

RESENHA CRÍTICA E SÍNTESE CLÍNICA

Too Much Medicine: sobrediagnóstico, sobretratamento e repercussões clínicas

Uma análise crítica da iniciativa do The BMJ e suas implicações para a prática médica contemporânea

Luiz Antônio Raio Granja, MD, PhD
Endocrinologia e Metabologia | InCor-FMUSP

São Paulo, maio de 2026

Síntese executiva

A iniciativa Too Much Medicine, do The BMJ, representa uma das críticas mais importantes à medicina contemporânea orientada por excesso de exames, expansão de rótulos diagnósticos, rastreamentos de baixo valor, medicalização da vida normal e intervenções sem benefício clínico líquido. O conceito não se opõe à medicina moderna, à prevenção ou à tecnologia. Ao contrário, defende uma medicina mais científica, proporcional, ética e centrada em desfechos relevantes para o paciente.

A principal mensagem clínica é que detectar mais não significa necessariamente cuidar melhor. A expansão acrítica de exames e procedimentos pode produzir iatrogenia, ansiedade, cascatas diagnósticas, sobretratamento, desperdício de recursos e erosão da confiança na relação médico-paciente. O bom julgamento clínico deve integrar probabilidade pré-teste, risco absoluto, benefício absoluto, potenciais danos, preferências do paciente e transparência sobre incertezas.

1. O que é “Too Much Medicine”

Too Much Medicine designa o conjunto de situações em que a prática médica excede o limite do cuidado necessário e passa a produzir dano ou baixo valor. Envolve sobrediagnóstico, sobretratamento, excesso de exames, rastreamentos inadequados, medicalização de fenômenos normais, expansão artificial de definições de doença e uso de tecnologias sem demonstração robusta de melhora de desfechos clínicos relevantes.

A iniciativa do The BMJ destaca que o excesso de medicina constitui ameaça à saúde humana e ao funcionamento dos sistemas de saúde. A crítica central é dirigida à cultura de intervenção ilimitada, à intolerância à incerteza e à transformação de pessoas assintomáticas em pacientes crônicos com base em achados de significado duvidoso.

É essencial frisar: o movimento não propõe negligência, nihilismo terapêutico ou redução indiscriminada de cuidado. A proposta é praticar medicina de alto valor, isto é, intervir quando há benefício líquido demonstrável e evitar intervenções quando a probabilidade de dano, ansiedade ou desperdício supera a probabilidade de benefício.

2. Conceitos fundamentais

2.1 Sobrediagnóstico

Sobrediagnóstico ocorre quando se identifica uma anormalidade verdadeira que, entretanto, jamais causaria sintomas, incapacidade ou morte ao longo da vida daquele indivíduo. Diferencia-se do falso positivo: no falso positivo, a doença inexiste; no sobrediagnóstico, o achado pode ser real, mas clinicamente irrelevante.

Exemplos clássicos incluem microcarcinomas papilíferos de tireoide, neoplasias prostáticas de muito baixo risco, incidentalomas radiológicos, alterações laboratoriais limítrofes e achados subclínicos que não modificariam a evolução do paciente. O problema não é a detecção precoce em si; o problema é transformar achados inofensivos em doença tratável sem benefício comprovado.

2.2 Sobretratamento

Sobretratamento é a consequência prática mais frequente do sobrediagnóstico. Uma vez atribuído um rótulo diagnóstico, torna-se difícil, para médico e paciente, aceitar uma conduta expectante. A sequência típica é: exame ou rastreamento de baixo valor, achado incidental ou limítrofe, rotulação, nova investigação, tratamento, efeitos adversos e novas intervenções.

Assim, o dano do excesso não ocorre apenas no procedimento final; ele emerge de toda a cascata assistencial. Uma tomografia desnecessária pode gerar um incidentaloma; o incidentaloma pode gerar

biópsia; a biópsia pode gerar cirurgia; a cirurgia pode gerar complicação; e a complicação pode gerar novas hospitalizações.

2.3 Medicalização

Medicalização é a transformação de experiências humanas normais em doenças ou pré-doenças: envelhecimento, cansaço, tristeza transitória, oscilações de peso, insônia episódica, queda de desempenho, alterações estéticas ou variações fisiológicas passam a ser narradas como distúrbios que exigiriam intervenção médica permanente.

Quando a medicalização se associa a interesses comerciais, surge o fenômeno denominado *disease mongering*: expansão do mercado por meio da ampliação de fronteiras diagnósticas e da criação de demanda para exames, medicamentos, suplementos, dispositivos e procedimentos.

3. Causas do excesso de medicina

- **Expansão de definições diagnósticas:** Redução de pontos de corte, criação de categorias intermediárias e alargamento de critérios podem aumentar artificialmente a prevalência de doença, sem necessariamente melhorar prognóstico.
- **Rastreamentos populacionais acríticos:** Programas de rastreamento só são justificáveis quando há evidência de redução de morbimortalidade, balanço favorável entre benefício e dano, e estratégia clara para lidar com falsos positivos e sobrediagnóstico.
- **Tecnologia sem filtro clínico:** Imagem de alta resolução, painéis moleculares e biomarcadores ampliam a detecção, mas nem todo achado detectável é clinicamente acionável.
- **Medicina defensiva:** O medo de litígio induz exames e encaminhamentos não necessariamente úteis, frequentemente voltados mais à autoproteção do médico do que ao benefício do paciente.
- **Pressão comercial e publicidade:** Clínicas, laboratórios, plataformas digitais e influenciadores podem estimular demanda por check-ups, protocolos e tratamentos sem indicação individualizada.
- **Expectativas do paciente:** A cultura social contemporânea associa cuidado de qualidade a fazer mais exames e receber mais intervenções, o que nem sempre corresponde à melhor evidência.
- **Intolerância à incerteza:** A incerteza é inerente à medicina. Quando não é reconhecida e comunicada, tende a ser substituída por exames sucessivos e condutas de baixo valor.

4. Repercussão clínica

A repercussão clínica do excesso de medicina é ampla e concreta. Não se trata de uma discussão apenas filosófica ou econômica; trata-se de segurança do paciente, qualidade assistencial e ética profissional. A medicina excessiva pode produzir dano físico, psicológico, financeiro e social.

Dimensão	Manifestação clínica	Consequência prática
Física	Complicações de exames invasivos, eventos adversos medicamentosos, cirurgias desnecessárias.	Iatrogenia evitável e aumento de morbidade.
Psicológica	Ansiedade, hipervigilância corporal, medo de câncer ou doença progressiva.	Transformação de pessoas saudáveis em pacientes crônicos.
Diagnóstica	Falsos positivos, incidentalomas e achados limítrofes.	Cascatas investigativas com baixo rendimento clínico.
Terapêutica	Tratamentos iniciados por achados de baixo risco ou sem benefício absoluto relevante.	Risco de dano maior que benefício.

Econômica	Gastos com exames, consultas, procedimentos e medicações de baixo valor.	Desvio de recursos de intervenções efetivas.
Ética e social	Publicidade indutora de demanda, desigualdade de acesso e erosão da confiança.	Mercantilização da relação médico-paciente.

5. Exemplos clínicos por área

5.1 Endocrinologia e metabolismo

Na endocrinologia, o excesso de medicina manifesta-se em painéis hormonais indiscriminados, rastreamentos tireoidianos sem indicação, prescrição de hormônio tireoidiano em eutireoidismo, uso de testosterona sem hipogonadismo documentado, diagnósticos imprecisos como “fadiga adrenal” e tratamentos metabólicos baseados em biomarcadores frágeis ou interpretações não validadas.

A boa prática endocrinológica exige correlação clínica, confirmação laboratorial adequada, interpretação de pré-teste e pós-teste, e atenção ao risco de transformar variações fisiológicas em doença. A reposição hormonal, quando indicada, pode ser decisiva; quando indevida, pode produzir dano cardiovascular, ósseo, reprodutivo ou psicológico.

5.2 Cardiometabolismo

Na cardiometabologia, a fronteira entre prevenção de alto valor e excesso de intervenção depende da avaliação de risco absoluto. LDL-colesterol, ApoB, Lp(a), pressão arterial, HbA1c, albuminúria e adiposidade visceral são marcadores relevantes quando inseridos em contexto clínico. Tornam-se problemáticos quando usados de forma alarmista, sem cálculo de benefício absoluto ou sem discussão de preferências do paciente.

A prevenção cardiovascular moderna deve evitar dois extremos: subtratamento de indivíduos de alto risco e medicalização agressiva de indivíduos de baixo risco. A decisão deve ser proporcional à magnitude do risco e à evidência de redução de eventos clínicos.

5.3 Oncologia, tireoide, próstata e pulmão

O câncer é uma área paradigmática para discutir sobrediagnóstico. A detecção precoce é valiosa quando reduz mortalidade; porém, rastreamentos inadequados podem identificar tumores indolentes, lesões precursoras de baixa progressão ou nódulos de significado incerto. O desafio contemporâneo não é apenas detectar mais, mas estratificar risco, evitar intervenções desnecessárias e preservar vigilância ativa quando apropriada.

5.4 Geriatria e multimorbidade

Em idosos, o excesso de medicina frequentemente aparece como polifarmácia, metas terapêuticas excessivamente rígidas, rastreamentos sem expectativa razoável de benefício e exames que geram cascatas. A decisão clínica deve considerar fragilidade, expectativa de vida, reserva funcional, preferências, risco de quedas, interações medicamentosas e prioridades de cuidado.

6. Publicidade médica, redes sociais e mercantilização

A discussão sobre Too Much Medicine é inseparável da publicidade médica contemporânea. Redes sociais, clínicas orientadas por marketing e plataformas de saúde podem converter informação médica em indução de consumo. A comunicação médica deve ter função educativa, não criar medo, insegurança ou demanda artificial por exames, terapias e procedimentos.

No Brasil, a Resolução CFM nº 2.336/2023 moderniza e regulamenta a publicidade e propaganda médicas. Embora permita maior presença digital, exige preservação da ética, transparência, responsabilidade e limites contra promessas de resultado ou autopromoção indevida. O desafio é impedir que a publicidade médica se converta em instrumento de sobrediagnóstico, sobretratamento e medicalização.

A medicina mercantilizada frequentemente substitui o raciocínio clínico por pacotes: check-up ampliado, painel hormonal, soroterapia, protocolos anti-inflamatórios, implantes, exames genéticos de utilidade incerta ou rastreamentos sem indicação. Esse modelo desloca a consulta da escuta clínica para a venda de intervenção.

7. Como decidir se “muito” é “demais”

A avaliação deve ser sistemática. Antes de solicitar um exame ou indicar uma intervenção, o médico deve perguntar:

- Qual é a hipótese clínica e a probabilidade pré-teste?
- O resultado deste exame mudará a conduta?
- Existe evidência de que a intervenção melhora desfechos importantes, como mortalidade, eventos clínicos, funcionalidade ou qualidade de vida?
- Qual é o benefício absoluto esperado para este paciente específico?
- Quais são os potenciais danos físicos, psicológicos e econômicos?
- O paciente compreendeu incertezas, alternativas e a opção de observação vigilante?
- Há conflito de interesse, pressão comercial ou medicina defensiva influenciando a decisão?

8. Estratégias para reduzir excesso sem cair em subtratamento

- **Decisão compartilhada:** Explicar riscos absolutos, benefícios prováveis, alternativas e incertezas em linguagem compreensível.
- **Estratificação de risco:** Direcionar exames e tratamentos para quem tem maior probabilidade de benefício.
- **Uso de recomendações Choosing Wisely:** Identificar práticas frequentes de baixo valor e incorporá-las em protocolos institucionais.
- **Revisão periódica de medicamentos:** Desprescrever quando o risco supera o benefício, especialmente em idosos e pacientes multimórbidos.
- **Vigilância ativa:** Adotar acompanhamento estruturado em condições de baixo risco nas quais intervenção imediata não melhora prognóstico.
- **Auditoria de exames e procedimentos:** Monitorar solicitações de baixo valor, taxas de repetição e cascatas diagnósticas.
- **Educação contra o marketing pseudocientífico:** Ensinar pacientes e equipes a diferenciar prevenção baseada em evidências de indução comercial de demanda.

9. Comentário crítico

O grande mérito da iniciativa Too Much Medicine é devolver à medicina uma pergunta essencial: esta intervenção realmente melhora a vida do paciente? A medicina moderna adquiriu enorme capacidade de medir, visualizar e intervir, mas capacidade técnica não equivale a utilidade clínica. Um achado detectável não é necessariamente uma doença relevante; uma doença rotulada não exige necessariamente tratamento imediato; e um tratamento possível não é necessariamente um tratamento benéfico.

A cultura contemporânea valoriza ação, velocidade, imagem, biomarcadores e performance. Essa cultura combina-se ao medo jurídico, à pressão comercial e à expectativa do paciente por certezas

absolutas. O resultado é uma medicina que por vezes substitui prudência por excesso e raciocínio clínico por automação protocolar.

A medicina de excelência exige uma virtude menos visível, porém decisiva: contenção. Saber não solicitar, não rotular, não prescrever e não operar quando a evidência não sustenta benefício é tão nobre quanto intervir de modo rápido e preciso em situações de alto risco. A boa medicina não é a medicina do máximo; é a medicina do necessário.

10. Conclusão

Too Much Medicine é uma advertência contra a iatrogenia sofisticada da medicina contemporânea. Em vez de proteger o paciente, o excesso pode capturá-lo em uma rede de exames, rótulos, medos e intervenções. A resposta não é menos ciência, mas mais ciência; não é menos cuidado, mas cuidado melhor direcionado; não é abandono da prevenção, mas prevenção baseada em desfechos relevantes.

Na prática clínica, a repercussão é direta: reduzir exames de baixo valor, evitar rastreamentos sem indicação, interpretar achados incidentais com cautela, comunicar risco absoluto, praticar decisão compartilhada e resistir à transformação de pessoas saudáveis em pacientes permanentes. A medicina verdadeiramente moderna deve ser tecnicamente competente, eticamente prudente e clinicamente proporcional.

Quadro final: take-home messages

- Detectar mais não significa necessariamente cuidar melhor.
- Sobrediagnóstico é diferente de falso positivo: o achado pode ser real, mas clinicamente irrelevante.
- O dano do excesso começa na cascata diagnóstica, não apenas no tratamento final.
- Prevenção legítima deve demonstrar benefício clínico líquido e redução de desfechos relevantes.
- O raciocínio clínico deve preceder o exame, e não ser substituído por ele.
- Publicidade médica não pode fabricar medo, insegurança ou demanda artificial.
- A melhor medicina é proporcional: intensa quando necessária, contida quando prudente.

Referências

- ABIM Foundation. Choosing Wisely Initiative. Philadelphia: ABIM Foundation. Disponível em: <https://abimfoundation.org/what-we-do/choosing-wisely>. Acesso em: maio 2026.
- BMJ. Too Much Medicine. London: The BMJ. Disponível em: <https://www.bmj.com/too-much-medicine>. Acesso em: maio 2026.
- Born KB, Levinson W and the Choosing Wisely International Working Group. Choosing Wisely campaigns globally: a shared approach to tackling the problem of overuse in healthcare. *BMJ Quality & Safety*. 2019;28:9-12.
- Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C, O'Sullivan JW, Aronson JK and Woloshin S. Overdiagnosis: what it is and what it isn't. *BMJ Evidence-Based Medicine*. 2018;23(1):1-3.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.336/2023: dispõe sobre publicidade e propaganda médicas. Brasília: CFM; 2023.
- Gupta P, et al. Overdiagnosis and overtreatment: how to deal with too much medicine. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020.
- Jenniskens K, de Groot JAH, Reitsma JB, Moons KGM, Hooft L and Naaktgeboren CA. Overdiagnosis across medical disciplines: a scoping review. *BMJ Open*. 2017;7:e018448.
- Kühlein T, et al. Overdiagnosis and too much medicine in a world of crises. *BMJ*. 2023;382:p1865.
- Morgan DJ, Dhruva SS, Coon ER and Wright SM. 2019 update on medical overuse: a review. *JAMA Internal Medicine*. 2019;179(11):1568-1574.
- Moynihan R, Doust J and Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ*. 2012;344:e3502.

Moynihan R, Heath I and Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. 2002;324:886-891.

Welch HG, Schwartz LM and Woloshin S. Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health. Boston: Beacon Press; 2011.

World Health Organization. Patient safety. Geneva: WHO; 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. Acesso em: maio 2026.