



OS EXAMES GERAIS DE SAÚDE SALVAM VIDAS?

DO GENERAL HEALTH CHECK-UPS SAVE LIVES?

Krogsgaard LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Oct 17; 10: CD009009.¹

Introdução

Os exames gerais de saúde (EGS) são elementos comuns nos cuidados de saúde de alguns países. Têm o objetivo de detetar doença e fatores de risco (FR) para reduzir a morbimortalidade. No entanto, a maioria dos testes comumente pedidos não foram completamente estudados e levam ao aumento de intervenções diagnósticas e terapêuticas que podem ser prejudiciais ou benéficas.

Objetivo

Quantificar os benefícios e os prejuízos dos EGS com ênfase nos resultados relevantes para o paciente como a morbimortalidade.

Métodos

Pesquisa de artigos até julho de 2012 nas seguintes bases de dados: *Medline, EMBASE, Healthstar, Cochrane Library, Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL, EPOC Trials Register, ClinicalTrials.gov* e *WHO ICTRP*, suplementada por pesquisa das listas de referências dos artigos incluídos e de citações (*Web of Knowledge*).

Critérios de Seleção

Incluíram-se ensaios clínicos (EC) randomizados que compararam adultos não selecionados para doença ou FR, submetidos ou não a EGS, definidos como rastreio da população geral para mais de uma doença ou FR em mais do que um sistema orgânico. O EGS teria de ter sido realizado no contexto de Cuidados de Saúde Primários ou comunidade. Foram excluídos estudos realizados na população geriátrica.

Recolha e análise de dados

Dois autores extraíram os dados de forma independente, avaliaram o risco de vieses dos EC e contactaram autores para resultados adicionais. Analisaram os resultados de mortalidade total e por doença específica através de meta-análise – modelo de efeitos aleatórios

– e para os *outcomes* secundários efetuaram uma síntese qualitativa, dado a meta-análise não ser praticável.

Resultados

Foram identificados 16 EC e incluídos 14 destes (182 880 participantes), com *follow-up* entre um e 22 anos. Nove EC providenciaram dados totais de mortalidade (155 899 participantes, 11 940 mortes), mediana de tempo de seguimento de nove anos e risco relativo (RR) de 0,99 (intervalo de confiança – IC de 95% de 0,95 a 1,03). Oito EC referiram dados de mortalidade cardiovascular (152 435 participantes, 4 567 mortes), RR de 1,03 (IC 95% de 0,91 a 1,17) e de mortalidade por cancro (139 290 participantes, 3 663 mortes), RR de 1,01 (IC 95% de 0,92 a 1,12). A análise de subgrupo e de sensibilidade não alterou estes achados. Na revisão sistemática não foi evidenciado efeito nos eventos clínicos ou outras medidas de morbidade, mas um EC demonstrou um aumento de hipertensão e de hipercolesterolemia com o EGS e outro demonstrou um aumento de doença crónica auto-reportada. Um EC registou aumento de 20% no número total de novos diagnósticos por participante durante seis anos, comparativamente ao controlo. Nenhum ensaio comparou o número total de prescrições, mas dois de quatro demonstraram um número aumentado de pessoas medicadas com antihipertensores. Dois de quatro EC demonstraram efeitos benéficos ligeiros na saúde auto-reportada, que poderá ser devido a viés de informação (EC sem ocultação). Não foi evidenciado efeito na admissão hospitalar, incapacidade, preocupação, visitas médicas adicionais ou ausência do trabalho, mas a maioria destes resultados foram pouco estudados. Não encontraram resultados úteis no número de referências a especialidades hospitalares, de testes de seguimento após um resultado inicial positivo ou de cirurgias efetuadas.

Conclusão

Os EGS não reduziram a morbimortalidade global, cardiovascular ou oncológica, apesar do aumento de novos diagnósticos. Resultados prejudiciais importantes,



como o número de procedimentos diagnósticos de seguimento ou efeitos psicológicos a curto prazo, não foram estudados ou reportados e muitos ensaios apresentaram problemas metodológicos. Considerando o

grande número de participantes e mortes incluídas, o período longo de seguimento e a não redução da mortalidade cardiovascular e por cancro, os EGS provavelmente não serão benéficos.

Comentário

Desde meados do século XX, os avanços tecnológicos da medicina moderna e a maior atenção para os cuidados preventivos levaram ao aumento do rastreio de doença/FR em indivíduos aparentemente saudáveis – constituindo os denominados EGS, também conhecidos como exames médicos periódicos ou de rotina.

Por outro lado, a formação médica académica está, muitas vezes, vocacionada para o tratamento de doenças, a procura da «cura». Assim como cada vez mais a população se interessa por não contrair uma doença ou detetar a doença precocemente, daí que procure a realização de exames para esse fim.

Historicamente, o conceito dos EGS evoluiu desde a sua origem, motivado sobretudo pela necessidade de estratificação de risco dos doentes pelas companhias de seguros e pelo requisito necessário para ingressar em determinadas profissões,² para uma conceção mais recente, em que estes exames têm como objetivo identificar fatores de risco previamente desconhecidos ou sinais precoces de doença, de forma a intervir atempada e eficazmente.³ Na sua essência têm lugar nos Cuidados de Saúde Primários, porém veem a sua utilização cada vez menos fundamentada, à medida que a análise dos seus resultados tem vindo a demonstrar uma relação custo-benefício desvantajosa em adultos assintomáticos.⁴

Ainda que amplamente praticados, não estão universalmente definidos ou aceites – diferentes periodicidades e amplo espectro de exames diagnósticos, desde o exame clínico ao pedido de procedimentos invasivos. É também, importante ter em conta as suas consequências não intencionais, incluindo o sobrediagnóstico, o *continuum* investigacional e os riscos associados (ansiedade, ausência laboral, aumento dos custos de saúde).

Neste seguimento, a revisão sistemática e meta-análise de Krogsbøll e colaboradores^{1,5} tenta avaliar os

benefícios e prejuízos do EGS em adultos assintomáticos, não selecionados para FR/doença. Os autores não encontraram evidência destes na diminuição da mortalidade total, cardiovascular ou por cancro (em nove EC), podendo mesmo aumentar o sobrediagnóstico, o sobretratamento e a autoperceção de doença.

No entanto, e apesar dos resultados não serem totalmente surpreendentes, indo de encontro a diversas recomendações nacionais e internacionais⁶⁻¹³ e de tratar-se de uma revisão realizada de acordo com os padrões metodológicos exigentes da *Cochrane Collaboration*, apresenta algumas limitações que podem pôr em causa a validade dos resultados e conclusões obtidas.

Primeiro, o ano médio dos estudos incluídos é de 1976 (variando entre 1963 e 1999), altura em que as práticas da medicina diferiam das atuais, nomeadamente os exames em questão, os limiares de diagnóstico e os tratamentos instituídos perante a deteção da doença, tornando-se difícil extrapolar estes resultados para os dias de hoje. Como exemplo, alguns dos testes atualmente preconizados não foram avaliados na maioria dos estudos, nomeadamente o rastreio dos hábitos tabágicos, da diabetes e dos cancros colorretal e da mama. Por outro lado, foi considerado como rastreio oncológico a telerradiografia do tórax, atualmente não utilizada para este efeito.

Segundo, ao excluirmos os ECs randomizados dirigidos a uma doença/FR, os autores excluirmos a melhor evidência individualizada e focaram-se na análise combinada de séries de exames, independentemente das diferenças metodológicas dos estudos selecionados. Assim, isto não significa que a realização de exames periódicos seletivos, de acordo com a medicina baseada na evidência, deixa de ter interesse. Aliás, os estudos mais recentes demonstram benefício na deteção de hipercolesterolemia em homens com idade



superior a 35 anos e em mulheres com idade superior a 45 anos^{7-9,12}, na medição da pressão arterial com uma periodicidade dependente do valor tensional obtido^{7-9,11} e nos rastreios dos cancros colorretal⁷⁻¹⁰, do colo do útero⁷⁻¹⁰ (forças de recomendação – A) e da mama^{7-9,13} (força de recomendação B).

Terceiro, apesar dos testes estatísticos não demonstrarem heterogeneidade dos estudos incluídos na meta-análise, parece, pela análise das tabelas dos testes praticados, verificar-se o oposto. Por exemplo, oito dos 14 estudos não incluíram o exame clínico e quatro a história clínica; apenas cinco estudos realizaram algum tipo de rastreio oncológico e sete não rastrearam a diabetes.

Quarto, a exclusão de EC dirigidos a indivíduos idosos resultou numa população estudada relativamente jovem. Além disso, a média de anos de seguimento foi de 7,2 anos no total e de 10,7 anos (entre 4 e 22 anos) nos estudos utilizados para análise de mortalidade, constituindo um seguimento relativamente curto. Consequentemente, e dado que os FR incluídos de forma consistente foram a pressão arterial, o colesterol, a altura e o peso, considerados atualmente como FR a longo prazo⁶, a interpretação dos resultados de morbimortalidade deveria ser contextualizada a curto prazo.

Quinto, os diferentes grupos de intervenção, ao serem constituídos pela autosseleção individual em participar no estudo, levanta o viés de adesão/seleção, porque aqueles que aderem, ao demonstrarem interesse pela saúde, têm um melhor prognóstico independentemente do rastreio instituído, limitando, assim, a validade externa do estudo. Além disso, existiu um número importante de perdas no *follow-up*, podendo ter ocorrido o viés de perda de seguimento. Os utentes que procuram o EGS são muitas vezes diferentes daqueles que não o fazem: pertencem a uma classe social mais elevada, têm menor risco e morbidade cardiovascular, entre outros,¹⁴ daí que este seja um exemplo inofismável da Lei de Cuidados Inversos e das iniquidades no acesso aos Cuidados de Saúde.

Concluindo, a revisão em análise é bastante pertinente ao tentar responder a uma questão amplamente debatida. No entanto, ao descrever abordagens an-

tigas, os seus resultados devem ser cautelosamente interpretados, não sendo impeditivos da aplicação de rastreios dirigidos ou da implementação de atividades preventivas, que podem mesmo ter contribuído para a ausência de benefício dos EGS observada. Também não implicam que os componentes dos EGS considerados individualmente sejam ineficazes. É importante desmistificar o uso de exames de diagnóstico não criterioso, uma vez que já foi demonstrado que uma percentagem significativa dos utentes atribui superioridade à utilização de exames relativamente aos médicos que guiam as suas recomendações pela anamnese e exame físico realizados durante a consulta.¹⁵⁻¹⁶

A Medicina Contemporânea, baseada na evidência, tende a substituir os exames gerais de saúde por medidas mais custo-efetivas, como o exame de saúde periódico seletivo, orientado para as características específicas do indivíduo.

Ensaio mais recentes são necessários para avaliar a importância dos EGS sistemáticos, desafiando ideias enraizadas sobre o valor destes exames, quer em doentes, quer em médicos, não baseadas na evidência e que prevaleceram durante décadas.¹⁷ Até lá reforça-se a importância de adaptar individualmente as atividades de prevenção e rastreio e discutir com o doente, de forma personalizada, as opções disponíveis, tal como é preconizado nas recomendações emanadas pela *United States Preventive Services Task Force*¹⁸ e pela *Canadian Task Force on Preventive Health Care*.

Ana Cristina Moreira*

UCSP Oliveira do Douro

Joana Santos*

USF Arco do Prado

Margarida Moreira*

USF das Ondas

Margarida Ferreira da Silva*

USF das Ondas

*Interna em Formação Específica de Medicina Geral e Familiar

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Oct 17; 10: CD009009.
2. Boulware LE, Barnes GJ, Wilson RF, Phillips K, Maynor K, Hwang C, Marinopoulos S, et al. Value of the periodic health evaluation. *Evid*



- Rep Technol Assess (Full Rep) 2006 Apr; (136): 1-134.
3. Grønhoj Larsen CG, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Regular health checks: cross sectional survey. PLoS One 2012; 7 (3): e33694.
 4. Hespagnol, AP, Veiga, G, Pinto, AS. 79. Exames periódicos de saúde. MGF2000. Disponível em: http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/27/79_texto.html [acedido em 14/01/13].
 5. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ 2012 Nov 20; 345: e7191.
 6. Perk J, Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren W, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur Heart J 2012 Jul; 33 (13): 1635-701.
 7. US Preventative Services Task Force. Guide to clinical preventative services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989. Disponível em: <http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/p0000109/p0000109.asp> [acedido a 15/01/2012].
 8. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination. Can Med Assoc J 1979 Nov 3; 121 (9): 1193-254.
 9. Guidelines for preventive activities in general practice, 8th ed. East Melbourne: Royal Australian College of General Practitioners; 2012.
 10. Alto Comissariado da Saúde – Coordenação Nacional para as doenças Oncológicas, Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007 – 2010, Orientações Programáticas. Lisboa: Ministério da Saúde; 2007.
 11. Direção-Geral de Saúde. Hipertensão Arterial: definição e classificação. Circular normativa 20/2011. Lisboa: DGS; 2011.
 12. Direção-Geral de Saúde. Prescrição de Exames Laboratoriais para Avaliação de Dislipidemias. Circular normativa 66/2011. Lisboa: DGS; 2011.
 13. Direção-Geral de Saúde. Abordagem Imagiológica da Mama Feminina. Circular normativa 51/2011. Lisboa: DGS; 2011.
 14. Dryden R, Williams B, McCowan C, Themessl-Huber MT. What do we know about who does and who does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review. BMC Public Health 2012 Aug 31; 12: 723.
 15. Freedman, A, Pimlott, N, Naglie, G. Preventive care for the elderly. Do family physicians comply with recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care? Can Fam Physician 2000 Feb; 46: 350-7.
 16. Friedman GD, Collen MF, Fireman BH. Multiphasic Health Checkup Evaluation: a 16-year follow-up. J Chronic Dis 1986; 39 (6): 453-63.
 17. Prochazka AV, Caverly T. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. summary review of primary findings and conclusions. JAMA Intern Med 2013 Mar 11; 173 (5): 371-2.
 18. The Guide to Clinical Preventive Services 2010 – 2011. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.

CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declaram não apresentar conflito de interesses.

Artigo escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico.