

Sobreutilização dos exames de endoscopia digestiva alta: causas e consequências para o sistema de saúde. Uma revisão integrativa

Danilo Gabriele: Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública – FSP. São Paulo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9751-4460>

Jaqueline Vilela Bulgareli: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia – FOUFU (UFU), Minas Gerais, Brasil. ORCID: 0000-0001-7810-0595.

Resumo

Introdução: A endoscopia digestiva alta (EDA) é um dos exames mais requisitados com uma alta demanda na maioria dos países desenvolvidos, bem como em países que possuem um sistema de acesso aberto onde a medicina é para todos (acesso universal), como é o caso do Brasil resultando em um aumento dos custos globais e das filas de espera para esses exames. Portanto, a adesão frente às indicações apropriadas para a realização destes procedimentos é essencial para a utilização racional dos recursos disponíveis, os quais são finitos (limitados), em um sistema de acesso aberto. **Objetivo:** Avaliar as causas e consequências da sobreutilização dos exames de endoscopia digestiva alta para o serviço de saúde por meio de uma revisão integrativa. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que teve visou responder a seguinte pergunta de pesquisa. Quais são as causas e consequências da sobreutilização dos exames de endoscopia digestiva alta para o sistema de saúde? Esta revisão está registrada na plataforma de ciências aberta Open Science Framework-OSF sob o DOI 10.17605/OSF.IO/W24AH. Foram utilizadas em bases de dados: LILACS, PubMed e Scopus onde foram selecionados 1960 artigos publicados nos últimos 23 anos entre 2000 e 2023, no idioma inglês. A busca nas bases de dados foi realizada em janeiro e fevereiro de 2024. **Resultados:** Após a triagem utilizando o programa RAYYAN® elegeu-se quatorze artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão e na pergunta de pesquisa elaborada com base no PCC. Os estudos selecionados nesta revisão evidenciaram que mesmo diante de diretrizes como da Sociedade Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) e do Painel Europeu sobre a Adequação da Endoscopia Gastrointestinal (EPAGE) percebe-se que ainda assim há a indicação de endoscopia digestiva alta (EDA) e encaminhamentos em desacordo com essas diretrizes além de encaminhamento sem informações o que evidencia a clara falta de compromisso dos médicos com as diretrizes. Há ainda inúmeros fatores que podem promover o uso excessivo da endoscopia digestiva alta como o medo de responsabilidade médico-legal, Identificação prévia como réu em um processo por negligência médica. Incentivos financeiros, falta de critérios transparentes e melhor delineamento da população assistida entre outros **Conclusão:** Conclui-se que uma porcentagem significativa dos procedimentos endoscópicos é realizada sem indicação apropriada, especialmente no setor privado, o que influencia muito o rendimento diagnóstico. A prescrição dos exames, tendo por base critérios definidos, é fundamental

para o uso racional desses exames em um sistema de acesso livre, impactando positivamente na qualidade diagnóstica, diminuição das filas de espera, rapidez diagnóstica para quem mais precisa e principalmente economia para todo o sistema de saúde.

Descritores: Técnicas e Procedimentos Diagnósticos, Endoscopia do Sistema Digestivo, Saúde Pública e Política de Saúde, Custos

Keywords: Diagnostic Techniques and Procedures, Endoscopy of the Digestive System, Public Health and Health Policy, Costs

Palabras claves: Técnicas y Procedimientos Diagnósticos, Endoscopia del Aparato Digestivo, Salud Pública y Política de Salud, Costos

Introdução

A endoscopia digestiva alta tem como objetivo fornecer consistência às informações obtidas pela anamnese e exame físico na consulta médica. Sabe-se que a organização do Sistema de Saúde e as características do médico e do paciente são alguns dos fatores associados à solicitação do exame^{1,2}.

A tecnologia aplicada à saúde tem avançado cada dia mais em exames para investigação diagnóstica, sendo uma prática comum nas consultas médicas³. É fato que os exames são necessários, mas é preciso considerar alguns riscos inerentes ao próprio exame como a prática médica de exagerar no número de exames e indicação de exames endoscópicos; o custo financeiro; a ansiedade gerada a partir da expectativa de um resultado ruim; a não valorização do exame clínico; a demanda reprimida de exames nos laboratórios e outros serviços e o atraso no diagnóstico em situações em que a evidência clínica seria suficiente⁴.

A solicitação não criteriosa de exames endoscópicos nas consultas médicas tem se tornado incompatível com a disponibilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando agendamento a longo prazo, exigindo estratégias de intervenção⁵.

O que ocorre é que as mesmas pessoas repetem o exame várias vezes como protocolo de prevenção, sem nunca aparecer um resultado significativo ou que tenha uma importância clínica, enquanto aqueles que nunca fizeram o exame aguardam por mais tempo, necessitando realmente de um diagnóstico e tratamento mais rápido, decorrente da gravidade da sua doença⁶. E para esses últimos que esperaram demais

na fila para realização do exame, não existe mais condições hábeis para um tratamento curativo⁶.

Ademais, o que se constata é que existe uma demanda totalmente aleatória e desordenada das solicitações dos exames complementares no sistema público de saúde brasileiro, o que impacta negativamente no diagnóstico e no tratamento muitas vezes dos mais necessitados, uma vez que ocasiona em custos e desperdícios desnecessários nesse sistema⁶.

O excesso de diagnósticos e de tratamentos do termo inglês “overdiagnosis and overtreatment” é uma prática mundial sendo reportado em vários países, o que representa uma ameaça ao bem-estar de pacientes e prejuízos aos sistemas de saúde. Portanto há a necessidade de uma avaliação criteriosa dos benefícios da realização de uma intervenção médica, assim como dos riscos, da segurança do paciente, dos danos e dos resultados financeiros⁶.

Apesar do excesso de solicitação de exames, diagnósticos e tratamentos se apresentarem como um fenômeno contemporâneo, já existe há séculos descrito em registros históricos. Atualmente alguns fatores estão intimamente relacionados ao fenômeno como a disponibilidade de tecnologias modernas; a medicina cada dia mais especializada; a forma de remuneração dos prestadores de serviço de saúde, nem sempre justas; a estrutura organizacional dos serviços de saúde e sua definição de prestação do serviço de saúde, de acordo com a complexidade da patologia, porém, sem resultados efetivos; o uso do marketing; o desequilíbrio entre a demanda e oferta; a inversão de papéis na relação médico-paciente, onde os pacientes desejosos de realizar algum procedimento médico ou diagnóstico, muitas vezes sem indicação induzem os médicos a solicitarem exames desnecessário⁶.

Todos estes fatores influenciam no processo dos clínicos, a melhor condução, diagnóstico e tratamento das doenças; a insegurança ou a inexperiência dos profissionais aumentam as solicitações de exames laboratoriais sem critérios visando estabelecer maior número de diagnósticos; o desconhecimento do custo dos exames laboratoriais pelos médicos, o crescimento do número de beneficiários da saúde suplementar, com maior acesso e a influência da mídia aumentam exponencialmente as solicitações indiscriminadas de exames sem norteamento de parâmetros estabelecidos por diretrizes ou protocolos⁶.

Algumas soluções para evitar a solicitação e realização desnecessária de exames estão descritas na literatura como evitar o uso de requisições que estimulam a

utilização de exames sem critério através da Implantação da solicitação computadorizada de exames; a eliminação de exames obsoletos; instituição de algoritmos que orientem a sequência lógica de exames a serem utilizados, maior integração entre médicos solicitantes e médicos executores, sendo estes consultores e especialistas possibilitando sistemas de decisão clínica em conjunto em relação a solicitação de exames⁶.

A adoção dos prontuários eletrônicos pode evitar redundâncias, facilitando acesso aos resultados dos exames já realizados. O risco do mau gerenciamento na utilização de exames pode levar a subdiagnósticos, (falha na oferta de um exame quando este poderia produzir um resultado favorável para o paciente) e de subtratamentos. Para corrigir as distorções e vieses deve se investir em capacitação, treinamento e engajamento dos médicos. A participação de entidades médicas na discussão do tema junto ao Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Associação Médica Brasileira (AMB), por meio de abordagem baseada em evidências científicas que representem o estado da arte, é de fundamental importância para reduzir custos e ofertar uma assistência de qualidade⁶.

Este estudo justifica-se pelo fato de que a alta demanda na solicitação de exames de endoscopia digestiva alta nas consultas médicas impacta em todo o sistema de saúde podendo desencadear sobrecarga no sistema, desperdício e prejuízos para inúmeros envolvidos. Há a necessidade de se buscar na literatura as causas e consequências da alta demanda deste tipo de exame, sendo a revisão integrativa o método ideal para responder a pergunta da pesquisa.

Pergunta de Pesquisa

Quais são as causas e consequências da sobreutilização dos exames de endoscopia digestiva alta para o sistema de saúde?

2 OBJETIVOS

Geral

Avaliar as causas e consequências da sobreutilização dos exames de endoscopia digestiva alta para o serviço de saúde por meio de uma revisão integrativa.

Específicos

- I. Identificar discrepâncias na indicação e uso dos exames de endoscopia digestiva alta no sistema de saúde;
- II. Conhecer as causas e consequências da sobreutilização dos exames de endoscopia digestiva alta no sistema de saúde;
- III. Discutir os gastos públicos da saúde decorrente da sobreutilização de exames de endoscopia digestiva alta no sistema de saúde.

3 MÉTODO

3.1 Delineamentos da pesquisa

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura para avaliar a sobreutilização dos exames de endoscopia digestiva alta e suas causas e consequências para o sistema de saúde. Esta revisão está registrada na plataforma de ciências aberta Open Science Framework-OSF sob o DOI 10.17605/OSF.IO/W24AH.

Essa revisão tem por princípio a coleta e análise de dados secundários na literatura, sendo a mais ampla abordagem metodológica entre as revisões, uma vez que permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, o que justifica a escolha por essa metodologia. Vale destacar que a revisão integrativa está embasada em seis pilares, composto de: 1. Elaboração da pergunta norteadora; 2. Busca ou amostragem na literatura; 3. Coleta dos dados; 4. Análise crítica dos dados; 5. Interpretação dos resultados; 6. Apresentação da revisão integrativa.

3.2 Elaboração da pergunta norteadora

Foi utilizada a estratégia PCC para a elaboração da pergunta norteadora de acordo com o preconizado na literatura^{7,8} (Quadro1).

Quadro 1. Estratégia PCC aplicada

Acrônimo	Aplicação
P	Sobreutilização dos exames de endoscopia digestiva alta
C	Causas e consequências
C	Sistema de saúde

Quais são as causas e consequências da sobreutilização dos exames de endoscopia digestiva alta para o sistema de saúde?

3.3 Busca ou amostragem na literatura

As bases de dados utilizadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e Scopus. Foram selecionados os artigos publicados nos últimos 23 anos no período entre 2000 e 2023, no idioma inglês. A busca nas bases de dados foi realizada em janeiro e fevereiro de 2024. As estratégias de busca foram elaboradas por uma bibliotecária, por meio dos descritores indexados na plataforma Descritores em Ciência da Saúde (<http://decs.bvs.br/>), como palavras-chave para a busca sistematizada na literatura. Utilizou-se os seguintes descritores: Técnicas e Procedimentos Diagnósticos, Endoscopia do Sistema Digestivo, Saúde Pública e Política de Saúde, utilizando os operadores booleanos AND, OR, AND NOT.

Os pólos e os respectivos descritores utilizados são expostos a seguir:

PUBMED SEARCH

("Diagnostic Techniques and Procedures"[mh] OR "diagnostic techniques"[tiab] OR "diagnostic procedures"[tiab] OR "diagnostic tests, routine"[tiab] OR "diagnostic test"[tiab]) AND ("overuse"[tiab] OR "unnecessary"[tiab] OR "misuse"[tiab]) AND ("Endoscopy, Digestive System"[mh] OR "Endoscopy, Digestive System"[tiab] OR "gastrointestinal endoscopy"[tiab]) AND ("overuse"[tiab] OR "unnecessary"[tiab] OR "misuse"[tiab]) AND ("Public Health"[mh] OR "Health Policy"[mh] OR "health system*"[tiab] OR "public health"[tiab]) OR "health care" [tiab].

SCOPUS SEARCH

TITLE-ABS-KEY ("Diagnostic Techniques and Procedures" OR "diagnostic techniques" OR "diagnostic procedures" OR "diagnostic tests, routine" OR "diagnostic test") AND ("overuse" OR "unnecessary" OR "misuse") AND ("Endoscopy, Digestive System" OR "Endoscopy, Digestive System" OR "gastrointestinal endoscopy") AND ("overuse" OR "unnecessary" OR "misuse") AND ("Public Health" OR "Health Policy" OR "health system" OR "public health") OR "health care").

LILACS SEARCH

(procedimentos e tecnicas diagnósticas" OR "tecnicas diagnosticas" OR "procedimentos diagnósticos"[tiab] OR "exames diagnósticos de rotina" OR "exames diagnósticos") AND ("sobreutilização" OR "desnecessarios" OR "mal uso") AND ("Endoscopia, Digestivo Sistema" OR "Endoscopia, sistema digestivo"[tiab] OR "endoscopia gastrointestinal"[tiab]) AND ("sobreutilização"[tiab] OR "desnecessário"[tiab] OR "mal uso"[tiab]) AND ("sistema publico"[mh] OR "sistema publico de saude"[mh] OR "sistema de saude*" [tiab] OR "saude publica"[tiab]) OR "assistencia medica" [tiab]. ("Diagnostic Techniques and Procedures" OR "diagnostic techniques" OR "diagnostic procedures" OR "diagnostic tests, routine" OR "diagnostic test") AND ("overuse" OR "unnecessary" OR "misuse") AND ("Endoscopy, Digestive System" OR "Endoscopy, Digestive System" OR "gastrointestinal endoscopy") AND ("overuse" OR "unnecessary" OR "misuse") AND ("Public Health" OR "Health Policy" OR "health system*" OR "public health") OR "health care".

3.4 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram: artigos com texto completo e disponíveis nas bases de dados pesquisadas, com data de publicação dentro do período estipulado para a pesquisa e no idioma escolhido que contemplem o tema e agreguem à pergunta de investigação.

3.5 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados e/ou com resumos relacionados a outros temas que diferem do objetivo deste estudo, artigos fora do período de 2000 a 2023, livros, documentos, teses, anais de congresso, artigos de comentários, opiniões ou reportagens e revisão bibliográfica narrativa e artigos no prelo.

3.6 Coleta dos dados

A análise e tratamento dos dados: Primeiramente os artigos foram recuperados, compilados e importamos para o RAYYAN® (<https://rayyan.qcri.org>). Em seguida foi realizada a extração de dados em três etapas onde na primeira etapa se realizou a análise das duplicatas dos artigos e exclusão conforme os critérios estabelecidos. Na segunda fase após leitura dos títulos e dos resumos e se excluiu artigos que não

tenham relação com o tema. E por fim passou-se a leitura dos resumos dos artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão não foi descartada, foram separados para leitura na íntegra em uma pasta separada para a eleição dos artigos finais que constaram deste estudo que tratam da sobreutilização dos exames de endoscopia digestiva alta.

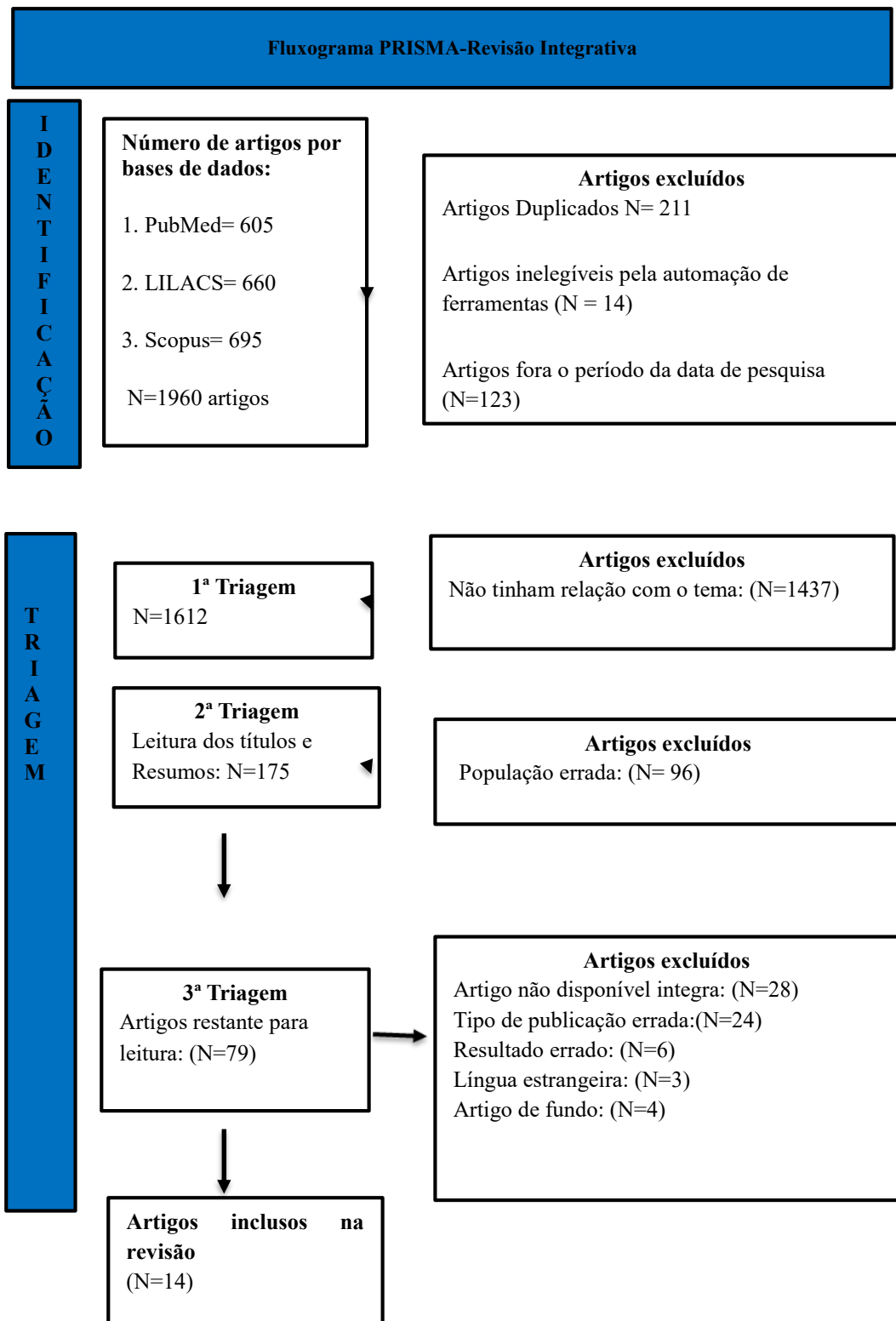
3.7 Interpretação dos resultados

Serão apresentados, analisados e discutidos de forma qualitativa.

4. Resultados

Foram selecionados em três bases de dados PubMed, Scopus e Lilacs 1960 artigos. Desses inicialmente 422 artigos eram duplicados e após análise 211 foram eliminados, 14 artigos estavam ilegíveis e 123 estavam fora do período de pesquisa foram eliminados restando 1612 artigos na primeira triagem. Foram eliminados 1435 que não tinham relação com o tema, restando 175 artigos para leitura de títulos e resumos. O resultado final foi a inclusão de 14 publicações que contribuíram para o tema da revisão conforme (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma PRISMA



Com base nos critérios de inclusão e exclusão e na pergunta de pesquisa elaborada com base no PCC se elegeu 14 artigos. Para avaliar a qualidade dos artigos utilizados neste estudo, foi utilizado o nível de evidência Científica conforme o quadro 1 abaixo.

Artigo	País	Ano	Objetivo	Desenho da Pesquisa	Nível de Evidência Oxford ²³
Leal C et al ⁹ . Appropriateness of Endoscopic Procedures: A Prospective, Multicenter Study. GE-Portuguese Journal of Gastroenterology.	Portugal	2022	Avaliar a adequação da esofagogastroduodenoscopia (EGD) e encaminhamento para colonoscopia em ambiente público e privado.	Estudo prospectivo multicêntrico em 2 unidades de endoscopia públicas e 5 privadas.	4
Wani S. et al ¹⁰ . An Analysis of the GIQuIC Nationwide Quality Registry Reveals Unnecessary Surveillance Endoscopies in Patients With Normal and Irregular Z-Lines. Official journal of the American College of Gastroenterology ACG	EUA	2020	Avaliar os intervalos de vigilância para pacientes com linhas Z normais e irregulares com base na presença ou ausência de metaplasia intestinal (MI) e entre pacientes com suspeita ou confirmação de EB.	Análise de dados e registros de endoscopia, (indicação, dados demográficos, achados endoscópicos, histológicos e recomendações para endoscopia adicional), de janeiro de 2013 a dezembro de 2019.	5
de Jong JJ et al ¹¹ . Prevention of overuse: A view on upper gastrointestinal endoscopy. World J Gastroenterol	Holanda	2019	Destacar as estratégias para diminuir o uso de endoscopias digestivas altas para dispepsia.	Revisão de literatura.	5
Bohara TP et al ¹² . Appropriateness of indications of Upper Gastrointestinal Endoscopy and its association with positive finding. JNMA: Journal of the Nepal Medical Association	Nepal	2018	Conhecer as indicações da endoscopia digestiva alta e comparar sua associação com achados positivos.	Estudo descritivo transversal.	4

Rubenstein JH et al ¹³ . Overuse of repeat upper endoscopy in the Veterans Health Administration: a retrospective analysis. Official journal of the American College of Gastroenterology ACG.	EUA	2017	Determinar a taxa de repetição de esofagogastroduodenoscopias (EGD) inapropriada dentro da Veterans Health Administration (VHA) e identificar fatores associados à repetição de EGD.	Análises retrospectivas entre 1º de janeiro de 2003 e 30 de junho de 2007.	4
Lee YB et al ¹⁴ . Clinical outcomes of endoscopic surveillance for gastric ulcers in populations with a high prevalence of gastric cancer. Turk J Gastroenterol.	Korea	2016	Compreender os resultados da endoscopia de vigilância de úlcera gástrica e individualizar a endoscopia de vigilância através da análise de fatores de risco conhecidos para câncer gástrico.	Estudo retrospectivo entre janeiro de 2003 e agosto de 2014.	4
Ennaifer R et al ¹⁵ . Appropriateness of indication for upper gastrointestinal endoscopy in a Tunisian endoscopy unit. La Tunisie Medicale.	Tunisia	2015	Avaliar a aplicabilidade e eficácia dos critérios de qualificação como os elaborados pelo Painel Europeu (EPAGE) para a indicação adequada da endoscopia digestiva alta na prática clínica.	Estudo prospectivo transversal, entre janeiro de 2011 e junho de 2011.	4
Shaheen NJ et al ¹⁶ . Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians*. Upper endoscopy for gastroesophageal reflux disease: best practice advice from the clinical guidelines committee of the American College of Physicians. Annals of internal medicine	EUA	2012	Revisar os relatórios do consumidor sobre recursos dos pacientes sobre cuidados de alto valor para doença do refluxo gastroesofágico.	Revisar as evidências relativas às indicações e ao rendimento da endoscopia digestiva alta no contexto da doença do refluxo gastroesofágico e destacou como os médicos podem aumentar a prestação de cuidados de saúde de alto valor.	4
Taveira LN et al ¹⁷ . Endoscopia digestiva alta na rede pública de saúde do Brasil: análise quantitativa por Estados e regiões do país. GED gastroenterol. endosc. dig.	Brasil	2011	Avaliar o número de EDAs realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) durante o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009 por estados e regiões do Brasil.	Estudo estatístico de cálculo.	3B
Miele E et al ¹⁸ . Impact of the Rome II paediatric criteria on the appropriateness of the up-	Italia	2010	Avaliar o impacto clínico dos critérios de Roma II para distúrbios gastrointestinais funcionais na se-	Estudo retrospectivo.	4

per and lower gastrointestinal endoscopy in children. <i>Alimentary pharmacology & therapeutics</i> .			leção de pacientes pediátricos submetidos à endoscopia gastrointestinal.		
Saini SD et al ¹⁹ . Utilization of upper endoscopy for surveillance of gastric ulcers in the United States. <i>Official journal of the American College of Gastroenterology</i> ACG	EUA	2008	Examinar a frequência de utilização de endoscopia de vigilância em pacientes com úlceras gástricas usando um banco de dados endoscópico nacional.	Estudo de coorte retrospectivo utilizando dados do banco de dados da Clinical Outcomes Research Initiative (CORI) entre 2001 e 2005.	2B
Dallal RM. et al ²⁰ . Back to basics—clinical diagnosis in bariatric surgery. Routine drains and upper GI series are unnecessary. <i>Surgical endoscopy</i> .	EUA	2007	Avaliar os indicadores clínicos (sinais vitais, histórico e físico) de todos os pacientes submetidos à cirurgia laparoscópica de bypass gástrico.	Estudo retrospectivo em banco de dados entre setembro de 2003 e novembro de 2006.	4
Numans ME. Et al ²¹ . How useful is selection based on alarm symptoms in requesting gastroscopy? An evaluation of diagnostic determinants for gastro-oesophageal malignancy. <i>Scandinavian journal of gastroenterology</i> .	Holanda	2001	Derivar e avaliar determinantes diagnósticos de malignidade gastroesofágica como forma de ajudar os médicos de família a selecionar pacientes para gastroscopia de “acesso aberto”.	Estudo multicêntrico, com análises univariadas e multivariadas.	2B
Coelho-Filho JM. et al ²² . A. Desenvolvimento de uma estratégia para otimizar a indicação de endoscopia digestiva alta em pacientes com dispepsia atendidos em nível primário de saúde. <i>Revista da Associação Médica Brasileira</i>	Brasil	2000	Desenvolver uma estratégia capaz de otimizar a indicação de endoscopia digestiva alta (esofagogastroduodenoscopia-EGD) em pacientes com dispepsia e sem sinal de alarme para doença orgânica, baseada em variáveis clínicas e sociais com maior valor em discriminar indivíduos com EGD com alteração de indivíduos com EGD normal.	Estudo transversal, exploratório, qualitativo.	4

O quadro 2 descreve a síntese dos artigos selecionados para esta revisão:

ARTIGOS	Discrepâncias na indicação e uso dos exames	Consequências	Evidências
Leal C et al. 2021⁹	Neste estudo de 215 pacientes realizaram esofago-gastroduodenoscopia (EGD), destes 46,0% (n = 99) no serviço privado. O encaminhamento para EGD foi feito por gastroenterologistas em 34,9% (n = 75) e por outros médicos em 65,1% (n = 140) pacientes. Os gastroenterologistas consideraram a indicação correta em 81,4% (n = 175) dos casos. No entanto, a revisão das indicações confirmou que de acordo com os critérios ASGE somente 62,3% (n = 134) estavam adequadas. A taxa de encaminhamento adequado foi de 42,4% (n = 91) em unidades privadas. Constatou uma percentagem significativa de endoscopias, principalmente na rede privada, realizada sem indicação adequada o que influenciou no rendimento diagnóstico.	As indicações que não se enquadravam nos critérios de adequação das diretrizes da Sociedade Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) foram: sintomas considerados funcionais (32,1% das indicações, rastreamento de malignidade em pacientes assintomáticos e sem condições pré-malignas conhecidas (14,8%, n = 12) e falta de indicação escrita na ficha de encaminhamento 9,8% (n = 21). Houve um maior encaminhamento adequado no ambiente público do que nas unidades privadas, não aderem às ASGE por parte dos gastroenterologistas e diferenças no processo de encaminhamento.	Houve 38,7% de procedimentos sem indicação adequada de acordo com os critérios ASGE e Painel Europeu sobre a Adequação da Endoscopia Gastrointestinal (EPAGE) além de 21 encaminhamentos não continham informações escritas.
Wani S. et al. 2020¹⁰	Uso de endoscopia em pacientes portadores de esôfago de Barrett sem critérios. Foram avaliadas 1.907.801 endoscopias das quais 135.704 endoscopias foram realizadas em 114.894 pacientes preencheram os critérios de inclusão. Aproximadamente 30% dos pacientes com esôfago de Barrett não tinham displasia e o intervalo de vigilância era < 3 anos.	Constatou que pacientes sem esôfago de Barrett estão recebendo recomendações para endoscopia de vigilância e muitos pacientes com esôfago de Barrett não displásica estão sendo reexaminados muito cedo.	O que gera aumento de gastos e custos com exame de endoscopia sem obedecer aos devidos critérios. com a população esôfago de Barrett.
de Jong JJ et al. 2019¹¹	Endoscopia digestiva alta para dispepsia, desconhecimento das diretrizes sobre dispepsia, incerteza sobre a etiologia dos sintomas e falha terapêutica. Encaminhamentos de acesso aberto não filtrados alimentam o	o uso excessivo de endoscopias gastrointestinais superiores continua a acontecer devido à falta de um filtro ou de feedback específico aos médicos solicitantes.	O que aumenta os gastos e custos com exames endoscópicos.

	<p>uso excessivo da endoscopia digestiva alta pois permite o encaminhamento de endoscopia digestiva alta sem consulta prévia com um especialista, baixa adesão às diretrizes práticas devido a uma desconexão entre as diretrizes e a situação local, a incapacidade de atingir o público-alvo ou a ausência de uma estratégia de implementação específica.</p>		
<p>Bohara TP et al. 2018¹²</p>	<p>A endoscopia digestiva alta tem indicações inadequadas que variam de 5% a 49%. Neste estudo de 79 pacientes encaminhados ao exame de endoscopia digestiva alta, somente 52 (65,8%) indicações eram adequadas e só 27 (34,2%) estavam de acordo com as diretrizes da ASGE.</p>	<p>34,2% dos procedimentos endoscópicos foram feitos através de indicações inadequadas, de acordo com as diretrizes da ASGE.</p>	<p>A falta do uso de diretrizes apropriadas para indicações de endoscopia digestiva alta pode aumentar o número de procedimentos desnecessários.</p>
<p>Rubens-tein JH et al. 2017¹³</p>	<p>235.855 veteranos incluídos na pesquisa, 85.690 (36,3%) foram submetidos a uma nova endoscopia digestiva alta dentro de 5 anos. Das endoscopias digestivas altas repetidas, 42.412 (49,5%) eram apropriadas, 35.503 (41,4%) eram possível uso excessivo e 7.756 (9,1%) eram provável uso excessivo.</p>	<p>O uso excessivo da endoscopia digestiva alta repetida é comum na administração de saúde dos veteranos, apesar da ausência de incentivos financeiros que promovam o uso excessivo.</p>	<p>Houve uma variabilidade considerável na taxa de repetição de endoscopia digestiva alta entre os locais de administração de saúde dos veteranos e um uso excessivo considerável de repetição de endoscopia digestiva alta. Mesmo em um ambiente com acesso relativamente restrito a procedimentos endoscópicos gastrointestinais, o uso excessivo parece ser suficientemente comum.</p>
<p>Lee YB et al. 2016¹⁴</p>	<p>Na Coreia do Sul recomenda-se a endoscopia de vigilância após o tratamento de uma úlcera gástrica benigna como uma estratégia de acompanhamento endoscópico. Dos 439 pacientes com características endoscopicamente benignas apenas um teve diagnóstico maligno baseado na histologia após a biópsia endoscópica de vigilância.</p>	<p>438 casos de pacientes sem patologia pré-maligna e com aparência endoscopicamente maligna poderiam ter evitado a endoscopia de vigilância, o que economiza custos e evita as complicações e inconvenientes da endoscopia de vigilância, a estratégia de vigilância endoscópica não demons-</p>	<p>Portanto, 438 casos de pacientes sem patologia pré-maligna e com aparência endoscopicamente maligna poderiam ter evitado a endoscopia de vigilância, o que economiza custos e evita as complicações e inconvenientes da endoscopia de vigilância.</p>

		trou melhorar a sobrevivência e é improvável que seja custo-efetiva.	
Ennaifer R et al. 2015¹⁵	O estudo avaliou a prescrição e indicação de indivíduos que realizaram o exame esogastroduodenoscopia com base no Painel Europeu sobre a Adequação da Endoscopia Gastrointestinal o (EPAGE). E constatou se que 22,2% tiveram indicação incertas e 8,8% indicação inadequada.	Em algumas situações clínicas relevantes, os critérios EPAGE não foram aplicáveis.	Mesmo que estes critérios europeus sejam úteis para a tomada de decisões, a decisão final deve, no entanto, basear-se no aconselhamento do profissional para evitar erros de diagnóstico.
Shaheen NJ et al. 2012¹⁶	Fatores podem promover o uso excessivo da endoscopia digestiva alta: Medo de responsabilidade médico-legal no caso de a endoscopia não ser realizada e o adenocarcinoma esofágico se desenvolver posteriormente. Identificação prévia como réu em um processo por negligência médica. Incentivos financeiros, pois a endoscopia digestiva alta constitui aproximadamente um terço da carga de casos do endoscopista médio. As expectativas do paciente e do cuidador principal também podem promover o uso excessivo. Pacientes e prestadores de cuidados primários antecipam o rastreio seriado do cancro, podem considerar inapropriadamente a ausência de rastreio ou a realização de uma endoscopia superior de rastreio única na vida para sintomas de DRGE como inadequada com base numa estimativa inflacionada do risco de lesões pré-cancerosas ou cancerígenas. Pacientes com esôfago de Barrett e sem displasia podem ficar insatisfeitos com um intervalo de 3 a 5 anos de exames de vigilância.	Aumento do uso do exame de endoscopia digestiva alta inflada pelos fatores citados.	Aumento dos custos e de execução de exames desnecessários mesmo com as recomendações internacionais.
Taveira LN et al. 2011¹⁷	Calculou-se o número de exames de endoscopia digestiva alta (EDA) por 100	Não existem dados quantitativos sobre o número de EDA realizados	Ao se comparar a média nacional com países como Inglaterra, Holanda e Irlanda,

	mil habitantes por ano, utilizando a população brasileira referente ao período de 2009, de acordo com o IBGE. Os estados que mais se realizaram EDA foram: Piauí, Alagoas, Pernambuco, São Paulo e Paraíba; a região com maior número de EDA foi o Nordeste e a média nacional encontrada foi de 550 exames/100 mil.	no serviço público brasileiro, tampouco uma política clara para a EDA. Há uma enorme discrepância entre os números de EDA entre as regiões brasileiras, sem que haja uma justificativa coerente como uma doença com alta prevalência em determinada região por exemplo.	notou-se que em nosso sistema público de saúde foi realizado a metade dos exames destes países. O que impacta em gastos, custos e morosidade no atendimento principalmente de na região Nordeste com baixa renda onde o principal acesso a saúde é o sistema público.
Miele E et al. 2010¹⁸	A endoscopia digestiva alta foi realizada em 1.124 crianças utilizando os critérios de Roma II para distúrbios gastrointestinais funcionais na seleção de pacientes pediátricos submetidos à endoscopia gastrointestinal obteve se o seguinte resultado. 607 (54%) esofago-gastroduodenoscopias (EGD) foram positivas e 517 (46%) foram negativas.	A adoção dos critérios Roma II aumentaram o número de endoscopias o que pode estar relacionada a inúmeros fatores e uma redução significativa no números de endoscopias inadequadas, a hipótese para tal fato é de que os médicos de cuidados primários podem estar a utilizar os critérios pediátricos de Roma II para filtrar as suas referências.	A adoção de critérios pode criar parâmetros para reduzir o números de procedimento inadequados mas também pode aumentar o número de procedimentos.
Saini SD et al. 2008¹⁹	Endoscopia de vigilância (EGD) é preconizada para portadores de úlceras gástricas (UGs) para documentar a cicatrização. EGD de vigilância foi definida como qualquer EGD realizada ≤ 3 meses após a EGD índice. 1.510 (24,7%) pacientes portadores de UGs foram submetidos a EGD de vigilância.	Em contraste com as recomendações das diretrizes, aproximadamente 25% dos pacientes ambulatoriais diagnosticados com UGs foram submetidos a EGD de vigilância dentro de 3 meses.	Os pacientes com baixo risco de câncer gástrico, pacientes jovens, aqueles com úlceras de pequeno índice e aqueles com úlceras antrais, foram submetidos à vigilância com taxas mais altas do que o esperado, o que sugere o uso excessivo de EGD de vigilância.
Dallal RM. et al. 2007²⁰	Estão dispensando o estudo por endoscopia do trato gastrointestinal superior (UGI) de rotina no cuidado do manejo pré-operatório do paciente de cirurgia bariátrica.	O estudo de séries UGI não foram necessários para o manejo seguro do paciente de bypass gástrico eliminando a endoscopia.	Reduziu se custos na cirurgia de bariátrica.
Numans ME. et al. 2001²¹	Um estudo avaliou os indivíduos por meio de sintomas de alarme na solicitação de gastroscopia para a avaliação de malignidade gastroesofágica. O estudo multicêntrico, teve 861 pacientes investigados com gastros-	Se a exclusão de malignidade tivesse sido escolhida como único motivo válido para solicitação de gastroscopia, a pré-seleção tivesse sido realizada com a ajuda dos sintomas pré-defini-	A avaliação completa dos sintomas de alarme "clássicos" malignidade em pacientes dispépticos pode ajudar a minimizar solicitações desnecessárias de gastroscopia por médicos de clínica geral. Ou seja, a avaliação clínica quando vem realizada é útil

	copia pela primeira vez (população do estudo). E outros 1.153 pacientes foram estudados durante os 6 anos seguintes (população de validação).	dos teria reduzido o número de solicitações de gastroscopia em 10% o número de solicitações.	na redução da solicitação de gastroscopia.
Coelho-Filho JM. et al. 2000²²	Foram analisados casos de 202 pacientes (idade: 16-76 anos) com dispepsia e sem evidência de doença orgânica de um ambulatório de atendimento primário de adultos. Foram entrevistados com um questionário estruturado e submetidos a EGD. Utilizou-se as seguintes variáveis com maior valor para discriminar indivíduos com EGD com alteração daqueles com EGD normal: idade igual ou superior a 45 anos e sexo masculino. E as seguintes variáveis para discriminar indivíduos com EGD com úlcera péptica daqueles com EGD normal: idade igual ou superior a 45 anos; sexo masculino; tabagismo; empachamento e absenteísmo.	Analisou-se a associação entre sintomas, características biológicas, socioculturais, hábitos dos pacientes e EGD com alteração. Se constatou-se que a variável empachamento associou-se negativamente a presença de úlcera péptica, por estar provavelmente mais associada a distúrbios funcionais. A dor abdominal, localização epigástrica, periodicidade, alívio com alimentação e despertar à noite em razão de dor, não apresentaram nesse estudo valor discriminante.	A estratégia baseada em variáveis clínicas e sociais de pacientes com dispepsia pode potencialmente diminuir o número de EGD desnecessárias.

5. Discussão

Os estudos selecionados nesta revisão evidenciaram que mesmo diante de diretrizes como da Sociedade Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) e do Painel Europeu sobre a Adequação da Endoscopia Gastrointestinal (EPAGE) percebe-se que ainda assim há a indicação de endoscopia digestiva alta (EDA) e encaminhamentos em desacordo com essas diretrizes além de encaminhamento sem informações o que evidencia a clara falta de compromisso dos médicos com as diretrizes^{9,12,15}. Outros estudos evidenciaram que patologias simples e o rastreamento do câncer de pacientes em vigilância em momentos errôneos podem ser melhor avaliadas antes de se solicitar uma EDA^{10,11,14,19,21}. Há ainda inúmeros fatores que podem promover o uso excessivo da endoscopia digestiva alta como o medo de responsabilidade médico-legal, Identificação prévia como réu em um processo por negligência

médica. Incentivos financeiros, falta de critérios transparentes e melhor delineamento da população assistida entre outros^{16, 17}.

A demanda por endoscopia digestiva alta (EDA) está aumentando na maioria dos países desenvolvidos, resultando em um aumento dos custos globais e das filas de espera para esses exames. Portanto, a adesão frente às indicações apropriadas para a realização destes procedimentos é essencial para a utilização racional dos recursos disponíveis, os quais são finitos (limitados), em um sistema de acesso aberto: uma situação que ocorre na maioria dos países onde a medicina é para todos (acesso universal), como é o caso do Brasil. Vários estudos analisaram o rendimento diagnóstico da endoscopia digestiva alta de acesso aberto para adequação de indicação apropriada²⁴.

Consiste num procedimento com riscos e complicações. Estudos têm questionado a adequação das indicações de EDA e demonstraram que as indicações inadequadas variam de 5% a 49%. Esses exames desnecessários expõem os pacientes a riscos do procedimento, aumento do período de espera (gerando filas imensas) e aumento das despesas com saúde, levando a inviabilidade econômica em todo o sistema. A Sociedade Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) apresenta algumas diretrizes de indicação de endoscopia digestiva alta para melhor definir a adequação das indicações¹².

É um dos exames frequentemente indicados para investigações do trato gastrointestinal por médicos generalistas, cirurgiões gerais, digestivos e outros especialistas, para uma ampla gama de sintomas. Está bem conhecida entre o público em geral como um exame seguro e eficaz para diagnosticar ou descartar várias doenças do trato gastrointestinal superior, incluindo o câncer do aparelho digestivo. Às vezes, o que ocorre com frequência é a pressão do próprio paciente em realizar o procedimento, pelos sintomas relacionados e não relacionados ao sistema gastrointestinal. A endoscopia digestiva alta (EDA) é um procedimento relativamente seguro, mas invasivo e com potenciais complicações. Embora raras, as complicações da EDA incluem complicações cardiopulmonares relacionadas aos sintomas a sedação, além de sangramentos, perfurações e complicações infecciosas, incluindo infecção iatrogênica e raramente morte¹².

O exame é de acesso aberto e está em prática em muitos centros em todo o mundo, sem necessidade de consulta especializada para agendamento desses exames. Isso reduziu o número de pacientes que consultam com médico especialista,

porém aumentou o número dos procedimentos prescritos e realizados, sem controle e indicação adequada¹².

A literatura sugere que isso resultou em um aumento no número de procedimentos desnecessários, que variam de 5 a 49%. Cerca de metade dos pacientes são submetidos a exames desnecessários (procedimentos invasivos) que podem apresentar potenciais complicações. Esses procedimentos em excesso resultam em aumento no custo do tratamento, maior tempo de espera para o paciente que realmente necessita procedimento (filas) e demora no diagnóstico do paciente que realmente precisa do diagnóstico rápido, por apresentar doença grave, levando a sobrecarga e ineficiência nas unidades diagnósticas¹².

As unidades de endoscopia também operam de forma semelhante a unidades de endoscopia de acesso universal, uma vez que qualquer médico ou outro especialista dentro do hospital podem solicitar EDA para ser realizada nesses serviços. Às vezes, os próprios pacientes também pedem solicitação de EDA, pelos seus sintomas, o que muitas vezes não estão relacionados ao exame. As indicações inapropriadas de EDA são significativamente maiores do que as taxas de achados clinicamente significativos¹².

O uso de diretrizes para indicações de EDA podem diminuir a quantidade de procedimentos desnecessários. No entanto, a suspeita e indicação diante do quadro clínico deve ser compatível com as diretrizes, para se obter o máximo de benefícios para os pacientes e evitar procedimentos desnecessários^{12,20}.

O uso rotineiro de uma série de endoscopias digestivas altas foi considerados desnecessários para o manejo seguro do bypass gástrico. O quadro clínico, obstrução ou sangramento eram óbvios, sem necessidade de dados adicionais da EDA^{15,20}.

Um estudo foi realizado com pacientes selecionados e encaminhados para avaliação endoscópica prospectivamente. Foram avaliados 182 pacientes. O critério de diretrizes europeu, chamado de EPAGE, foi aplicável a 162/182 pacientes (89,1%) porque a indicação para EDA não correspondeu a nenhuma das 7 definidas situações clínicas¹⁵.

Os indícios que não corresponderam a qualquer uma das situações definidas foi a seguinte: triagem para endoscopia por sinais de hipertensão portal (n=8), suspeita de sangramento gastrointestinal sem exteriorização sanguínea (n=2), anemia ferropriva sem colonoscopia prévia (n=2), pesquisa de tumor primário em pacientes

com metástases (n=1), avaliando lesão aguda após lesão por ingestão cáustica (n=2) e doença de Crohn (n=5)¹⁵.

No grupo EPAGE aplicável, foram 78 homens (48,1%) e média de idade de 49 anos [14 - 91]. As indicações mais frequentes para EDA foram: dispepsia não complicada em 37% dos casos, sintomas de alarme em 28,4% e sintomas sugestivos de doença do refluxo gastroesofágico em 6.1%¹⁵.

Situações clínicas selecionadas pelo EPAGE: dispepsia não complicada, sintomas frequentes sugestivos de doença do refluxo gastroesofágico ou história de doença do esôfago associada ao refluxo, sem sintomas de alarme e sem esôfago de Barrett, esôfago de Barrett conhecido, sem sintomas de alarme; dor torácica atípica, hemorragia gastrointestinal superior recente, disfagia esofágica, perda de peso inexplicada, deficiência de ferro e anemia¹⁵.

Fatores de risco e condições pré-malignas do trato gastrointestinal superior Anemia perniciosa, gastrite atrófica, estado pós-gastrectomia, pólipos gástricos, polipose adenomatosa familiar; indicações diversas: avaliar a cicatrização da úlcera gástrica benigna, seguimento de escleroterapia/ligadura de varizes de esôfago, suspeita de lesões malignas, suspeita de síndrome de má absorção. Situações clínicas selecionadas pelo Painel EPAGE em que a prescrição de EDA poderia ser contemplada¹⁵.

As indicações para EDA foram classificadas como extremamente adequadas em 21,6%; adequado em 47,4%, inadequado em 22,2% e incerto em 8,8%. Os sintomas de alarme foram mais frequentes no grupo apropriado do que no grupo inadequado (36,6% vs 6%; p=0,0001). No grupo inapropriado, dispepsia não complicada e sintomas sugestivos de doença do refluxo gastroesofágico foram as indicações mais frequentes para a EDA (68% vs 33%; p = 0,0001)^{11,15}.

Muitas endoscopias gastrointestinais (edas) em todo o mundo são realizadas por indicações inadequadas. Esse uso excessivo de cuidados de saúde afeta negativamente a qualidade dos cuidados de saúde e sobrecarrega os serviços de endoscopia. A dispepsia é uma das indicações mais comuns e inapropriadas para endoscopia digestiva alta, apresentando valor diagnóstico baixo. As razões para o encaminhamento intempestivo são: falta de familiaridade com as diretrizes de dispepsia; incerteza sobre a etiologia dos sintomas e falha terapêutica; falta de triagem correta facilita a realização excessiva de endoscopia digestiva alta. Esta avaliação destaca estratégias aplicadas para diminuir o uso de endoscopias digestivas altas para dispepsia¹⁵.

Primeiramente, descreve-se o impacto da implementação ativa das diretrizes. Encontra-se melhorias na adesão às diretrizes, mas ainda alguma resistência na realização do processo. Em segundo lugar, existem diversas formas de avaliação clínica. Enquanto o uso do algoritmo reduz a solicitação dos exames, o efeito da avaliação individual é menor. Uma terceira estratégia propôs o teste e tratamento do *Helicobacter pylori* para todos os pacientes dispépticos¹⁵.

Muitas endoscopias digestivas altas podem ser evitadas com essa estratégia, mas os desfechos podem ser dependentes da prevalência. Por fim, o tratamento empírico com os inibidores de bomba de próton (IBP) obteve alívio dos sintomas para dispepsia e evitou realização de endoscopia em cerca de dois terços dos pacientes. Portanto, mudar o comportamento de referência é complexo devido a múltiplos fatores envolvidos. Uma colaboração de múltiplas estratégias tem mais chances de sucesso¹⁵.

Quatro estratégias revelam quatro alvos importantes na trajetória da dispepsia e que pode ser direcionado para reduzir endoscopias digestivas superiores inadequadas. Considerando que as estratégias de aplicação das orientações se centram na mudança do comportamento dos médicos. Uma segunda estratégia intervém ainda mais no processo de encaminhamento e avalia a correção dos encaminhamentos realizados. Uma terceira estratégia visa a detecção e tratamento de *H. pylori* e, por último, uma estratégia tenta aliviar os sintomas através de tratamento empírico. A implementação da diretriz é uma intervenção de baixo custo usando a infraestrutura existente e recursos. Pode-se esperar um efeito duradouro, devido à sua natureza educativa. Ajustar as diretrizes às situações locais antes da implementação pode ser a melhor opção, e é de grande importância para a aceitação das diretrizes¹⁵.

A mudança comportamental é a base para a melhoria da qualidade da assistência à saúde, mas sua natureza delicada complica a implementação da estratégia. De fato, nos estudos destacados nesta revisão, a resistência foi encontrada quando o feedback sobre os encaminhamentos foi dado. A discordância com as diretrizes e o medo de perder a liberdade clínica foram dois argumentos mais utilizados. Um estudo aponta que 15% dos médicos citaram falta de adequação à prática clínica como causa de não adesão às diretrizes e quase 40% dos médicos da atenção primária deixaram de comparecer às oficinas educativas organizadas no contexto de aplicação das orientações¹⁵.

Apesar desses dados decepcionantes, a transmissão de informações sobre o comportamento clínico adequado, incluindo feedback, reuniões educativas e lembretes, aumenta a adesão às diretrizes e resulta em um modesto declínio nos encaminhamentos de endoscopia digestiva alta¹⁵.

As estratégias de implementação das diretrizes são inteiramente direcionadas à mudança de comportamento médico, o que significa que o paciente, a instituição e os fatores financeiros não são levados em conta. Entre outros, estes são fatores que desempenham frequentemente um papel no nível de adesão às diretrizes. Em suma, as estratégias que implementam ativamente as diretrizes melhoram a adequação de Endoscopias digestivas altas: encaminhamentos para dispepsia. No entanto, essa estratégia vai ao encontro resistência entre os médicos solicitantes e, isoladamente, dificilmente conseguirá atingir o efeito desejado no comportamento de encaminhamento. Abrangente, inclusivo e multinível serão necessárias abordagens para realmente afetar a adequação dos encaminhamentos¹⁵.

Estratégias que envolvem avaliação clínica garantem a seleção adequada de pacientes com indicação de endoscopia digestiva alta. No entanto, a maioria das estratégias de avaliação clínica tem desafios logísticos, à medida que novos passos são introduzidos dentro de um sistema de acesso, disponível na maioria dos ambientes de saúde. Além disso, custos extras e trabalho horas de uma clínica única ou avaliação clínica por um endoscopista neutraliza os efeitos originalmente previstos de um sistema de acesso aberto. Baixos níveis de inadequação foram observados em estudos que envolveram a presencial avaliação de pacientes encaminhados para endoscopia digestiva alta¹¹.

No entanto, esses estudos datam de 1998, e diferentes critérios de adequação dos encaminhamentos foram utilizados naquele momento. Além disso, o medo dos pacientes de doença grave ou falta de confiança em tratamento conservador pode ter levado a realização dos exames para quadros de dispepsia, embora não seja estritamente apropriada. Argumentando contra a influência dos pacientes está a taxa de achados positivos igualmente baixa nas endoscopias realizadas no estudo quando se avalia cartas de encaminhamento. Os algoritmos seguem uma abordagem mais rígida, puramente baseada na presença de variáveis, como sintomas. Algoritmos são úteis na tomada de decisão e para orientar os clínicos através da confusão de evidências disponíveis, como é o caso do tratamento da dispepsia¹¹.

Deixando de fora fatores individuais do paciente, usando um algoritmo, resultou em uma considerável redução das endoscopias digestivas superiores em relação aos cuidados usuais. No entanto, a rigidez excessiva nas indicações em contrapartida é uma desvantagem importante, pois nega o bom julgamento clínico. O uso de um extenso avaliador virtual para selecionar o caminho certo para os pacientes reduz efetivamente o número de encaminhamentos para ambulatorios, padronizando feedback, auxiliando os médicos em suas tomadas de decisão e os pacientes em indicação de endoscopia digestiva alta. No entanto, a maioria das estratégias de avaliação clínica tem desafios logísticos, à medida que novos passos são introduzidos dentro de um sistema de acesso, disponível na maioria dos ambientes de saúde. Além disso, custos extras com horas extras de trabalho de uma única clínica ou avaliação clínica por um endoscopista, neutraliza os efeitos originalmente previstos de um sistema de acesso aberto¹⁵.

Baixos níveis de inadequação foram observados em estudos que envolveram a presencial avaliação de pacientes encaminhados para endoscopia digestiva alta. No entanto, esses estudos datam de 1998, e diferentes critérios de adequação dos encaminhamentos foram utilizados naquele momento. Além disso, o medo dos pacientes de doença grave ou falta de confiança no tratamento conservador. O tratamento pode ter desempenhado um papel de clínica de dispepsia presencial, levando à endoscopia digestiva alta, embora não seja estritamente apropriada. Argumentando contra a influência dos pacientes, está a redução igualmente baixa de exames positivos do trato gastrointestinal superior quando se trata de cartas de encaminhamento. Os algoritmos seguem uma abordagem mais rígida, puramente baseada na presença de variáveis, como sintomas. Algoritmos são úteis na tomada de decisão e para orientar os clínicos através da confusão de evidências disponíveis, como é o caso do tratamento da dispepsia. A descontinuação gradual apropriada e cuidadosa para evitar um efeito rebote é supremo¹⁵.

O tratamento empírico da dispepsia não investigada tem sido temido para "mascarar" câncer gástrico. Com base no declínio da incidência de câncer gástrico no mundo ocidental, é improvável que este seja o caso em prevalências baixas a moderadas (por exemplo, < 15 por 100.000) Países. Em particular, quando o teste adequado de *H. pylori* é realizado, e fatores de risco são observados. O tratamento empírico com IBP e *H. pylori* testa e trata estratégias muito reduzidas a necessidade de

endoscopia digestiva alta. Escolhas individuais para um medicamento adequado podem ser feitas e trocado se a opção inicial falhar¹⁵.

Neste estudo, identificou-se quatro estratégias que reduzem a quantidade de indicações de endoscopias por dispepsia. A dispepsia é um distúrbio multifatorial e requer uma abordagem multidisciplinar. Portanto, nenhuma das melhores estratégias é a panaceia para todos os pacientes com dispepsia. Cada intervenção tem seus benefícios e desvantagens e a chave para o sucesso são estratégias múltiplas e não individuais^{9,11}.

Essa era foi chamada de "era de ouro da endoscopia", uma vez que este recurso está agora prontamente disponível para a maioria dos pacientes e clínicos na maioria dos países. A endoscopia é um procedimento seguro, informativo e potencialmente curativo. No entanto, muitos autores têm levantado preocupações sobre o uso excessivo e inadequado desse tipo de exame⁹.

Os dados sobre adequação da EDA mostram até 38,7% dos procedimentos sem indicação adequada de acordo com os critérios ASGE e EPAGE, em conformidade com os relatórios e critérios anteriores¹⁵.

Essas altas taxas podem ser explicadas por múltiplos fatores a seguir: Relacionados ao paciente (desejo de rastreamento ou vigilância e programas de rastreamento); relacionados ao clínico: o medo de não vigiar, por processos que envolvem espera e imperícia, sob apreciação de eventos adversos e potencial conhecimento da endoscopia, relacionados ao sistema (prontuários médicos indisponíveis e compensação monetária). Levanta-se a hipótese de que tais fatores, bem como um raciocínio orientado por endoscopia e não adesão às diretrizes adequadas, pode explicar a maior proporção de exames realizados sem necessidade, sendo discutível se essas diretrizes podem ser aplicadas universalmente a todos os países¹¹.

De fato, cada país tem algumas especificidades e a precisão de tais diretrizes não puderam ser otimizadas. Nesse estudo, se constatou que as chances de encaminhamento adequado foram maiores no ambiente públicas do que nas unidades privadas. Para as unidades privadas, a indicação foi principalmente por meio da saúde pública. Esses achados podem refletir a diferença para as diretrizes ASGE por não-gastroenterologistas, mas também as diferenças no processo de encaminhamento. De fato, em hospitais públicos, todas as solicitações são submetidas a um minucioso processo de triagem, mas isso não acontece no sistema privado, uma vez que o gas-

troenterologista tem acesso ao encaminhamento imediatamente antes do procedimento endoscópico. Preocupante, é que nesse caso não havia maiores informações sobre as indicações dos exames, não sendo nesse caso aceitável que essas prescrições continuem automaticamente não bloqueados, sem nenhuma informação disponível. Este estudo é significativo na medida em que retrata a situação atual em um sistema de acesso universal apoiado por unidades de saúde públicas e privadas⁹.

Apesar de um número significativo de procedimentos endoscópicos ter uma indicação adequada, há espaço para mais aperfeiçoamento. A sobrecarga no sistema atualmente tornou imperativo orientar a nossa prática. Pelo padrão médico de atendimento, a endoscopia é comprovadamente um exame fundamental no diagnóstico das doenças do aparelho digestivo e atingirá todo o seu potencial quando for referenciada e apropriada¹⁴.

A endoscopia de vigilância para úlceras gástricas pode não ser necessária, exceto em casos de características malignas, que incluem a base, margens e bordas, ou achados de pré-malignidade na endoscopia inicial¹⁸.

O estudo evidenciou que o uso de critérios de seleção traz um impacto positivo significativo em reduzir procedimentos endoscópicos gastrointestinais desnecessários, melhorando o rendimento diagnóstico e a relação custo-eficácia da endoscopia pediátrica. No entanto, mais refinamento e a esclarecimento dos critérios pediátricos de Roma pode ser necessário para melhorar a concordância diagnóstica. Outros passos são necessários para atualizar e padronizar as diretrizes para endoscopia pediátrica gastrointestinal e para programas educativos com gastroenterologistas pediátricos²¹.

Esse estudo contribui para o debate duradouro sobre quando e em qual paciente dispéptico devemos investigar a fundo, especialmente em nível da prática familiar²¹.

Com relação aos casos de malignidade, descobrimos que os sintomas dispépticos não são "sintomas-chave" de malignidade gastrointestinal, mas que os sintomas de alarme "clássicos" comumente aceitos são preditores muito úteis de malignidade, como as queixas de disfagia, em especial, devem ser questionadas; e que uma avaliação completa dos sintomas de alarme pode, de fato, ajudar a minimizar solicitações desnecessárias de EDAS²¹.

Diretrizes sobre dispepsia na Atenção Primária. Além disso experimentação ou implementação como partes destes. As listas de pontuação devem revelar se os médicos estão capacitados (ou precisa) de aceitar e integrar o trabalho com um 'teste pré-diagnóstico administrado por médico' como suplemento à sua própria visão clínica e experiência na quantificação do risco avaliação²¹.

Uma das saídas está em repensarmos a maneira como utilizamos o sistema de saúde. Será que todos os exames solicitados são realmente necessários? Há a necessidade de uma melhor integração de dados para que possamos conhecer a jornada do paciente e assim evitar que exames sejam solicitados sem necessidade. É preciso debater também os custos de todas as intervenções que são realizadas; e que as empresas busquem formas de contribuir com a melhor saúde dos seus funcionários, pensando na prevenção e não no tratamento apenas.

6. Conclusão

Conclui-se que uma porcentagem significativa dos procedimentos endoscópicos é realizada sem indicação apropriada, especialmente no setor privado, o que influencia muito o rendimento diagnóstico. A prescrição dos exames, tendo por base critérios definidos, é fundamental para o uso racional desses exames em um sistema de acesso livre, impactando positivamente na qualidade diagnóstica, diminuição das filas de espera, rapidez diagnóstica para quem mais precisa e principalmente economia para todo o sistema de saúde.

7. REFERÊNCIAS

1. Souza RMC, Frias A, Carneiro JN. Estudo dos exames complementares solicitados pela atenção básica em saúde em um município de grande porte. *Rev. Gestão & Saúde*. 2019;10(3):375-390. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/25084>.
2. Capilheira MF, Santos IS. Epidemiologia da solicitação de exame complementar em consultas médicas. *Rev. Saúde Pública*. 2006;40(2):289-97.
3. Maksoud JG. O uso inadequado dos exames complementares. *Pediatria*. 1995;17(1):3-4.
4. Carter SM, Degeling C, Doust J, Barratt A. A definition and ethical evaluation of overdiagnosis. *J Med Ethics*. 2016 Nov;42(11):705-714.
5. Rogers WA, Mintzker Y. Getting clearer on overdiagnosis. *J Eval Clin Pract*. 2016;22(4):580-587.

6. Lab Network. Excesso de exames é desperdício na Saúde? Confira o que N. Sumita e W. Shcolnik acham [internet]. 26 out. 2015 [citado em 13 jan. 2024]. Disponível em: <https://lab-network.com.br/noticias/excesso-de-exames-e-desperdicio-na-saude-confira-o-que-nairo-sumita-e-wilson-shcolnik-acham/>.
7. Sousa LM, Marques JM, Firmino CF, Frade F, Valentim OS, Antunes AV. Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Rev Investigação em Enfermagem*. 2018;S2(23):31-39.
8. Stern C, Jordan Z, McArthur A. Developing the review question and inclusion criteria. *AJN The American Journal of Nursing*. 2014 Apr 1;114(4):53-6.
9. Leal C, Almeida N, Silva M, Santos A, Vasconcelos H, Figueiredo P. Appropriateness of Endoscopic Procedures: A Prospective, Multicenter Study. *GE Port J Gastroenterol*. 2021 May 25;29(1):5-12.
10. Wani S, Williams JL, Falk GW, Komanduri S, Muthusamy VR, Shaheen NJ. An Analysis of the GIQuIC Nationwide Quality Registry Reveals Unnecessary Surveillance Endoscopies in Patients with Normal and Irregular Z-Lines. *Am J Gastroenterol*. 2020 Nov;115(11):1869-1878.
11. Jong JJ, Lantinga MA, Drenth JP. Prevention of overuse: A view on upper gastrointestinal endoscopy. *World J Gastroenterol*. 2019 Jan 14;25(2):178-189.
12. Bohara TP, Laudari U, Thapa A, Rupakheti S, Joshi MR. Appropriateness of Indications of Upper Gastrointestinal Endoscopy and its Association with Positive Finding. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2018 Jan-Feb;56(209):504-509.
13. Rubenstein JH, Pohl H, Adams MA, Kerr E, Holleman R, Vijan S, Dominitz JA, Inadomi JM, Provenzale D, Francis J, Saini SD. Overuse of Repeat Upper Endoscopy in the Veterans Health Administration: A Retrospective Analysis. *Am J Gastroenterol*. 2017 Nov;112(11):1678-1685.
14. Lee YB, Han J, Cho JH, Lee HS. Clinical outcomes of endoscopic surveillance for gastric ulcers in populations with a high prevalence of gastric cancer. *Turk J Gastroenterol*. 2016 Sep;27(5):421-427.
15. Ennaifer R, Elleuch N, Cheikh M, Hefaiiedh R, Romdhane H, Ben Nejma H, Bel Hadj N. Appropriateness of indication for upper gastrointestinal endoscopy in a Tunisian endoscopy unit. *Tunis Med*. 2015 Aug-Sep;93(8-9):507-10.
16. Shaheen NJ, Weinberg DS, Denberg TD, Chou R, Qaseem A, Shekelle P; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Upper endoscopy for gastroesophageal reflux disease: best practice advice from the clinical guidelines committee of the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2012 Dec 4;157(11):808-16.
17. Taveira LN, Ricci TC, Queiroz MTA, Zeitune JMR. Endoscopia digestiva alta na rede pública de saúde do Brasil: análise quantitativa por Estados e regiões do país. *GED Gastroenterol Endosc Dig*. 2011;30(4):142-147.
18. Miele E, Giannetti E, Martinelli M, Tramontano A, Greco L, Staiano A. Impact of the Rome II paediatric criteria on the appropriateness of the upper and lower gastrointestinal endoscopy in children. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010 Aug;32(4):582-90.

19. Saini SD, Eisen G, Mattek N, Schoenfeld P. Utilization of upper endoscopy for surveillance of gastric ulcers in the United States. *Am J Gastroenterol*. 2008 Aug;103(8):1920-5.
20. Dallal RM, Bailey L, Nahmias N. Back to basics--clinical diagnosis in bariatric surgery. Routine drains and upper GI series are unnecessary. *Surg Endosc*. 2007 Dec;21(12):2268-71. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-007-9368-8>.
21. Numans ME, van der Graaf Y, de Wit NJ, de Melker RA. How useful is selection based on alarm symptoms in requesting gastroscopy? An evaluation of diagnostic determinants for gastro-oesophageal malignancy. *Scand J Gastroenterol*. 2001 Apr;36(4):437-43.
22. Coelho-Filho JM, Lima JW, Furtado GB, Castelo A. Desenvolvimento de uma estratégia para otimizar a indicação de endoscopia digestiva alta em pacientes com dispepsia atendidos em nível primário de saúde. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2000 Jan-Mar;46(1):30-8.
23. Oxford Center for Evidence-based Medicine. Levels of Evidence. [citado em 1 mai. 2024]. Disponível em: <https://www.cebm.net/>.
24. Balaguer F, Llach J, Castells A, Bordas JM, Ppellisé M, Rodríguez-Moranta F, Mata A, Fernández-Esparrach G, Ginès A, Piqué JM. The European panel on the appropriateness of gastrointestinal endoscopy guidelines colonoscopy in an open-access endoscopy unit: a prospective study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005 Mar 1;21(5):609-13.