



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Rafael Godoy

Solicitação abusiva de exames laboratoriais para
pacientes assintomáticos e sem fatores de risco na
Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Capinzal, SC

Florianópolis, Março de 2023

Rafael Godoy

Solicitação abusiva de exames laboratoriais para pacientes
assintomáticos e sem fatores de risco na Estratégias de Saúde da
Família (ESF) de Capinzal, SC

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

Orientador: Ale Mujica Rodriguez
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Rafael Godoy

Solicitação abusiva de exames laboratoriais para pacientes
assintomáticos e sem fatores de risco na Estratégias de Saúde da
Família (ESF) de Capinzal, SC

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Ale Mujica Rodriguez
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é reconhecido mundialmente pela assistência integral a todo indivíduo que se encontre em território nacional. De fácil acesso e em constante aprimoramento, é dever de cada cidadão zelar pelo SUS e nossos direitos arduamente conquistados. Mesmo em períodos complexos de nossa história política, profissionais de saúde, pesquisadores e usuários do sistema mantiveram a responsabilidade frente a saúde pública, não aceitando retrocessos e pugnando pela ampliação da assistência. Novamente, nos encontramos em um período turbulento na política nacional, agravado pelo contexto geopolítico mundial e em meio a uma pandemia. Anos sucessivos de cortes de verbas para a saúde, somados ao aumento da inflação, redução das receitas e diminuição do poder de compra, saturaram o sistema público de saúde. Entretanto, é também nestes momentos históricos de adversidades que fica evidente a importância do engajamento dos profissionais de saúde, pesquisadores e usuários para o fortalecimento de ações locais em saúde. **Objetivo:** propor um projeto para contenção de gastos com a redução de solicitação abusiva de exames laboratoriais, para pacientes hígidos e sem fatores de risco, nas Estratégias de Saúde da Família (ESF). **Metodologia:** será feito um levantamento bibliográfico e de caráter exploratório. Com base em materiais do Ministério da Saúde e de Sociedades de especialidades, buscamos a discussão sobre o tema e a criação de material para orientação dos profissionais das ESF com relação a solicitação abusiva de testes laboratoriais à pacientes assintomáticos e sem fatores de risco. **Resultados esperados:** iniciar uma contabilização de cada caso em banco de dados único em cada ESF. Tendo caráter prospectivo, este Projeto fornecerá dados estatisticamente coerentes proporcionalmente à medida que os anos passarem. Os gastos com testes laboratoriais podem ser comparados por temporalidade a critério de cada equipe, após início da intervenção.

Palavras-chave: Custos de Cuidados de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Exames Médicos, Testes Laboratoriais

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

O diagnóstico da realidade de uma comunidade advém do processo baseado na coleta, registro e análise de dados e variáveis presentes em uma área específica. A sistematização desse método é imprescindível para atuação de uma equipe de saúde em uma comunidade. Obviamente, na prática diária, os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) lidam com fatores que não podem ser computados e transformados em dados, mas que interferem no contexto social local.

Fui alocado para exercer minha função em uma unidade sem adstrição. Ou seja, atendia pacientes de toda a cidade de Capinzal, até mesmo de bairros que possuíam ESF com médico. Portanto, os dados são bastante abrangentes e pouco precisos. Além disso, a Unidade Central não contava com Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e não eram realizadas reuniões de equipe.

O município de Capinzal possui 22.658 habitantes segundo [IBGE \(2020\)](#). Sendo composto por aproximadamente: 2.970 crianças, 3.530 adolescentes, 12.880 adultos e 1.400 idosos, conforme dados retirados da pirâmide etária do Censo de 2010 do IBGE.

Com um PIB per capita de 37.208,20 R\$ e IDH de 0,752, segundo dados do IBGE do ano de 2017 e 2010, respectivamente, é considerado um município rico, com baixa vulnerabilidade social e com bom acesso a serviços de saúde ([IBGE, 2020](#)).

A economia do município tem como base a agroindústria, refletindo nas queixas dos pacientes que procuram atendimento médico, prevalecendo agravos relacionados a doenças osteoarticulares. Além destas, também são prevalentes as consultas por quadros ansiosos/depressivos e de agravos de doenças crônicas como diabetes e hipertensão.

O curso de Especialização em Atenção Básica nos desafia a identificar essas condições e propor possíveis intervenções visando mudar a realidade local. Porém, devemos atentar para questões como governabilidade, complexidade e apoio para que as ações não sejam impedidas por conflitos políticos, financeiros ou, até mesmo, éticos.

Mesmo com problemas apresentando um grau de prioridade maior - levando-se em conta fatores como magnitude, transcendência, vulnerabilidade, urgência e custo - julga-se que a escolha necessite embasamento em possibilidades que não venham de encontro aos conflitos acima citados.

Desta forma, o presente trabalho discorrerá sobre o problema "Solicitação Abusiva de Exames". Sob justificativa de se tratar de uma situação extremamente comum à muitas Equipes de Saúde e pelo impacto financeiro favorável aos fundos municipais de saúde, que podem alocar recursos para intervenções que realmente contribuam para a promoção de saúde e ações de prevenção na comunidade.

Inicialmente, nos primeiros meses da intervenção, o foco é obter apoio da secretaria de saúde, profissionais das ESF's, colaboração e conscientização da população. Em seguida,

analisar e estimar o montante poupado para que esse valor seja investido, dentro das possibilidades do fundo municipal de saúde, em atividades voltadas para o cuidado às queixas e agravos mais comuns da solicitação abusiva de exames.

Como exemplo posso citar a contratação de um profissional de educação física para orientação de grupos de atividades físicas regulares, visando redução do risco cardiovascular (perda ponderal, controle pressórico e diminuição da resistência insulínica), fortalecimento muscular com possível redução de queixas de dores crônicas e até mesmo como terapia alternativa para diversas doenças.

A carência de recursos é comum e do cotidiano da maioria, se não todas, as secretarias de saúde dos municípios brasileiros, sendo um projeto oportuno não só no momento - haja vista a crise econômica mundial, pandemia e crise política nacional - como também para a posteridade.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Reduzir o número de pedidos de exames de rotina solicitados sem embasamento teórico segundo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Conscientizar a população sobre o cuidado à saúde por meio da anamnese, semiologia e exame físico, desvinculando consultas médicas e cuidado necessariamente à solicitação de exames.
- Reduzir em mais de 10% do número mensal de solicitações de exames de rotina, sem critérios segundo protocolo do Ministério da Saúde.
- Firmar acordo formal com a Secretaria de Saúde e profissionais de saúde do município, para garantir apoio e suprimir exceções e retaliações.

3 Revisão da Literatura

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é referência mundial quando o assunto é atenção básica, acesso universal gratuito aos serviços de saúde, prevenção e promoção de saúde.

Em 1993, com a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), deu-se início ao que futuramente se tornaria a principal porta de entrada dos usuários do SUS e a base de todo o sistema, o Programa Saúde da Família (PSF).

Mantendo esta linha histórica, conforme [Escorel et al. \(2005\)](#), "em setembro de 1994, foi divulgado pelo Ministério da Saúde o primeiro documento sobre o PSF, definindo o convênio entre o Ministério da Saúde, estados e municípios, com o mecanismo de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios."

A descentralização dos serviços e o repasse de parte das atribuições para a esfera municipal foram um grande progresso para a consolidação da Atenção Básica conforme:

"De acordo com o documento publicado pelo MS em 1997, o PSF se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. O MS acrescenta ainda que a partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas" ([SANTANA; CARMAGNANI, 2001](#)).

Em 21 outubro de 2011, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela portaria nº 2.488, ficaram estabelecidas normas e diretrizes que organizam a atenção básica, Estratégia Saúde da Família (ESF) e PACS. Conforme a PNAB 2012 do Ministério da Saúde (MS) constando nas disposições gerais - referentes à infraestrutura e funcionamento da atenção básica- devem ser garantidos, pela gestão municipal, o acesso ao suporte diagnóstico e laboratorial cabível ao cuidado resolutivo da população ([BRASIL, 2017](#)).

A ampliação dos Programas Federais em conjunto com facilitação de acesso aos serviços de saúde, informação e à constante evolução técnico-operacional dos métodos diagnósticos laboratoriais proporcionaram mudanças na abordagem de diversas condições clínicas, sendo o ideal de base o diagnóstico precoce.

Nesse cenário é destacada a questão dos exames laboratoriais por ser o foco do presente estudo, os quais provêm da coleta e análise de sangue, urina e fezes. Não desvalorizando outras técnicas e métodos, mas a fim de delimitar o tema para facilitar obtenção de resultados tornando-os mais inteligíveis.

Conforme apontado no Caderno de Atenção Primária de 2010 referente ao rastreamento de doenças na população, os exames de rotina – também chamados de *screening*

ou *check-up* – tornaram-se, erroneamente, entendidos pelos pacientes como procedimentos livres de erros mesmo havendo possibilidade de falsos-positivos e falsos-negativos (BRASIL, 2010).

A inexatidão e falhas dos exames laboratoriais de rotina, associada a resultados dentro dos padrões da normalidade, trazem a falsa sensação de saúde e prevenção aos submetidos a testes frequentes. Tal fato pauta o ilusório aval para manutenção do estilo de vida, mesmo mantendo comportamentos nocivos à saúde.

Na prática clínica de grande parte dos Médicos de unidades de Estratégia de Saúde da Família – se não todos – são cada vez mais comuns as consultas motivadas exclusivamente para solicitação de exames de rotina em indivíduos assintomáticos. Pacientes que, na maioria das vezes sem critérios, realizam exames laboratoriais com frequência muito superior ao indicado.

Dentro deste contexto fatores psicossomáticos, sociais e, principalmente, a relação médico-paciente envolvida na questão é habilmente exposta em:

“A difusão acelerada das informações sobre o progresso da medicina aumenta consideravelmente o desejo de todos de suprimir seus sofrimentos e curar suas doenças. Os pacientes se acham no direito de serem submetidos a exames novos e caros, mesmo sem indicação médica. Alguns até exigem de seu médico a realização de certos exames/ terapêuticas, dependendo de cada profissional desenvolver habilidade de lidar com as expectativas de seu cliente.” (ZUCCHI; NERO; MALIK, 2000).

Muitos médicos pautam suas decisões de solicitação de exames laboratoriais, à pedido dos pacientes, pressupondo consequências médico-legais em caso de diagnósticos posteriores. Como traz Rezende (2006), “outra consequência negativa é a que se convencionou chamar de medicina defensiva. O médico passou a solicitar um maior número de exames complementares para bem documentar-se e assim se proteger de possíveis acusações de negligência ou omissão em caso de insucesso.”

O despreparo dos profissionais para o enfrentamento dessa questão pode ser, indiretamente, medido pela crescente solicitação de exames desnecessários e conseqüente aumento dos gastos públicos com saúde. Situação que não traz benefícios aos pacientes e ao Sistema.

Tendo em vista o impacto financeiro dos gastos em saúde para a economia de um país, expõe-se que:

“Os sistemas globais de saúde estão em um ponto de inflexão e, portanto, enfrentarão transformações importantes até o final da década. O gasto com saúde tem crescido sistematicamente acima do PIB—chegando a representar mais de 15% do PIB em alguns países no ano de 2015. Nos países emergentes o gasto como percentual do PIB também se encontra em patamares elevados, embora o gasto per capita seja baixo e somente um crescimento expressivo do PIB permitiria expansões significativas”(FIORENTINO et al., 2016).

Conforme levantamentos por Fiorentino et al, estima-se que o gasto per capita, no Brasil, seja de US\$ 0,8 mil, ainda sendo considerado um país com baixos índices de saúde

e pouco investimento - em comparação com outros países da Europa que gastam em média US\$ 3,5mil. Indicando ainda que "Do total de R\$500 bilhões gastos com saúde no Brasil em 2013, metade correspondeu a gastos com saúde pública, enquanto gastos com planos de saúde e gastos particulares (pagos pelos próprios pacientes, sem reembolso) totalizaram R\$110 bilhões e R\$150 bilhões, respectivamente."

Assim, fica explícita a necessidade da gestão desses recursos, já escassos, como citados acima, para o direcionamento às políticas de saúde que tragam melhorias substanciais nos indicadores de saúde do país. O Ministério da Saúde Brasileiro é criterioso quanto às indicações, sendo possível reduzir gastos localmente, com impacto em nível nacional.

Os critérios do Ministério da Saúde para investigação e triagem de pacientes assintomáticos são baseados em metanálises e recomendações das principais Sociedades Internacionais e Brasileiras de especialistas, nas mais diversas áreas da medicina. As informações são julgadas pertinentes quando financeiramente e epidemiologicamente cabíveis ao nosso Sistema Único de Saúde.

As indicações em adultos são mais específicas, variam conforme idade, sexo, histórico pregresso de doenças, histórico familiar e principalmente risco cardiovascular. Necessário frisar neste momento a importância das ações das equipes multidisciplinares corroborando no entendimento holístico dos pacientes na Atenção Básica.

No Caderno de Atenção Básica - Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais – de 2006, o Ministério da Saúde é enfático ao afirmar que:

"Indivíduos mais jovens (homens com menos de 45 anos e mulheres com menos de 55 anos), sem manifestação de doença ou sintomas e sem nenhum dos fatores intermediários ... são caracterizados como sendo de BAIXO RISCO ... Estes indivíduos não se beneficiam de exames complementares, entretanto, devem ser encorajados a manterem um perfil de vida saudável"(BRASIL, 2006).

O Caderno de Atenção Primária sobre Rastreamento, de 2010, também inicia as discussões sobre rastreamento em adultos com base no Risco Cardiovascular (RCV) em adultos, com base no Escore de Framingham – o qual estabelece o risco de doença arterial coronariana em 10 anos. No presente estudo daremos atenção apenas às indicações para pacientes assintomáticos e com baixo risco cardiovascular baseados nos seguintes critérios: Sem histórico de tabagismo; Sem histórico de Hipertensão; Sem histórico de Diabetes Mellitus; · Não obesos; Não sedentários; Idade inferior a 65 anos; Sem histórico pessoal e familiar de eventos cardiovasculares (BRASIL, 2010).

Nesse contexto os autores do cardeno de Atenção Primeira Brasil (2010) afirmam que "Se o paciente apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o RCV, pois ele é considerado como baixo risco CV e terá menos que 10% de chance de morrer por acidente vascular cerebral (AVC) ou infarto agudo do miocárdio (IAM) nos próximos 10 anos".

O material do MS não é claro quanto a recomendações ou protocolos de triagem para esses pacientes em questão. Sendo assim, o estudo traz informações obtidas em Cadernos de Atenção Básica sobre tópicos mais específicos.

O rastreamento de dislipidemia busca valores alterados de colesterol total (CT), da lipoproteína de baixa densidade de colesterol (LDL-C) e de lipoproteína de alta densidade de colesterol (HDL-C). No Caderno as indicações são grau de recomendação A para homens com mais de 35 anos e mulheres com mais de 45 anos. Citam ainda que não há recomendação contra ou a favor para homens com idade entre 20 a 35 anos e mulheres com 20 anos ou mais, sem risco cardiovascular (BRASIL, 2010).

As Diretrizes de prevenção das doenças cardiovasculares da Sociedade Brasileira de Cardiologia afirmam a necessidade da dosagem de colesterol total para todas as crianças maiores de 10 anos, pelo menos uma vez, independente dos fatores de risco. Além disso também reitera que, devido a maior necessidade de ingestão de gorduras para mielinização do sistema nervoso, a dosagem sérica do perfil lipídico de crianças deve ser realizada a partir dos 2 anos de idade. Previamente apenas casos com doenças concomitantes, histórico familiar ou outras indicações específicas (SBC, 2019).

Encerrando o apontamento os autores mencionam que “Com base em outros protocolos e opinião de especialistas, uma opção razoável e referida na Força-Tarefa Americana é um intervalo de cinco anos, para a população geral com resultados normais (Evidência nível III)”(SBC, 2019).

Com base nos critérios de 2013 estabelecidos pela American Diabetes Association, o Caderno de Atenção básica de Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica portadora de Diabetes Mellitus de 2013 traz os itens abaixo (BRASIL, 2013):

- Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:
 - História de pai ou mãe com diabetes;
 - Hipertensão arterial ($>140/90$ mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
 - História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
 - Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);
 - Exame prévio de HbA1c $5,7\%$, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
 - Obesidade severa, acanthosis nigricans; • Síndrome de ovários policísticos;
 - História de doença cardiovascular; • Inatividade física; OU Idade ≥ 45 anos;
- OU
- Risco cardiovascular moderado.

Além dos itens acima elencados, e com base na mesma referência, aponta-se que não há evidências que pautem o rastreio ideal e sua frequência. Indicam ainda que há estudos

que inferem sobre testes a cada 3 a 5 anos nos pacientes com exames prévios negativos (BRASIL, 2013).

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) afirma que "A dosagem de TSH está recomendada a cada cinco anos em indivíduos com idade igual ou superior a 35 anos" para indivíduos assintomáticos e sem fatores de risco. Apontam ainda que o exame deve ser repetido, se alterado, e a investigação pode ser prosseguida à critério médicos com solicitação de outros exames (SBEM, 2020).

O rastreio de Doença Renal é recomendado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, mas também para aqueles com fatores de risco e histórico familiar. Não especificam orientações sobre rastreio em pacientes assintomáticos e sem fatores de risco. Afirmam apenas que:

“Deve-se salientar, entretanto, que proceder à triagem em massa da população com testes (como, por exemplo, a análise de urina) não é considerado como uma estratégia prática, custo-efetiva, nem destinada a ter sucesso, embora tenha o seu valor. De fato, a maioria das diretrizes voltadas para a prática clínica recomenda que sejam identificados os indivíduos de risco, ou seja, aqueles portadores de hipertensão arterial, diabetes, obesidade e outras condições predisponentes, assim como pessoas de mais idade e parentes de portadores de DRC” (SBN et al., 2020).

A dosagem de PSA é um exame comumente solicitado por homens acima dos 30 anos e há grande discussão acerca do assunto entre profissionais de saúde, especialistas e Ministério da Saúde. Muitas pesquisas não conseguem comprovar que o rastreio precoce interfira na morbimortalidade pela doença. Desta forma, não há recomendações formais (SBN et al., 2020).

A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) em 2018 reiterou em nota no site oficial a recomendação de que homens devem procurar atendimento especializado, a partir dos 50 anos, para avaliação individualizada. Pacientes de raça negra ou com histórico familiar de primeiro grau positivo para câncer de próstata devem antecipar essa consulta em 5 anos (SBN et al., 2020).

Qualquer procedimento diagnóstico é passível de riscos e benefícios. Portanto, esta deve ser uma decisão compartilhada com o paciente. Além disso, a SBU também destaca que após os 75 anos o rastreio pode ser realizado apenas nos pacientes com expectativa de vida superior a 10 anos.

Com relação aos exames de rotina indicados para crianças assintomáticas temos especificações elencadas no Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento de 2012 do Ministério da Saúde. Conforme o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, recomenda a suplementação do mineral para todas as crianças dos 6 aos 18 meses - antecipando início e com aumento de dose naquelas que não estão em aleitamento materno exclusivo e nos prematuros menores de 37 semanas nascidos com baixo peso. Portanto, o Ministério da Saúde afirma não haver necessidade de diagnós-

tico laboratorial de rotina nesse grupo, sugerindo avaliação individual das características, fatores de risco e proteção das crianças e da comunidade em que vivem (BRASIL, 2012).

Em relação aos exames de urina e fezes o mesmo Caderno citado acima esclarece que:

“Não há documentação científica que comprove que a realização rotineira dos citados exames em crianças assintomáticas tenha qualquer impacto em sua saúde. Muitos protocolos recomendam, com bases empíricas, a realização de exames qualitativos de urina e testes rápidos para triagem de bacteriúria assintomática, mas sem especificar os benefícios clínicos da realização de tais exames. O exame parasitológico de fezes pode ser realizado em crianças que vivam em áreas de maior prevalência de parasitoses intestinais, mas não existem recomendações a respeito da frequência ideal (BRASIL, 2012).

Motivados por dietas desregradadas e com grande parte composta por produtos industrializados, outra preocupação comum dos pais são os níveis de colesterol. Vinculado a isso o Caderno traz recomendações referentes a pesquisa e investigação do perfil lipídico (dosagem de colesterol total, HDL, triglicerídeos e LDL) nas crianças com histórico familiar (pais ou avós) com diagnóstico de doenças cardiovasculares antes dos 55 anos em homens e dos 65 anos em mulheres ou níveis de colesterol total acima dos 240mg/dL. O início do rastreio pode ser iniciado aos 2 anos de idade, repetindo-se a cada 3 a 5 anos nos casos sem alterações. Frisam ainda que nesta faixa etária os níveis lipídicos são mensurados por percentis e não por valores de corte (BRASIL, 2012).

No tocante a outras doenças e agravos a saúde prevalentes em nossa população e que possuem exames laboratoriais como parte relevante do diagnóstico- como por exemplo doença renal, distúrbios da tireoide, disfunção hepática e algumas neoplasias – o Ministério da Saúde preconiza que apenas pacientes com critérios de risco ou sintomas devem ser submetidos aos referidos testes.

O apontamento final da política de rastreamento presente no Caderno de Atenção Primária de 2010 traduz com precisão a discussão acerca do problema:

“Como se pôde observar, poucas são as recomendações de rastreamento que realmente merecem ser aplicadas na prática clínica em pessoas assintomáticas. Porém o que se percebe é o abuso da solicitação de exames complementares e isso acaba trazendo mais problemas: transfere-se a confiança do profissional para os exames, não se esclarece adequadamente as dúvidas dos pacientes, abre-se uma cascata de exames e os usuários serão condicionados a realizarem mais e mais check-ups” (BRASIL, 2010).

4 Metodologia

Durante o curso de especialização em Atenção Básica somos desafiados a buscar dados da realidade local que forneçam subsídios para propor Projetos de Intervenção (PI). Sendo necessário traduzi-los, com base no contexto da comunidade, para que possamos inferir possíveis soluções.

As equipes de Saúde da Família enfrentam problemas dependentes de inúmeras variáveis - as quais, na maioria das vezes, os profissionais têm pouca diligência sobre - e que interferem de forma direta e indireta na saúde da população das áreas adscritas.

Desta forma, o diagnóstico da realidade local com a identificação de problemas e proposições de PI deve ser rotina de todas as ESF. Além disso, o compartilhamento dessas informações e experiências vem ao encontro das necessidades de outras equipes, sendo importante ferramenta de manejo e estudo.

O presente estudo trata-se de um projeto de intervenção, fundamentado em um levantamento bibliográfico de caráter exploratório, voltado para Estratégias de Saúde da Família (ESF) abordando o seguinte tema: solicitação abusiva de exames laboratoriais, por pacientes assintomáticos e sem comorbidades, nas ESF's.

Com base nos materiais do Ministério da Saúde (MS) e em diretrizes de Sociedades de algumas especialidades médicas, propõe-se a criação de material que oriente as equipes das ESF's. Um material simples e objetivo orientando a frequência aceitável que os profissionais podem solicitar exames laboratoriais para pacientes assintomáticos, sem fatores de risco e sem doenças preexistentes.

A intervenção deverá ter duração mínima de vinte e quatro meses, sem prazo para término. Durante esse período será necessário o levantamento de prontuários e dos dados de gastos com exames laboratoriais, que se encaixam nos critérios do estudo.

Os primeiros doze meses serão de caráter organizacional e observacional, sem intervenções. Isso possibilita selecionar os participantes do estudo e evitar vieses. Caso começássemos o estudo sem este período inicial, obviamente, não seria possível contabilizar os números anteriores ao estudo por falta de registro nos prontuários e oscilações demográficas. Desta forma, a maioria dos dados seriam excluídos da contagem e o resultado não teria significado estatístico.

A parte inicial é dependente dos profissionais que solicitam exames de rotina em cada ESF - geralmente, médicos e enfermeiros. Estes devem avaliar os critérios de inclusão do paciente no estudo e registrá-los, semanalmente, em tabela comum com dados como nome, sexo, idade, número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), exames solicitados e quando, aproximadamente, realizou últimos exames laboratoriais de rotina.

Indiretamente, por meio de dados das Secretarias Municipais de Saúde e dos prontuários dos pacientes, também é possível estimar o montante mensalmente dispensado para

essa finalidade em cada ESF. Sendo possível compará-los, superficialmente, com anos anteriores a intervenção.

No término do segundo ano já seria possível inferir comparações de gastos mensais, confrontado dados anteriores e após a intervenção. Mas, idealmente, os dados mais fidedignos serão obtidos apenas no final do quarto ano. Isso devido ao intervalo de tempo indicado para repetição desses exames que é de três anos.

Destinado a orientar os profissionais das equipes de Atenção Básica de todo o país, o Projeto de Intervenção gera uma reflexão sobre intervenções desnecessárias que não interferem na evolução clínica e geram gastos elevados para a gestão municipal de saúde. Além de fazer o levantamento do valor que poderia ser investido em ações que realmente tenham impacto em promoção e prevenção de saúde.

5 Resultados Esperados

A facilidade de acesso aos exames laboratoriais tem grande impacto na relação médico-paciente. O fato de documentar e tentar expressar o conceito de saúde por meio de números seduz tanto profissionais da saúde quanto pacientes. Tal processo se difundiu de maneira muito rápida nas consultas da Atenção Primária. O solicitante acredita estar isento de acusações de negligência e sente-se menos culpado pela anamnese precária e exame físico insuficiente. Por outro lado, os submetidos aos testes, acabam por perpetuar hábitos nocivos à saúde sob a justificativa da normalidade dos resultados.

Desta forma, espera-se gerar reflexão acerca do atual modelo, para ambas as partes do processo supracitado, e expor para toda a comunidade o impacto das ações com melhora dos atendimentos e contenção de gastos.

Esse contexto é mais difícil de ser mensurado pois depende de avaliações subjetivas e pessoais. São resultados tão importante quanto a redução de gastos, mas é necessário delinear outro estudo para estudar variáveis tão complexas.

Por conseguinte, além da redução dos riscos aos pacientes, inerentes a qualquer método diagnóstico intervencionista, a economia de recursos mensais é o foco para a análise dos resultados.

Comparando dados absolutos dos gastos com exames laboratoriais, mensalmente, nos períodos anteriores ao Projeto de Intervenção (PI) com os posteriores, será possível explicitar para o Ministério da Saúde (MS) e a gestão municipal de saúde a importância desta ação. A comparação pode ser feita ainda utilizando-se períodos de tempo mais palpáveis como trimestres, semestres e anos. Isso dependerá de análise pormenorizada dos valores e deve-se atentar para o valor de cada exame nos processos licitatórios, os quais podem apresentar variações por inflação, quebra ou troca de contrato das empresas.

Com elaboração de gráficos e tabelas é possível reproduzir visualmente os resultados do estudo nas reuniões semanais com a equipe de cada Estratégia de Saúde da Família (ESF) e também nas reuniões mensais dos Conselhos Municipais de Saúde. Estes necessitam ficar expostos na sala de acolhimento de cada ESF e devem, obrigatoriamente, ser apresentados e explicados à comunidade.

Além disso, o montante economizando deverá ser revertido para ações específicas em cada área adstrita. Isso seria uma forma de estimular a população sob estudo e descentralizar decisões, beneficiar comunidades com soluções mais pontuais para problemas do cotidiano testemunhados na prática diária.

Com a intervenção almeja-se que a discussão gere prerrogativas para que o MS divulgue documentos ou pareceres oficiais sobre o assunto. Gerando embasamento legal para que os profissionais sintam-se amparados a negar solicitações abusivas, por pressão política ou constrangimento durante as consultas. Desta forma, os profissionais da Atenção Básica

sentiriam-se mais seguros para pautar a escolha de não solicitar exames laboratoriais, com tanta frequência, desnecessariamente, aos pacientes que não se encaixem nos critérios. Gerando assim economia de recursos ao sistema, que seria revertida para a população.

Referências

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, n. 1, 2017. Citado na página 13.

BRASIL, M. da Saúde do. *PREVENÇÃO CLÍNICA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR, CEREBROVASCULAR E RENAL CRÔNICA*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 15.

BRASIL, M. da Saúde do. *RASTREAMENTO*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Citado 4 vezes nas páginas 14, 15, 16 e 18.

BRASIL, M. da Saúde do. *Caderno de Atenção Básica: Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Citado na página 18.

BRASIL, M. da Saúde do. *ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA: Diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.

ESCOREL, S. et al. Apresentação. In: ESCOREL, S. et al. (Ed.). *SAÚDE DA FAMÍLIA*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 15–16. Citado na página 13.

FIORENTINO, G. et al. *Tendências do setor de saúde no Brasil*. São Paulo: Bain Company, Inc, 2016. Citado na página 14.

IBGE. *Brasil, Santa Catarina, Capinzal*. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/capinzal/panorama>>. Acesso em: 22 Mai. 2020. Citado na página 9.

REZENDE, J. M. de. O uso da tecnologia no diagnóstico médico e suas consequências. *Ética*, p. 18–21, 2006. Citado na página 14.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. 33 programa saúde da família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Sociedade e Saúde*, v. 10, n. 1, p. 33–53, 2001. Citado na página 13.

SBC, S. B. de C. <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2019/aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf>. São Paulo: SBC, 2019. Citado na página 16.

SBEM, S. brasileira de endocrinologia e metabologia. *Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) sobre utilização dos testes de Função Tireoidiana na Prática Clínica*. 2020. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/media/uploads/PDFs/posicionamento_tireoide_atualizado.pdf>. Acesso em: 06 Ago. 2020. Citado na página 17.

SBN, S. B. de N. et al. *Doença Renal Crônica (Pré-terapia Renal Substitutiva): Diagnóstico*. 2020. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/doenca_renal_cronica_pre_terapia_renal_substitutiva_diagnostico.pdf>. Acesso em: 06 Ago. 2020. Citado na página 17.

ZUCCHI, P.; NERO, C. D.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: Os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, p. 127–150, 2000. Citado na página 14.