

SOBREDIAGNÓSTICO (*OVERDIAGNOSIS*)

Airton dos Santos Filho (MD),

Luciana Vieira (Ft, PhD)

06 de maio de 2022

O termo **sobrediagnóstico** (*“overdiagnosis”*) refere-se a um fenômeno do campo da saúde que pode ser definido como o diagnóstico de doenças ou lesões que jamais seriam conhecidas ou causariam danos ao indivíduo se não fossem detectadas, tornando essas pessoas “pacientes” de forma desnecessária (Brodersen et al., 2018). É uma “doença” por sua definição fisiopatológica, mas que não se tornaria clinicamente aparente e, portanto, não causaria nenhum sintoma ou prejuízo ao longo da vida, ou seja, uma pseudo-doença (Olmos, 2021). O sobrediagnóstico desencadeia uma cascata de outros excessos, como de intervenções diagnósticas: **sobreintervenção** ou *“overintervention”*; e/ou terapêuticas: **sobretreamento** ou *“overtreatment”* (Camargo, 2014).

Este fenômeno tem aumentado desde a década de 70 e se tornado, de acordo com alguns autores, uma epidemia silenciosa no mundo ocidental (Perros & Koumpos, 2022). O excesso de procedimentos diagnósticos e tratamentos desnecessários coloca o paciente em risco, causa danos físicos e sofrimento psicológico (Honnekeri et al., 2016), além de gerar custos para os sistemas de saúde (OECD, 2017). Fischer e colaboradores (2022) verificaram, por exemplo, que no período entre 2006 e 2015, mais de 20 milhões de testes Papanicolau foram realizados de forma desnecessária no Brasil (23% do total de coletas realizadas), ou seja, fora do protocolo de rastreamento de câncer de colo uterino estabelecido pelo Ministério da Saúde, representando um gasto excessivo de mais de 147 milhões de reais para o Sistema Único de Saúde – SUS (Fischer et al., 2022).

Os principais fatores determinantes do sobrediagnóstico são: mudanças de critérios para definição de doenças, diminuição de limiares diagnósticos, reconhecimento de fatores de risco como “pré-doenças” (p. ex. pré-diabetes), uso inadequado de tecnologias (p. ex. achados incidentais em exames de imagem), rastreamentos populacionais e testes de *screening* indiscriminados, cultura médica (p. ex. ansiedade de médicos e pacientes por um diagnóstico), superestimação de benefícios terapêuticos para condições clínicas leves ou moderadas, incentivos financeiros (p. ex. pressão de indústrias farmacêuticas) e limitação de evidências da acurácia diagnóstica de determinadas doenças (Kale & Korenstein, 2018).

O sobrediagnóstico tem sido elencado como tema preocupante na Oncologia, por exemplo, no rastreamento de cânceres de mama e próstata. As melhores evidências disponíveis indicam que 25% a 30% dos cânceres de mama detectados no rastreamento são sobrediagnóstico entre 50 e 69 anos, sendo maior do que 40% entre 40 e 49 anos (Migowski et al., 2021). Em função desses achados, muitos autores alertam para os possíveis riscos associados às campanhas populacionais de rastreamento, como a do Outubro Rosa, além dos aspectos relacionados à custo-efetividade de tais iniciativas. Baquero e colaboradores (2021) verificaram que, no período de 2004 a 2019 no Brasil, o Outubro Rosa demonstrou capacidade de transmissão e popularização de informações de saúde, como por exemplo a busca por informações no Google, porém gerou um excesso de mamografias de rastreamento (custos e sobrecarga ao SUS) e não incentivou a autonomia e o consentimento livre e esclarecido (Baquero et al., 2021).

Em estudos de autópsia, aproximadamente metade dos homens acima de 80 anos apresentam células malignas na próstata, mesmo sem terem apresentado sintomas enquanto vivos (Jahn et al., 2015). Ou seja, grande quantidade de tumores malignos localizados ou *in situ* identificados pelo rastreamento teriam comportamento indolente, não interferindo na sobrevida ou na qualidade de vida do paciente, porque teriam uma evolução muito lenta. Desta forma, achados incidentais durante o rastreamento podem levar ao seguimento de investigação diagnóstica invasiva desnecessária, gerando ansiedade ao paciente e exposição aos riscos associados a estes procedimentos (Steffen et al., 2018).

Os danos psicológicos causados pelo sobrediagnóstico são ainda mais pronunciados na população pediátrica (Coon et al., 2014). Muitas vezes a crença dos pais na eficácia terapêutica de determinada intervenção, mesmo com a afirmação categórica dos médicos de que o tratamento não funciona, coloca as crianças em situação de vulnerabilidade. Este comportamento foi descrito como Síndrome da criança vulnerável em 1964 e está associado ao número excessivo de idas ao pronto-socorro, sobretratamento, risco de sequelas físicas decorrentes de procedimentos invasivos e estresse psicológico (Chambers et al., 2011).

Mudanças culturais, históricas e sociais também influenciam na alteração de critérios diagnósticos para definição de doenças e contribuem para o fenômeno de medicalização da sociedade (Conrad, 2005). A ideia de que problemas cotidianos e comportamentos sociais indesejáveis podem ser diagnosticados e tratados pela medicina é uma tendência antiga e ao mesmo tempo cada vez mais comum na atualidade (Figueira & Caliman, 2014). Especialmente na Psiquiatria, temas controversos como o aumento expressivo de crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH geram questionamentos sobre o possível fenômeno de hipermedicalização da vida na sociedade atual (López-Rodríguez, 2018).

Um dos princípios da Ética Médica, a Não-Maleficência, classicamente associada ao postulado do juramento hipocrático “*Primum non nocere*”, refere-se ao dever do médico de antes de tudo ou primeiramente não causar dano ao paciente (Oliveira et al., 2020). Para tanto, é necessário que o profissional transmita com clareza ao paciente os riscos associados a determinado procedimento diagnóstico ou intervenção terapêutica. As estratégias de *Shared Decision Making (SDM)* ou decisão compartilhada possuem esse objetivo, informar ao paciente de forma clara e racional os aspectos positivos e negativos de determinado procedimento, os benefícios e efeitos adversos das terapias disponíveis, bem como as consequências do não-tratamento. Diante das incertezas e limitações das evidências científicas, a decisão compartilhada pressupõe um novo paradigma da relação médico-paciente, uma medicina centrada na pessoa, baseada no respeito, na preferência e na compreensão, no qual não só o poder é dividido, mas também as responsabilidades (INCA, 2016).

A tomada de decisão compartilhada ou *Shared Decision Making – SDM* inclui ativamente o paciente na escolha de alternativas diagnósticas e terapêuticas (Elwyn et al., 2012). A sistematização do modelo está sumarizada na Figura 1:



Figura 1: Modelo de tomada de decisão compartilhada ou *Shared Decision Making – SDM* (traduzido e adaptado de Elwyn et al, 2012).

No campo da Saúde Pública o conjunto das ações para proteger indivíduos de intervenções médicas que possam causar mais danos do que benefícios é conhecido como Prevenção Quaternária (Martins et al., 2018). As medidas de Prevenção Quaternária visam identificar o doente em risco de sobrediagnóstico e sobretratamento, para lhe sugerir intervenções que sejam eticamente aceitáveis. A prevenção quaternária nasce da percepção e prática da Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde (APS), e de uma ampliação e flexibilização dos conceitos de saúde/doença, típicas da APS, que se deslocam da nosologia

biomédica (sem ignorá-la ou subvalorizá-la) direcionando-se para uma atitude de diálogo e construção consensual com os usuários/pacientes resultando na humanização do cuidado (Schopf et al., 2022).

Consonante com esta forma de se pensar a atenção à saúde e atenta aos danos físicos, psicológicos, econômicos e sociais do sobrediagnóstico, movimentos globais foram desenvolvidos com o objetivo de alertar sobre o problema. Sociedades médicas internacionais como a Associação Médica Britânica e dos Estados Unidos, lançaram campanhas por meio de seus periódicos *BMJ – British Medical Journal* (“**Too Much Medicine**”) e *JAMA – The Journal of the American Medical Association* (“**Less is More**”) para informar profissionais de saúde (Treadwell & McCartney, 2016).

No Brasil, embora o tema seja preocupação frequente de profissionais de saúde, gestores públicos e da iniciativa privada, estratégias de enfrentamento do problema ainda são escassas. Racionalizar o uso das tecnologias de saúde e promover sua avaliação adequada são medidas extremamente relevantes para a tomada de decisões no âmbito dos sistemas de saúde. Diante disso, é necessário verificar se os profissionais de saúde estariam dispostos a renunciar ao uso injustificado, sem evidências clínicas, das mais sofisticadas inovações tecnológicas em favor de tecnologias mais efetivas e acessíveis à maioria da população. Trata-se de repensar o foco da saúde a partir da promoção e da prevenção, sem que haja desequilíbrios de recursos e riscos desnecessários, com a finalidade de proteger as pessoas saudáveis e atender aos que realmente necessitam dos serviços de saúde (Toscas & Toscas, 2015). A reflexão sobre o tema é necessária e urgente. É preciso revisar a definição de doença e reconectar diagnóstico com o sofrimento do paciente (Kale & Korenstein, 2018).

REFERÊNCIAS

- Baquero, O. S., Rebolledo, E. A. S., Ribeiro, A. G., Bermudi, P. M. M., Pellini, A. C. G., Failla, M. A., De Aguiar, B. S., Diniz, C. S. G., & Neto, F. C. (2021). Pink October and mammograms: When health communication misses the target. *Cadernos de Saude Publica*, 37(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149620>. Acesso em 29/04/2022.
- Brodersen, J., Shwartz, L. M., Heneghan, C., O’Sullivan, J. W., Aronson, J. K., & Woloshin, S. (2018). What it is and what it isn’t. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23(1). Disponível em: <https://ebm.bmj.com/content/23/1/1>. Acesso em 29/04/2022.
- Camargo, H. A. (2014). Sobrediagnóstico, sobretratamento, sobreintervenção. *Revista Brasileira de Mastologia*, 24(1), 1–3. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/z201400010001rbm>. Acesso em 29/04/2022.

Chambers, P. L., Mahabee-Gittens, E. M., & Leonard, A. C. (2011). Vulnerable Child Syndrome, Parental Perception of Child Vulnerability, and Emergency Department Usage. *Pediatr Emerg Care*, 27(11). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22068058/>. Acesso em 29/04/2022.

Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3–14. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/002214650504600102>. Acesso em 29/04/2022.

Coon, E. R., Quinonez, R. A., Moyer, V. A., & Schroeder, A. R. (2014). Overdiagnosis: How our compulsion for diagnosis may be harming children. *Pediatrics*, 134(5), 1013–1023. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1778>. Acesso em 29/04/2022.

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>. Acesso em 29/04/2022.

Figueira, P. L., & Caliman, L. V. (2014). Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. [Considerations on life's medicalization movements.]. *Psicologia Clínica*, 26(2), 17–32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/4B98gsBMbNyfQFj99hGDHhf/abstract/?lang=pt>. Acesso em 29/04/2022.

Fischer, A. C. P., Fischer, E. A. P., Vaz, F. B., & Hoffmann, J. (2022). Analysis of the Excess of Papanicolaou Tests in Brazil from 2006 to 2015. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 44(1), 40–46. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1741407>. Acesso em 29/04/2022.

Honnekeri, B., Vyas, A., Lokhandwala, D., Vaishnav, A., Vaishnav, A., Singhal, M., Barwad, P., Panicker, G. K., & Lokhandwala, Y. (2016). Routine health check-ups: A boon or a burden? *National Medical Journal of India*, 29(1), 18–21. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0970-258x.186908>. Acesso em 29/04/2022.

INCA. (2016). Decisão compartilhada? *Rede Câncer*. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjJnLblucv3AhUND7kGHT-uAJUQFnoECCAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.inca.gov.br%2Fsites%2Ffufu.sti.inca.local%2Ffiles%2F%2Fmedia%2Fdocument%2F%2Frrc-35-debate-decisao-compartilhada.pdf&usg=AO>. Acesso em 29/04/2022.

Jahn, J. L., Giovannucci, E. L., & Stampfer, M. J. (2015). The High Prevalence of Undiagnosed Prostate Cancer at Autopsy: Implications for Epidemiology and Treatment of Prostate Cancer

in the Prostate-Specific Antigen-Era Prostate-Specific Antigen-Era. *Int J Cancer*, 137(12). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijc.29408>. Acesso em 29/04/2022.

Kale, M. S., & Korenstein, D. (2018). Overdiagnosis in primary care: framing the problem and finding solutions. *BMJ*, 362. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.k2820>. Acesso em 29/04/2022.

López-Rodríguez, J. A. (2018). Overdiagnosis in health sciences: A scope review for Mental Health conditions. *Atencion Primaria*, 50, 65–69. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.001>. Acesso em 29/04/2022.

Martins, C., Godycki-Cwirko, M., Heleno, B., & Brodersen, J. (2018). Quaternary prevention: reviewing the concept: Quaternary prevention aims to protect patients from medical harm. *European Journal of General Practice*, 24(1), 106–111. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1422177>. Acesso em 29/04/2022.

Migowski, A., Nadanovsky, P., & Vianna, C. M. de M. (2021). Estimação do Sobrediagnóstico no Rastreamento Mamográfico : uma Avaliação Crítica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 67(2), 1–5. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1281/1139>. Acesso em 29/04/2022.

OECD. (2017). Tackling Wasteful Spending on Health. *Tackling Wasteful Spending on Health*. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>. Acesso em 29/04/2022.

Oliveira, J. G. de, Coelho, J. L. G., & Coelho, M. E. G. (2020). Primum non nocere e a prevenção quaternária: Revisão sistemática com metanálise. *Brazilian Journal of Development*. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/14080/11774>. Acesso em 29/04/2022.

Olmos, R. D. (2021). Sobrediagnóstico: prejudicando pacientes em nome da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, 1–4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210636>. Acesso em 29/04/2022.

Perros, F., & Koumpos, A. (2022). Overdiagnosis: The silent pandemic of the West? *Public Health and Toxicology*, 2(1), 1–4. Disponível em: <https://doi.org/10.18332/pht/145733>. Acesso em 29/04/2022.

Schopf, K., Vendruscolo, C., Geremia, D. S., Souza, A. L. De, & Angonese, L. L. (2022). Prevenção Quaternária: da medicalização social à atenção integral na Atenção Primária à Saúde. *Esc Anna Nery*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TFTmRw8hv8BgqGnxjFM9qff/?lang=pt>. Acesso em 29/04/2022.

Steffen, R. E., Trajman, A., Santos, M., & Caetano, R. (2018). Rastreamento populacional para o câncer de Próstata : Mais Riscos Que Benefícios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(2), 1–12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/FHvKxgpcTM7TcLBdrzmYF5h/?lang=pt>. Acesso em 29/04/2022.

Toscas, F. S., & Toscas, F. (2015). Sobrediagnóstico e suas implicações na engenharia clínica. *Revista Bioética*, 23(3), 535–541. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015233090>. Acesso em 29/04/2022.

Treadwell, J., & McCartney, M. (2016). Overdiagnosis and overtreatment: Generalists-It's time for a grassroots revolution. *British Journal of General Practice*, 66(644), 116–117. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X683881>. Acesso em 29/04/2022.