



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

André de Castro Linhares

Repensando a realização de "check up" na Atenção
Básica: um projeto de intervenção no município de
Mandirituba-PR

Florianópolis, Março de 2016

André de Castro Linhares

Repensando a realização de "check up" na Atenção Básica: um projeto de intervenção no município de Mandirituba-PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Deise Warmling
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

André de Castro Linhares

Repensando a realização de "check up" na Atenção Básica: um projeto de intervenção no município de Mandirituba-PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de "Especialista na atenção básica", e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Deise Warmling
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

A medicina avança continuamente através de novos exames, práticas, meios de diagnosticar, tratar e curar. Porém, eventualmente, observa-se uma inversão de valores no exercício do profissional médico. À medida que novas tecnologias são criadas e introduzidas, a correta anamnese e o exame físico aprofundados são desvalorizados. Entretanto, quando se valoriza a tecnologia em detrimento do raciocínio clínico, a medicina torna-se mais técnica, condição que gera prejuízos na relação médico-paciente. Na comunidade rural do Espigão das Antas, no município de Mandirituba-PR, com aproximadamente 4.000 habitantes, a população, de origem humilde, foi acostumada a realizar exames de “check-up” trimestralmente e se mostrou arredia quando o novo médico da região se negou a continuar com a prática. Assim, esse trabalho visa sensibilizar os usuários da UBS sobre a importância da promoção da saúde, prevenção de doenças e hábitos de vida saudável através de atividades educativas em grupo e individuais. Este trabalho consistirá em um projeto de intervenção, o qual se fundamenta na metodologia da pesquisa - ação. Para a concretização desse objetivo geral, será necessário atuar sob três eixos centrais: esclarecer aos usuários sobre o enfoque da atenção básica que está centrado na prevenção de doenças e promoção de saúde; desenvolver ações individuais e coletivas para promover a adoção de hábitos de vida saudáveis; orientar e informar sobre a necessidade e periodicidade da solicitação de exames de diagnósticos. Desta forma, espera-se que as informações e planejamento contidos neste projeto, auxiliem os médicos, em conjunto com suas equipes multiprofissionais e usuários, a repensarem tanto à atenção como o cuidado em saúde. Ao usuário da UBS também é necessário que se reedue em relação à expectativa do tratamento, e também se sensibilize para a responsabilidade que deve ter sob própria saúde, atuando enquanto sujeito no processo de cuidado em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Exames complementares, Diagnóstico

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A comunidade onde trabalho está localizada na região rural do município de Mandirituba, Paraná, a cerca de 15 quilômetros do centro da cidade, onde só é possível chegar por estradas que ligam o centro da cidade a outros municípios vizinhos. A região é conhecida como Espigão das Antas, devido ao rio local, que se chama Rio das Antas, as ruas (todas de chão batido) não tem nome (todas são chamadas, genericamente, de rua Principal do Espigão) e a única agência dos correios local funciona no colégio que centraliza todos os alunos das redondezas.

A população é extremamente simples e majoritariamente constituída de trabalhadores rurais que ganham a vida fornecendo frutas e verduras para o CEASA de Curitiba. Visto ser uma unidade rural, a população atendida na Unidade Básica de Saúde (UBS) Olímpio José da Rocha se constitui de pequenos agricultores ou familiares de caminhoneiros que se instalaram nas redondezas, pelo fato de aqui os terrenos serem muito mais baratos do que nas regiões urbanas mais próximas. Muitos não tem o primeiro grau completo e existe uma dependência muito grande das ajudas de custo do governo, como, por exemplo, o bolsa família, o bolsa gás, o minha casa minha vida para a construção de suas casas e assim por diante. A evasão escolar é muito intensa, os meninos não veem porque continuar na escola, querem trabalhar e as meninas, muitas vezes em torno dos 13 anos, querem engravidar e casar. Não existem dados oficiais específicos sobre a região do Espigão, apenas dados do município de Mandirituba, que tem uma população de quase 25.000 habitantes e uma densidade demográfica de 58 habitantes por quilômetro quadrado. A população é estimada do Espigão fica em torno de 4.500 pessoas, porém os dados demográficos são muito falhos (IBGE, 2015).

Com relação aos principais motivos das consultas, chama a atenção que grande parte se resume a resfriados e principalmente para a realização de check ups trimestrais. Outro motivo de procura a unidade é para renovações das receitas de medicações psiquiátricas, os usuários apresentam grande resistência em parar de usar essas medicações, apesar de já as utilizarem, muitas vezes, por mais de 5 ou 10 anos. A procura por consultas puerperais e ginecológicas é quase nula, pois a população se acostumou a viajar até o centro da cidade para serem atendidos pelos especialistas, contratados pela prefeitura, em consultas marcadas previamente. Existe um costume já arraigado que consiste em pagar consultas em médicos particulares das cidades mais próximas quando a população consiera que realmente está doente e precisa de cuidados em saúde.

Os agravos mais comuns atendidos na UBS são a hipertensão e o diabetes, em segundo lugar ficam os distúrbios psiquiátricos e na sequencia vem as artroses, Lesão do Exercício Repetitivo (LER) e outras afecções.

Em meu projeto de intervenção pretendo abordar a questão da solicitação frequente

por parte dos usuários de exames de *check up*, mesmo quando não são necessários. Acredito que este tema seja de fundamental importância por duas vertentes, por um lado, pela economia que a gestão pública pode ter e, por outro lado, porque há uma falsa impressão de que se os exames vem normais (sem alterações), eles não precisam manter hábitos de vida saudáveis, estão seguros até o próximo *check up* em 3 meses.

Este tema é especialmente importante para mim, porque tive muitos problemas na UBS ao tentar explicar aos pacientes que exames de *check up* não são necessários e por isso eu não iria solicitá-los, apesar da grande insistência de alguns usuários, que por vezes gera conflitos com a equipe de saúde.

O avanço tecnológico no campo da medicina tem contribuído de maneira essencial nas várias dimensões do cuidado em saúde, em especial na área de diagnóstico, o qual possibilita ao médico decidir com maior precisão sua conduta. Estabelecer um diagnóstico é um processo imperfeito, resultando não em uma certeza, mas sim na probabilidade de estar correto. Portanto, é necessário ter o conhecimento do quanto um exame complementar pode contribuir para um aumento dessa probabilidade. A absoluta certeza do diagnóstico é inatingível, por mais informações, observações ou exames que sejam obtidos. Um exame complementar deve ser solicitado em função de indicações clínicas específicas, baseadas em uma anamnese cuidadosa e exame físico. Estas são evidências muito mais poderosas que qualquer resultado de exame laboratorial(CAPILHEIRA, 2004).

Na prática médica atual, existem evidências de que os profissionais da saúde solicitam exames complementares em excesso, com o potencial de onerar, direta ou indiretamente, a economia individual do paciente e do sistema de saúde, além de pouco contribuir no processo diagnóstico. Os possíveis motivos para o excesso de pedidos podem ser: realização de “exames de rotina”; pressão de familiares do paciente; resultados de testes irrelevantes, estimulando maior investigação; prática da medicina defensiva; curiosidade sobre os resultados; desconhecimento das características do teste; e hábitos já incorporados pelo médico. Em vista do exposto, surge a necessidade de os gestores do setor saúde refletirem sobre o tema e conhecerem com mais detalhes os fatores envolvidos no ato aparentemente simples de solicitar um exame complementar. Tal conhecimento poderá contribuir para tomada de decisões acerca de disponibilização de recursos(CAPILHEIRA et al., 2006).

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Sensibilizar os usuários da UBS sobre a importância da promoção da saúde, prevenção de doenças e hábitos de vida saudável através de atividades educativas em grupo e individuais.

2.2 Objetivos específicos

Esclarecer aos usuários sobre o enfoque da atenção básica que está centrado na prevenção de doenças e promoção de saúde.

Desenvolver ações individuais e coletivas para promover a adoção hábitos de vida saudáveis.

Orientar e informar sobre a necessidade e periodicidade da solicitação de exames de diagnósticos.

3 Revisão da Literatura

A consulta médica é composta pelos fatores próprios de cada paciente e do profissional que o está atendendo. A condução da consulta é feita conforme vários fatores inerentes ao próprio médico, que é, primordialmente, influenciado por características socioeconômicas e demográficas. Vários aspectos aprendidos durante a graduação, treinamento clínico, educação continuada e leituras constituem-se adicionais para o conhecimento médico e desenvolvimento e aperfeiçoamento de habilidades e atitudes. Estas atitudes, habilidades e conhecimentos combinados formam o que se chama competência clínica. Entretanto, somente a competência técnica não é suficiente para um adequado atendimento ao paciente, sendo necessário o médico estar motivado para tanto. Tal motivação pode advir perante surgimento de novos tratamentos, insatisfação com procedimentos atuais e do desejo pessoal do médico de aprimorar-se. Deve-se considerar ainda como fator influente na performance clínica as barreiras impostas pelo sistema de saúde, como demanda excessiva de atendimentos, organização inadequada, restrições financeiras ou a falta de uma estrutura adequada para o atendimento ao paciente. Muitas vezes, as condições de atendimento podem, inclusive, levar a diminuição do tempo de atendimento disponível para cada paciente. Além disso, existem os fatores próprios do paciente como a falta de adesão ao tratamento, resistência imunológica, entre outras. Este conjunto de fatores resulta no ato clínico, que pode ou não satisfazer a demanda do paciente. Em resumo, o ato clínico baseia-se fundamentalmente na coleta da história clínica e no exame físico pormenorizado do paciente. O médico, ao obter essas informações de forma adequada, tem condições de concluir um diagnóstico com boa margem de acerto. Evidentemente, em certos casos, somente esses recursos não bastam, sendo necessário então a solicitação de algum exame complementar(NEY-OLIVEIRA et al., 2005)(CAPILHEIRA et al., 2006).

Com o avanço da ciência e tecnologia, surge um número cada vez maior de tipos de exames, disponibilizando ao médico um amplo arsenal de testes. A solicitação do exame exige, em uma primeira análise, consideração sobre sua sensibilidade, especificidade e valores preditivos, sem os quais a escolha de um teste é prejudicada. Em segundo lugar, tal solicitação gera conseqüências no plano social, com o custo financeiro direto ou indireto: no plano biológico, produzindo ansiedade pela espera ou pelos resultados falso-positivos e/ou falso-negativos; além dos riscos inerentes ao exame, como radiação (que é cancerígena) ou ingestão de contraste (nefrotóxica e pode causar reações alérgicas), por exemplo. Já para o sistema de saúde, a conseqüência da solicitação abusiva de exames complementares gera um “engarramento” de exames, retardando os resultados realmente necessários e urgentes, além de um custo financeiro que poderia estar sendo utilizado em outros setores da saúde que vivem sucateados por falta de repasse de verbas(CAPILHEIRA et al., 2006)(MARTINS, 2005). As solicitações de exames complementares, em grande parte,

são provenientes de atendimentos médicos de qualidade insatisfatória, nos quais os médicos não valorizam a relação médico-paciente e/ou a história clínica adequada (PORTO, 2001). Nessa unidade de saúde, aproximadamente 45% dos pacientes solicitaram exames complementares durante a consulta médica (o que não quer dizer que o médico realmente os tenha prescrito). Nesse grupo, as mulheres prevaleceram com pouco menos de 70% do total de pacientes que desejavam realizar exames. Isso corrobora com os dados nacionais do SUS que mostraram que, no Brasil, em média, 75% das consultas culminam no pedido de exames (OPAS, 2008). Entretanto, apenas 7,8% dos pacientes realmente tinham indicação de realizar um exame complementar. No estudo de Chehuen (NETO et al., 2007), foi demonstrado que, em grande parte, a confiança que o paciente deposita no médico está vinculada ao pedido de exames complementares. Essa situação pode ser preocupante, pois, para a maioria dos indivíduos, o médico que solicita exames complementares é mais digno de confiança em relação àquele que pergunta seguramente (33%) e/ou que os examina no consultório (33,5%). Segundo esse mesmo estudo, 55% dos indivíduos não acreditam no diagnóstico médico baseado apenas na consulta e no exame físico e, de acordo com o estudo, 76,5% das pessoas entrevistadas não voltariam a um médico que não indicou nenhum exame a ser realizado fora do consultório. Portanto, pode-se inferir que há uma grande pressão, por parte do paciente, durante a consulta médica, visto que ele acredita que o exame complementar otimiza a terapêutica e/ou confirma o diagnóstico.

Recentemente foram publicadas diretrizes para rastreamento de doença coronariana e a conclusão foi de que não é recomendado o rastreamento de rotina em adultos com baixo risco de doenças cardíacas, através de eletrocardiograma, teste de esforço ou tomografia computadorizada, porque seu dano (muitos pacientes com resultados falso-positivos) supera seus benefícios. O exame médico periódico (check-up) e o rastreamento de doenças e problemas de saúde em adultos assintomáticos (screening) vem ganhando importância e visibilidade na mídia cada vez maior entre médicos e não médicos. Existe uma idéia muito difundida de que a tecnologia de ponta é capaz de fazer o diagnóstico precoce da maioria das doenças existentes e de que esse diagnóstico resulta em um tratamento rápido que beneficia as pessoas. Entretanto, são poucos os exames utilizados para rastreamento que têm eficácia e efetividade comprovadas, até o momento. Um aspecto fundamental da avaliação médica periódica é que ela deve estar estreitamente ligada a práticas de promoção da saúde. Só existe sentido no check-up se o seu principal componente for uma investigação cuidadosa de hábitos, estilo de vida e fatores de risco e se essa avaliação resultar na discussão cuidadosa com cada paciente das alternativas existentes para uma vida mais saudável. Este é o impacto principal de uma avaliação médica periódica e ele é muito maior do que o efeito potencial de todos os exames que forem solicitados. O benefício que um tabagista terá se o médico conseguir que ele pare de fumar supera em muito os benefícios eventuais de todos os exames que forem solicitados.

Exames de rastreamento devem ser considerados em uma perspectiva mais ampla, que

não se reduz aos exames subsidiários. Existem doenças e problemas que devem ser investigados principalmente durante a anamnese (por exemplo: hábitos alimentares, tabagismo, abuso de álcool, prática de sexo seguro, depressão), durante o exame clínico (hipertensão arterial, por exemplo) e nos exames subsidiários (MARTINS, 2005). O problema da solicitação de grande número de exames para rastreamento, em muitos programas de check-up, não é apenas o gasto desnecessário de recursos. Check-up pode fazer muito mal ao paciente. Existem riscos associados ao rastreamento, e essa idéia é, às vezes, difícil de aceitar porque sempre há o exemplo daquela pessoa que descobriu que tinha uma doença rara e foi tratada imediatamente, quando fez vários exames solicitados durante uma avaliação médica periódica. Um dos principais problemas são os pacientes que têm o teste positivo, mas não apresentam a doença (resultado falso-positivo). Nestes pacientes, a presença da doença será, muitas vezes, investigada com exames mais caros e mais invasivos, implicando em ainda mais riscos. Muitos pacientes que têm o resultado falso-positivo podem ser considerados doentes, recebendo tratamento desnecessário e tendo repercussões psicológicas e fisiológicas importantes. Por outro lado, resultados de exames que afastam a presença das doenças rastreadas, se não forem acompanhados de uma abordagem de promoção de saúde, podem dar uma falsa segurança de que não há necessidade de qualquer cuidado com a saúde, sendo um passaporte até o próximo check-up (MARTINS, 2005).

A Organização Mundial de Saúde editou, em 1990, um manual intitulado: “Escolha apropriada de técnicas de diagnóstico por imagem na prática médica”, no qual se pode ler o seguinte trecho: “Submeter o paciente a toda uma série de exames e esperar que pelo menos um deles permita fazer o diagnóstico é uma forma inaceitável de exercer a medicina devido ao custo e ao risco de exposição a radiações que acarretam exames desnecessários” (REZENDE, 2006). Os eventos adversos (EA) são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes e não atribuídas à evolução natural da doença de base. Afeta em média 10% das admissões hospitalares e constituem atualmente um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade na área da saúde. A sua presença reflete o marcante distanciamento entre o cuidado ideal, descrito em livros, discutido em congressos e ensinado nas escolas de medicina, e o cuidado real, praticado na atenção básica. Quando decorrentes de erros, são denominados EAs evitáveis. Cabe ressaltar que 50% a 60% dos EAs são considerados passíveis de prevenção. Em geral, a ocorrência destes eventos inesperados não acarreta danos importantes aos pacientes. Entretanto, incapacidade permanente e óbito são passíveis de ocorrer. Estima-se que 1.000.000 de EAs evitáveis ocorram anualmente nos EUA, contribuindo para a morte de 98.000 pessoas. Além dessas condições, certas considerações devem ser feitas ligadas à própria prática de exagerar nos números e indicações de exames subsidiários tal como a ansiedade gerada a partir da expectativa do resultado (iatrogenia psicológica); o “engarrafamento” nos laboratórios e em outros serviços diante da grande demanda de pedidos; atraso no diagnóstico em situações em que a evidência clínica seria suficiente; e por último,

diagnósticos equivocados, considerando-se que cada exame solicitado apresenta variadas proporções de resultados falso-positivos e falso-negativos(NETO et al., 2007).

Em estudo realizado em um hospital universitário(NEY-OLIVEIRA et al., 2005), foram encontradas fortes evidências que na amostra estudada as solicitações de radiografia torácica não tinham critérios definidos ou eram, influenciadas por parâmetros aleatórios. Em outro estudo(RAMOS; SANTOS, 1999), foi encontrada uma frequência relativamente baixa (30,2%) de radiografias de tórax com anormalidades clinicamente significantes, achado este que, comparado com a qualidade da história clínica colhida pelo requisitante e a boa condução clínica, estava associado ao aumento da frequência de radiografias com achados anormais. Também em estudo realizado na Inglaterra(KEOGAN; PADHANI, 1992) evidenciou-se que apenas 23% das radiografias torácicas possuíam achados anormais. Em outro estudo(BENACERRAF et al., 1981), os resultados enfatizaram a importância da obtenção da história clínica e do exame físico antes da execução do procedimento radiológico; da mesma forma o conhecimento da história clínica e uma justificativa para a requisição do exame melhora a acurácia do diagnóstico radiológico quando realizado por radiologistas de diversos níveis de conhecimento e experiência.

A repetição de exames já foi apontada por estudo norte americano(BATES et al., 1998) que encontrou uma prevalência de 28% de exames repetidos antes do intervalo de tempo preconizado, em pacientes hospitalizados. Outro estudo holandês(BRANGER et al., 1995) encontrou prevalência de 38% de repetição de exames no período de oito meses, em pacientes ambulatoriais. Aproximadamente 35% dos exames repetidos foram solicitados por médicos diferentes dos que fizeram o pedido inicial. Os tipos de exames mais frequentes nas requisições foram aqueles recomendados para diagnóstico e/ou acompanhamento de indivíduos portadores de DM e/ou HAS(GOMIS et al., 1999). Entretanto, na maioria das requisições constava a solicitação de hemograma, o que é incomum, visto que não faz parte dos protocolos de exames recomendados para diagnóstico e/ou acompanhamento das doenças crônicas citadas.

A maior dependência de exames subsidiários na qual se coloca o médico é impulsionada pelo exercício profissional atarefado, bem como precaução contra questões médicas legais, a medicina defensiva (PESSOA et al., 2003). Conseqüentemente, certo estado de letargia mental e perda de interesse no raciocínio clínico podem ocorrer ao longo dos anos. Neste ambiente profissional, minimiza-se o pleno exercício do ato médico em relação à consulta e prática do exame físico, capaz de estabelecer a empatia e a confiança necessária ao exercício da medicina(REZENDE, 2006). A descaracterização da prática médica quanto à sua origem torna-se resultado desse processo e faz com que o paciente, para confirmar a opinião de um médico, procure outros profissionais em busca de novas avaliações que confluem para um diagnóstico(NETO et al., 2007). Além disso, ocorre uma elevação considerável nos custos da assistência médica para os planos de saúde que passam a exigir que médicos diminuam os pedidos de exames e impõem o uso dos protocolos, assim como para

a saúde pública, a qual atende menos indivíduos do que poderia, visto que os recursos que disponibiliza não são adequadamente utilizados e leva, conseqüentemente, a uma menor remuneração da atividade médica (MARTINS, 2005). O uso abusivo de exames pode ser comprovado através de um estudo brasileiro, o qual afirma que 77,8% dos diagnósticos podem ser feitos a partir da história do paciente (BENSEÑOR, 2003).

Dentro do contexto apresentado é importante ainda, salientar em relação aos exames complementares, os grandes benefícios que a tecnologia proporciona ao cuidado médico, o que, entretanto, não deveria significar uma depreciação ao ato clínico. Tais recursos deveriam ser utilizados apenas nos casos que proporcionassem uma orientação para diagnóstico, prognóstico, terapêutica ou manejo do paciente. Dessa forma, os objetivos de uma prática médica adequada são muitos: eliminar exames desnecessários, preservar os testes e procedimentos com bom custo-benefício e eliminar as restrições de exames que prejudicam as decisões baseadas na competência clínica (CAPILHEIRA et al., 2006).

É inegável que o paciente e o médico encaram as doenças de modos distintos. Isso acontece, pois, para o primeiro, a experiência de adoecer modifica sua rotina, que passa a girar em torno da doença. Na ânsia de querer ajudar o médico a solucionar seu problema, o paciente chega a sugerir exames complementares (36%) os quais deveriam ser solicitados pelo médico, bem como condutas para o seu tratamento (NETO et al., 2007). Por isso, na relação médico-paciente, para que a confiança exista e prevaleça, é necessário que o profissional médico preencha vários requisitos, como empatia, sinceridade, competência e sensibilidade em relação ao problema vivenciado pelo paciente. Deve-se analisar não somente o componente biológico da doença, mas também a experiência e o ponto de vista do doente e dos familiares, as interpretações e as práticas populares e suas influências sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento, tudo isso leva tempo e demanda paciência por parte do médico (CAPRARA; FRANCO, 1999).

Diante do exposto, é necessário rever alguns critérios que o médico considera no momento de solicitar exames complementares (NEY-OLIVEIRA et al., 2005). Para um determinado exame ser considerado adequado para rastreamento, algumas condições devem ser satisfeitas: a doença a ser investigada deve ser importante, seja no seu risco de complicações e mortalidade, seja no seu impacto sobre a qualidade de vida; o exame utilizado deve ser eficaz; o exame deve ser aceito pelas pessoas; e, o mais importante, deve estar demonstrado que o tratamento da doença diagnosticada na fase pré-sintomática faz diferença. Talvez só seja ético fazer rastreamento para uma determinada doença se o seu diagnóstico quando ainda assintomática faça uma real diferença para as pessoas. O desenvolvimento tecnológico, bem empregado, não é antagônico à semiologia e, muito menos degradante a atividade médica, e sim um importante recurso auxiliar do diagnóstico, quando necessário e bem indicado (GODOY; SANTOS, 1999).

4 Metodologia

Este trabalho consistirá em um projeto de intervenção, o qual se fundamenta na metodologia da pesquisa-ação. Esta parte da relação dialética entre pesquisa e ação, com enfoque na transformação de algum processo real, que se dá no campo. Em seu caráter pedagógico, essa metodologia possibilita que os sujeitos, ao pesquisarem a sua prática profissional, dela se apropriem e se tornam capazes de ressignificá-la, estando pesquisador e pesquisados envolvidos em um processo de mudança (LINDNER *et al.*, 2014).

Como no Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica, o Plano de Intervenção (PI) parte de uma proposta de ação feita pelo profissional para a resolução de um problema real observado em seu território de atuação, este PI abordará o seguinte problema: a solicitação frequente por parte dos usuários de exames de check up, mesmo quando não são necessários. A partir desse problema, espera-se sensibilizar os usuários da UBS sobre a importância da promoção da saúde, prevenção de doenças e hábitos de vida saudável através de atividades educativas em grupo e individuais.

Para a concretização desse objetivo geral, será necessário atuar sob três eixos centrais:

I) Esclarecer aos usuários sobre o enfoque da atenção básica que está centrado na prevenção de doenças e promoção de saúde.

- O médico será responsável por esclarecer todos os pacientes com consultas agendadas no decorrer da consulta médica, na Unidade de Saúde José Olímpio da Rocha, em Mandirituba, Paraná. Além disso, serão prestadas informações sobre a importância da prevenção de doenças, através da adoção de hábitos saudáveis de vida e de alimentação, ao invés da triagem excessiva para doenças assintomáticas. A conversa será realizada com uma linguagem acessível ao paciente, com exemplos práticos e comparações com situações corriqueiras para um melhor entendimento.

II) Desenvolver ações individuais e coletivas para promover a adoção de hábitos de vida saudáveis.

- Durante as atividades coletivas, que ocorrem no período da manhã, três vezes na semana, na própria UBS ou ao ar livre. Estas contarão com a equipe multiprofissional: o nutricionista, o fisioterapeuta, a enfermeira, e o educador físico. Os participantes serão orientados a desenvolver atividades que estimulem a adoção de hábitos saudáveis para que a população compreenda que cada um é o principal responsável por sua própria saúde e bem estar e que ter hábitos de vida saudáveis é a melhor maneira de evitar agravos de saúde.

III) Orientar e informar sobre a necessidade e periodicidade da solicitação de exames de diagnósticos.

- O médico será responsável por esclarecer todos os pacientes com consultas agendadas no decorrer da consulta, na Unidade de Saúde José Olímpio da Rocha, em Mandirituba,

Paraná. Será informado sempre, sobre a real necessidade da solicitação de exames para cada indivíduo e também sobre os critérios para a solicitação de outros exames. A enfermagem será orientada a também reforçar as orientações aos pacientes durante a triagem e após a consulta, se necessário for. A conversa será realizada com uma linguagem acessível ao paciente, com exemplos práticos e comparações com situações corriqueiras para um melhor entendimento.

Serão coletados dados a respeito do sexo e exames complementares solicitados pelos pacientes ao médico e exames complementares solicitados pelo médico durante a consulta. O assunto que dá tema a este trabalho também será abordado durante todos os eventos em grupo, na UBS, para o esclarecimento da população atendida. Os dados serão coletados e as atividades serão realizadas durante um período de 30 dias. Toda a equipe (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista e a auxiliar do dentista) será orientada a colaborar no esclarecimento da população.

As ações acima demandarão apenas recursos humanos, já disponível no momento na UBS e não serão necessários recursos ou financiamentos externos.

5 Resultados Esperados

Por meio de desenvolvimento deste projeto de intervenção, espera-se poder intervir no problema identificado na comunidade de Mandirituba - Paraná, que é a solicitação frequente por parte dos usuários de exames de check up, mesmo quando não são necessários. Por meio dos objetivos traçados neste projeto, que estão focados na valorização das ações de promoção de saúde e também preventivas em conjunto com a redução do atendimento médico baseados em exames.

Desta forma, espera-se que as informações e planejamento contidos neste projeto, auxiliem os médicos, em conjunto com suas equipes multiprofissionais e usuários, a repensarem tanto à atenção como o cuidado em saúde, buscando esses resultados em conjunto, onde ambos são corresponsáveis. É relevante que tanto os médicos repensem e qualifiquem suas práticas no dia a dia. Ao usuário da UBS também é necessário que se reedue em relação à expectativa do tratamento, que de maneira geral é centrada em procedimentos tecnológicos, e também se sensibilize para a responsabilidade que deve ter sob própria saúde, atuando enquanto sujeito ativo no processo de cuidado em saúde.

Ao aplicar a propedêutica médica aprendida na faculdade e nos livros, com anamnese e exame físico detalhados, o médico terá mais certeza do que está enfrentando. Além disso, cabe ao profissional informar e educar o usuário sempre, para que ele entenda que o *check-up* por si só não é suficiente e não substitui uma anamnese bem detalhada e associada a um bom exame clínico. Desta forma, vislumbra-se um caminho possível para a redução da taxa de exames complementares solicitados na atenção básica, o fortalecimento da relação médico-usuário, e a melhoria da saúde e bem-estar da população.

Referências

- BATES, D. et al. *What proportion of BMC Med Res Methodol Medcommon diagnostic tests appear redundant*. São Francisco: Journal of Chemical Information and Modeling, 1998. Citado na página 16.
- BENACERRAF, B. et al. *An assessment of the contribution of chest radiography in outpatients with acute chest complaints: a prospective study*. Ontario: Radiology, 1981. Citado na página 16.
- BENSEÑOR, I. M. *Do you believe in the power of clinical examination? The answer must be yes!* São Paulo: Revista paulista de medicina, 2003. Citado na página 17.
- BRANGER, P. et al. *Laboratory services utilization: a survey of Med repeat in investigations in ambulatory care*. Baltimore: Neth J MedMed, 1995. Citado na página 16.
- CAPILHEIRA, M. *Prevalência e Fatores Associados À Consulta Médica e Solicitação de Exames Complementares: Um Estudo de Base Populacional*. Pelotas: Universidade federal de Pelotas, 2004. Citado na página 10.
- CAPILHEIRA, M. et al. *Epidemiologia da solicitação de exame complementar em consultas médicas*. Pelotas: Rev. Saud. Pub., 2006. Citado 3 vezes nas páginas 10, 13 e 17.
- CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. *A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica*. Fortaleza: Cadernos de Saúde Pública, 1999. Citado na página 17.
- GODOY, M. F.; SANTOS, A. *Análise crítica da solicitação de exames complementares em pediatria*. São Paulo: Rev pediatr, 1999. Citado na página 17.
- GOMIS, M. G. et al. *Análisis de la demanda de pruebas de laboratorio desde atención primaria en un área de salud*. Barcelona: Aten Primaria, 1999. Citado na página 16.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Contagem Populacional de 2015: dados referentes ao município de mandirituba, fornecidos em meio eletrônico*. Mandirituba: IBGE, 2015. Citado na página 9.
- KEOGAN, M.; PADHANI, A. *Chest radiography for general practitioners: scope for change?* Londres: Clin Radiol, 1992. Citado na página 16.
- LINDNER, S. R. et al. *Metodologia*. Florianópolis: UFSC, 2014. Citado na página 19.
- MARTINS, M. *Check - up do check - up*. São Paulo: Rev Assoc Med Bras, 2005. Citado 3 vezes nas páginas 13, 15 e 16.
- NETO, J. C. et al. *Confiabilidade no médico relacionada ao pedido de exame complementar*. Juiz de Fora: HU rev, 2007. Citado 3 vezes nas páginas 14, 16 e 17.
- NEY-OLIVEIRA, F. et al. *Relação entre a qualidade do exame clínico e o acerto na requisição da radiografia de tórax*. Salvador: Radiologia Brasileira, 2005. Citado 3 vezes nas páginas 13, 16 e 17.

OPAS, R. I. de Informação para a S. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Citado na página 14.

PESSOA, R. et al. *Valor preditivo de exames pré-operatórios em facectomias*: Predictive value of preoperative tests in facectomy. São Paulo: Rev saúde pública, 2003. Citado na página 16.

PORTO, C. *Semiologia médica*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2001. Citado na página 14.

RAMOS, J.; SANTOS, M. *Estudo dos critérios clínicos para requisição de radiografia de tórax em um hospital universitário*. Salvador: Radiol Bras, 1999. Citado na página 16.

REZENDE, J. M. *O Uso Da Tecnologia No Diagnóstico Médico*. Brasília: ÉTICA REVISTA, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.