falso positivos, custo, testes subsequentes e condutas em função dos achados.¹¹ Tal dilema torna-se ainda mais nítido frente a exames invasivos.

Vários princípios podem ser úteis para o bom uso de exames complementares: a) não deveriam ser feitos se o resultado não for modificar a conduta; b) quando a probabilidade pré-teste é baixa, a probabilidade de um resultado falso positivo é maior do que um resultado verdadeiramente positivo; c) o custo de um teste inclui não o custo do exame em si, mas da cadeia de exames subsequente que pode originar.⁹

Relação cliente – prestador de serviço – a relação médico-paciente, na qual as indicações médicas devem obedecer a boa fundamentação clínica, podem se contaminar com a ideia da relação cliente-prestador de serviço, na qual são exigidos testes, por exemplo fazer “todos os exames”, tendo como princípio o fato de que esse é o procedimento mais apropriado e seguro para cuidar da sua saúde. Reconhece-se que não e há iniciativas atuais que recomendam a não realização de alguns exames nessas circunstâncias.¹²

Consequências inesperadas de exames – uma das consequências que os exames podem ter diz respeito a consequências não previstas e não necessariamente saudáveis para os pacientes.¹¹ Já se sugeriu quer o conhecimento ou a informação para os pacientes sobre o potencial malefício do excesso de uso são insuficientes. Mesmo frente à evidência científica, a sua disseminação no ambiente profissional pode ser lenta de tal modo a não resultar em incorporação na prática em razão de barreiras individuais, da equipe ou organizacionais.⁴

Vivência de paciente – hoje retornando à casa, encontrei-me com um distinto professor de Medicina que eu admiro desde os tempos de estudante. Contou-me de mazelas articulares. Já havia feito até a ressonância magnética. E aí consultou um médico seu contemporâneo (portanto ido em anos, décadas de experiência e competência) – que exames seriam necessários. O médico respondeu – “não quero exames, quero examiná-lo”. Com base no exame, mudou o diagnóstico e significativamente a terapêutica, apesar dos achados da ressonância magnética. E o paciente, meu professor de Medicina, sentiu-se seguro. Na mesma semana, dias depois, conversando com um professor de Medicina de outro país, contou-me que foi fazer uma reavaliação de um

equipamento de alta tecnologia que havia recebido como tratamento. A diferença foi que este outro médico dedicou um tempo suficiente para esclarecer o paciente-professor de Medicina, de tal forma que, desta feita, o paciente-professor sentiu-se seguro.

Dimensão oracular – Finalizando estas considerações, recorro ao estímulo trazido por uma análise feita por colegas médicos sobre o tema. Uma colega apontou que a atitude frente a alguns tipos de exames complementares poderia ser entendida como de fascínio, seja pela complexidade, seja pela tecnologia aplicada, seja pelo custo envolvido, seja pelo ambiente no qual o exame é feito ou pelas informações que potencialmente podem trazer quando bem indicado, executado e interpretado clinicamente. E atalhou: talvez haja uma dimensão oracular; como tal, uma dimensão aberta, esperançosa e de aspirações. Oráculo dos mais famosos, o do templo

de Apolo em Delfos, teve o seu apogeu entre os séculos VII e IV antes da era cristã.¹³ Diz-se do oráculo - atribuído a um fragmento de Heráclito – “O senhor cujo oráculo está em Delfos não diz nem oculta, mas indica por meio de sinais” (fragmento de B93 de Diels-Kranz).¹⁴ Curiosamente, a citação do oráculo foi trazida como exemplo de algo difícil de interpretar e com o potencial de interpretação falha – por exemplo, na incorporação de evidências científicas em algumas políticas organizacionais.³ A busca no PubMed (17 de agosto de 2024) com a palavra “oracle” no título relacionou 1650 artigos! Portanto, o comentário ouvido da colega foi também muito atual. O comentário foi inspirador e estimulou estudo e pesquisa sobre o tema.

Concluindo, nunca é demais lembrar que a experiência dos demais colegas pode reavaliar, aprofundar e adicionar contribuições às reflexões acima sintetizadas.

REFERÊNCIAS

- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362(9391):1225-30. PMID: 14568747. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)14546-1).
- Lerner BH. Medical Expertise - Balancing Science, Values, and Trust. *N Engl J Med*. 2024;391(7):577-579. PMID: 39132942. <https://doi.org/10.1056/nejmp2310424>.
- Klein R. Evidence and policy: interpreting the Delphic oracle. *J R Soc Med*. 2003;96(9):429-31. PMID: 12949196; <https://doi.org/10.1177/014107680309600903>.
- Huang X, Rosenthal MB. Overuse of Cardiovascular Services: Evidence, Causes, and Opportunities for Reform. *Circulation*. 2015;132(3):205-14. PMID: 26195488. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.114.012668>.
- Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. *Lancet*. 2017;390(10090):191-202. PMID: 28077228. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32586-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32586-7).
- Roberts DJ, Sypes EE, Nagpal SK, et al. Evidence for overuse of cardiovascular healthcare services in high-income countries: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2022;12(4):e053920. PMID: 35393307; <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053920>.
- Berwick DM. Avoiding overuse-the next quality frontier. *Lancet*. 2017;390(10090):102-104. PMID: 28077229. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32570-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32570-3).
- Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017;390(10090):156-168. PMID: 28077234; [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32585-5).
- Qaseem A, Alguire P, Dallas P, et al. Appropriate use of screening and diagnostic tests to foster high-value, cost-conscious care. *Ann Intern Med*. 2012;156(2):147-9. PMID: 22250146. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-156-2-201201170-00011>.
- Badgery-Parker T, Pearson SA, Dunn S, Elshaug AG. Measuring Hospital-Acquired Complications Associated With Low-Value Care. *JAMA Intern Med*. 2019;179(4):499-505. PMID: 30801628; <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.7464>.
- Sharma S, Estes NA 3rd, Vetter VL, Corrado D. Clinical decisions. Cardiac screening before participation in sports. *N Engl J Med*. 2013;369(21):2049-53. PMID: 24251362. <https://doi.org/10.1056/nejmclde1311642>.
- No author cited. Unnecessary Tests and Procedures In the Health Care System What Physicians Say About. The Problem, the Causes, and the Solutions Results from a National Survey of Physicians, 2014. Conducted for The ABIM Foundation By Perry Udem Research/Communication Sponsored by the Robert Wood Johnson Foundation.
- Delphic oracle. Disponível em: <https://www.britannica.com/topic/occultism>. Acessado em 2024 (Jul 17).
- Lacy RM. El oráculo de Delfos en la historia de Atenas según Plutarco de Queronea. *Historie*. 2014;11:95-103.