

# Solicitação de exames de apoio diagnóstico por médicos na Atenção Primária à Saúde

## *Request for tests of diagnostic support by physicians in Primary Health Care*

Maria Fernanda Santos Figueiredo<sup>1</sup>, Luciana Mendes Araújo Borém<sup>2</sup>, Marta Raquel Mendes Vieira<sup>3</sup>, Maisa Tavares de Souza Leite<sup>4</sup>, João Felício Rodrigues Neto<sup>5</sup>

**RESUMO** Objetivou-se compreender a solicitação de exames por médicos na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de estudo qualitativo, com médicos de família de Montes Claros (MG). Os dados foram obtidos por entrevista não estruturada e examinados via análise do discurso. A solicitação de exames é influenciada pela formação profissional, pelas características da Estratégia Saúde da Família – primeiro contato para as questões de saúde; realização do cuidado integral, continuado e coordenado pela equipe –, pela possibilidade de gerir o tempo de atendimento, pelo trabalho multiprofissional e pelas dificuldades enfrentadas – demanda dos pacientes por exames e pressão dos gestores por menos solicitações.

**PALAVRAS-CHAVE** Testes diagnósticos de rotina. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Educação médica. Pesquisa qualitativa.

**ABSTRACT** *This is a qualitative study with family physicians from Montes Claros (MG), aimed at understanding the request for exams by physicians in Primary Health Care. Data were obtained by means of unstructured interviews and were examined through discourse analysis. The request for exams is influenced by professional education; by Family Health Strategy characteristics, the first contact on health issues; by carrying out integral and continued care, coordinated by the team; by the possibility of managing attendance duration; by multi-professional work; and by difficulties faced: demand for exams by the patients and pressure by managers for less requests.*

**KEYWORDS** *Diagnostic tests, routine. Primary Health Care. Family Health Strategy. Education, medical. Qualitative research.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Montes Claros (MG), Brasil. Faculdades Integradas Pitágoras - Montes Claros (MG), Brasil. [mfsfbrito@yahoo.com.br](mailto:mfsfbrito@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Montes Claros (MG), Brasil. [lmendesab@hotmail.com](mailto:lmendesab@hotmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Montes Claros (MG), Brasil. [martaraquelmendes@hotmail.com](mailto:martaraquelmendes@hotmail.com)

<sup>4</sup>Universidade do Estado de Minas Gerais (Uemg) - Passos (MG), Brasil. [mtsiv@terra.com.br](mailto:mtsiv@terra.com.br)

<sup>5</sup>Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Montes Claros (MG), Brasil. [joao.felicio@unimontes.br](mailto:joao.felicio@unimontes.br)

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), proposta na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata/URSS, constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados à saúde com vistas à promoção, manutenção e melhoria da saúde (OPAS, 1978), tendo como foco o indivíduo e não a doença (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS (MENDES, 2012). Este nível de atenção constitui a porta de entrada para o sistema de saúde, oferecendo aporte regular de cuidados, que atendem às necessidades mais comuns da população, com a continuidade da atenção, de um modo integrado e organizado (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A implementação de uma estrutura com forte orientação para a APS implica em resultados melhores e mais equitativos, demonstrando mais eficiência, menores custos e maior satisfação da população. O sistema de apoio diagnóstico tem fundamental importância para a prestação de uma assistência de qualidade e maior resolubilidade no âmbito da ESF (MENDES, 2012). No entanto, ainda é um importante desafio para a APS promover a reorganização e a racionalização da utilização dos recursos diagnósticos (OPAS, 1978).

A ESF, por se apresentar como um novo paradigma na atenção à saúde, com a intenção maior de desenvolver ações, considerando o processo saúde-doença, favorecendo a corresponsabilidade entre profissional e cliente no cuidado para com a saúde (MENDES, 2012; MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015), requer que o uso dos recursos diagnósticos pelos médicos de família seja realizado de forma consciente e com a indicação adequada. A prática apropriada de solicitação de exames é essencial para minimizar os riscos relacionados à iatrogenia (MENDES, 2012), às repercussões econômicas (SISTROM *ET AL.*, 2012) e à sustentabilidade do sistema de saúde (MENDES, 2012).

Tal fato tem esbarrado em dois fatores

históricos: a formação médica e a realidade dos serviços de saúde da família. A formação médica hegemônica é estruturada a partir das recomendações do relatório Flexner, com a valorização do modelo biomédico (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Entretanto, o modelo flexneriano proposto à época não teve como cenário a APS (BOELEN, 2002). Sua importação automática, sem reflexão em relação à realidade dos serviços de saúde da família; sem considerar as mudanças no perfil epidemiológico da população, no acesso à saúde; e as complexas necessidades de saúde das pessoas e comunidades (PAGLIOSA; DA ROS, 2008) associada a uma assistência médica voltada para a doença, além de uma população que espera a solução de seus problemas pautada nos recursos propedêuticos, aumentam a demanda na solicitação de exames (MELO; CECÍLIO; ANDREAZZA, 2017; YOU; LEVINSON; LAUPACIS, 2009). Esta situação tem, ainda, como agravante o ensino descontextualizado, fragmentado e deficiente sobre a solicitação adequada de exames durante o processo de formação do médico, tanto na graduação (BORÉM *ET AL.*, 2013; WILSON, 2010) como na pós-graduação (WILSON, 2010).

A solicitação adequada de exames complementares pelos médicos de família tem sido requerida (ARENA *ET AL.*, 2014; MENDES, 2012). O município de Montes Claros, situado no norte de Minas Gerais, com 400 mil habitantes e área de abrangência próxima a 2 milhões de habitantes, teve sua ESF iniciada em 1998, e conta com o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e com a Residência Multiprofissional em Saúde de Família desde 1999 (SILVÉRIO, 2006). Além disso, dispõe de um Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde, desde 2007, e, ainda, possui três cursos médicos. Diante disto, apresenta-se como contexto favorável para uma reflexão sobre a temática apresentada. Entretanto, neste cenário não há evidências que comprovem a indicação de propedêutica médica adequada pelos médicos de família que lá atuam.

Para tanto, é fundamental o entendimento

da dinâmica que envolve a solicitação de exames pelos profissionais médicos e os fatores que a ela influenciam (SISTROM ET AL., 2012). Tal conhecimento é, ainda, escasso na literatura nacional e internacional, sendo, no entanto, fundamental para uma melhor indicação dos recursos diagnósticos pelos médicos e para sua gestão. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo compreender a prática de solicitação de exames por médicos na APS.

## Métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e de natureza qualitativa, realizada na cidade de Montes Claros (MG), em equipes da ESF. Os participantes foram os médicos especialistas em MFC, que atuavam há mais de seis meses na ESF e que aceitaram participar da pesquisa, selecionados aleatoriamente. O número de participantes foi considerado suficiente, quando os dados refletiram a totalidade das dimensões do objeto em estudo e se tornaram repetitivos.

A coleta de dados foi realizada por dois entrevistadores previamente capacitados para sua realização, entre janeiro e setembro de 2012, após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio de uma entrevista não estruturada, com os seguintes temas norteadores: 'A prática de solicitação de exames pelos médicos na Estratégia Saúde da Família'; 'Fatores que influenciam a sua prática de solicitação de exames'.

Para garantir o registro fidedigno de todas as informações fornecidas pelos entrevistados, as entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas. Os participantes foram identificados com legendas, mantendo-lhes o anonimato.

Na apreciação dos dados, utilizou-se a análise do discurso, seguindo a corrente de pensamento de Pêcheux (2002). Nesse processo, foram realizadas leituras e releituras de todo o material, o que possibilitou a separação em elementos componentes, buscando manter a relação entre estes. Seguiram-se

o estudo das palavras do texto, a análise da construção das frases e, por fim, a análise que considerou a produção social do texto como constitutiva de seu próprio sentido. Verificaram-se os sentidos relacionados ao discurso e seus efeitos. Emergiram as primeiras categorias, que, posteriormente, foram agrupadas em categorias mais abrangentes, com o aprofundamento da leitura e da reflexão acerca das condições de produção dos discursos analisados. As categorias empíricas foram confrontadas com as analíticas, buscando-se as relações entre ambas.

Submeteu-se esta pesquisa à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, tendo sido aprovada segundo parecer substanciado 2963/2011.

## Resultados e discussão

Foram entrevistados 13 médicos especialistas em medicina de MFC. A idade variou entre 31 e 57 anos. Dez entrevistados eram do sexo masculino e três do sexo feminino. O tempo de formação dos entrevistados variou entre 4 e 30 anos, sendo que 9 deles se formaram em instituição de ensino superior pública. Todos os entrevistados eram docentes de curso médico.

A análise dos discursos revelou duas categorias empíricas, com suas respectivas subcategorias.

### Formação profissional e solicitação de exames

Esta categoria mostrou que a prática de solicitação de exames pelos médicos de família tem sido influenciada pela formação profissional.

### Graduação médica

Os entrevistados relataram que o ensino sobre a solicitação de exames complementares no

curso médico tem ocorrido de forma incipiente e fragmentada, o que pode repercutir em sua maneira de lidar com esse recurso diagnóstico, sem reconhecer a importância do seu uso racional, contribuindo para uma indicação inapropriada.

*[...] o assunto sobre pedir exames [...] não é abordado de maneira muito aprofundada na faculdade de medicina, de um modo geral. Então, a gente não entende realmente qual é o valor disso tudo.* (E8).

As deficiências no ensino dessa temática foram observadas nos cenários nacional (BORÉM ET AL., 2013) e internacional (CHORNEY; LEWIS, 2011; BORÉM ET AL., 2013; WILSON, 2010), e podem ser explicadas, em parte, pela ausência de sua obrigatoriedade e de diretrizes para o seu ensino específico, dentro da estrutura curricular, em muitas escolas médicas (WILSON, 2010).

A organização do ensino de forma compartimentalizada, a partir das diferentes especialidades médicas, se confronta com a realidade da atuação médica generalista da APS, o que pode comprometer a prática apropriada de solicitação de exames pelo médico de família, como demonstrado nos depoimentos abaixo:

*Durante a graduação, a gente estudava puramente o aspecto técnico [...] eu lembro de um professor [...] (que falava) [...] se você acha que tem que pedir, pede [...].* (E8).

*[...] a gente é treinado na graduação como especialistas [...] quando a gente vem para a prática generalista, para atenção primária, a gente fica com dificuldade [...].* (E2).

Essa situação possivelmente decorre da influência do modelo flexneriano na educação médica (WILSON, 2010). Deve-se considerar que o relatório flexner, apresentado em 1910, foi uma estratégia utilizada para sistematizar e melhorar a educação médica à época, legitimando a consolidação do modelo

científico na medicina (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Muitos foram os benefícios decorrentes da utilização das suas recomendações, tais como: reorganização e regulamentação do funcionamento das escolas médicas, embasamento na racionalidade científica, padronização do tempo de formação, estrutura curricular mínima, necessidades de laboratórios básicos e utilização de hospitais para a prática profissional (BOELEN, 2002). No entanto, a distorção da utilização do sugerido (ALMEIDA-FILHO, 2010) levou a uma valorização da prática excessivamente tecnicista, passando a serem questionados os aspectos relacionados ao processo de saúde-doença considerando as dimensões biopsicossociais, a compreensão e a utilização adequada do método clínico e os efetivos resultados da prática médica (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Os novos contextos de saúde, tais como a mudança do perfil epidemiológico da população, a necessidade dos conhecimentos interdisciplinares, do trabalho multiprofissional e da saúde coletiva influenciam o desempenho dos profissionais da saúde. Neste sentido, os desenhos curriculares do modelo hegemônico da educação médica precisam ser repensados, de modo que os profissionais em formação desempenhem sua prática profissional considerando as multidimensões das pessoas, da sua realidade e dos cuidados de saúde (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Para que mudanças na formação e no desenvolvimento dos profissionais de saúde se tornassem possíveis, novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de medicina foram propostas, em 2014, recomendando que a formação do médico esteja fundamentada no seguinte tripé: atenção em saúde; gestão em saúde e educação em saúde (BRASIL, 2014).

Dessa forma, o graduando de medicina deve ser formado no sentido de concretizar um desempenho profissional de qualidade, pautado no pensamento crítico, nas melhores evidências científicas, na realidade e na escuta ativa de cada pessoa, família e comunidades, e nas políticas públicas vigentes.

Além disto, deve a tomada de decisões visar racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos e insumos, de modo a produzir a qualidade integral à saúde da população. Neste sentido, preconiza-se que a solicitação de exames seja realizada considerando tais pressupostos (BRASIL, 2014).

Os entrevistados, em sua atuação docente, têm observado que os estudantes de medicina que realizam estágios na ESF têm a oportunidade de conhecer melhor a realidade na qual a população está inserida, e de realizar uma prática de solicitação de exames considerando as questões biopsicossociais e a prevalência das enfermidades na APS. Contudo, a maior inserção do estudante na ESF ocorre ao término do curso, de modo que, durante grande parte da sua formação, sua visão tem sido especializada, focada na doença e na cura desta, descontextualizada das necessidades integrais do paciente, que usualmente não têm objetivado alcançar outros cenários da assistência à saúde. Deste modo, eles reforçam a necessidade de o ensino apropriado dessa temática ocorrer desde o início da graduação, o que está em consonância com o pensamento de autores internacionais (CHORNEY; LEWIS, 2011) e é discordante de alguns educadores médicos (CHORNEY; LEWIS, 2011; WILSON, 2010).

*Esses internos que são do 12º período [...] chegam [...] solicitando muitos exames [...] com o evoluir do internato, a solicitação de exames deles diminui [...]. (E11).*

Há que ponderar que a ampliação das práticas no cenário da ESF, no curso médico, podem não atingir o objetivo supracitado, se as mesmas estiverem pautadas no modelo biomédico, o que ainda é uma realidade no âmbito nacional (MELO; CECÍLIO; ANDREAZZA, 2017).

O docente tem um papel imprescindível para contribuir com o uso apropriado de exames na prática profissional. Para tanto, torna-se urgente a instituição de processos

de sensibilização e capacitação dos professores, especificamente nessa área, de modo que reconheçam que a omissão ou a deficiência no ensino dessa temática pode criar uma importante lacuna no conhecimento e na competência de seus estudantes (WILSON, 2010). Ressalta-se que os próprios profissionais entrevistados, que têm refletido sobre a necessidade de aprimoramento da prática de solicitação de exames e o seu ensino, são professores do curso médico.

Adicionalmente, para a efetivação de tais mudanças na formação profissional, é essencial que órgãos fiscalizadores das escolas de medicina também estejam sensibilizados sobre a necessidade de tais mudanças (WILSON, 2010).

## Capacitação profissional

O processo de capacitação profissional, após a graduação, foi considerado pelos profissionais pesquisados como uma forma de melhorar a insuficiência de aprendizagem quanto à prática apropriada de solicitação de exames. Uma das possibilidades para o aprimoramento da formação médica tem sido a participação em estratégias de aperfeiçoamento profissional, como a residência em MFC (MATOS ET AL., 2014) e as atividades de educação permanente em saúde – processo de formação e aperfeiçoamento constante dos profissionais da saúde (TESSER ET AL., 2011). Neste estudo, verificou-se que, quando há a participação do médico na residência em MFC e nas atividades de educação permanente, ocorre uma maior discussão e reflexão sobre a prática de solicitação de exames, sendo para alguns a primeira oportunidade de sensibilização sobre essa questão, como visto nos relatos a seguir:

*[...] durante a minha residência (em MFC) [...] eu comecei a perceber que a solicitação de exames deve responder a alguns critérios, ela deve ser coerente com algumas situações [...]. (E2).*

*[...] no grupo que eu faço parte (de educação permanente) [...] (discute): Por que se solicita o exame? Quando que se solicita o exame? [...].* (E5).

No cenário internacional, a residência médica também tem contribuído para a melhoria do conhecimento e da prática de solicitação de exames (SISTROM ET AL., 2012).

A participação em atividades de educação permanente em saúde tem sido considerada pelos entrevistados como fundamental para o aprimoramento da prática de solicitação de exames, diante da velocidade das mudanças do conhecimento e da falta de tempo para o médico se capacitar, como também se observa em outro estudo nacional (ASSIS ET AL., 2012). Eles destacam que, pelo fato de ser uma atividade constante, realizada em horário protegido, durante o trabalho e por ocorrer em pequenos grupos de discussão, por meio do compartilhar de experiências, propicia a construção coletiva do conhecimento. Além disso, a reflexão sobre a práxis e a satisfação emocional dos seus participantes tem contribuído para uma aprendizagem significativa, o que possibilita a mudança de comportamento (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2012).

*[...] (com a educação permanente) você está sempre fazendo uma busca do conhecimento [...] o relato do outro faz parte do aprendizado [...] o fato de ser em grupo também estimula, torna mais lúdico [...].* (E11).

Em estudo realizado na APS do estado do Mato Grosso do Sul, a troca de experiências foi uma das ações de educação permanente mais citada pelos entrevistados (MACHADO ET AL., 2015).

Percebe-se a importância de se investir nos processos de capacitação profissional, com destaque para a residência em MFC e para as atividades de educação permanente – ressaltando que as duas se complementam –, para o aprimoramento da solicitação de exames.

## Estratégia Saúde da Família e solicitação de exames

Esta categoria desvelou que as características e o processo de trabalho na ESF têm influenciado o médico de família na sua prática de solicitação de exames.

## Características da ESF

A solicitação de exames pelos médicos dentro do contexto da ESF tem sido direcionada, prioritariamente, a alcançar o objetivo central da APS, de promover a saúde e prevenir doenças, considerando, conjuntamente, as características clínicas, sociodemográficas e culturais dos pacientes, como observado no seguinte discurso: “A gente tem uma rotina de exames de acordo com a idade, a faixa etária, o sexo e a patologia que o paciente apresenta” (E1).

Evidencia-se, aí, uma prática que contempla as discussões de um conceito ampliado de saúde, considerando as suas múltiplas dimensões – biopsicossociais e a necessidade de se promover a saúde, requerida desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde (OPAS, 1978). Mas, em outras regiões brasileiras, esta não tem sido uma preocupação de muitos médicos de família (ASSIS ET AL., 2012).

Os pesquisados ainda ressaltaram que os resultados dos exames solicitados contribuem para o planejamento e para a realização de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, com destaque para as atividades de educação em saúde. O seu uso durante as atividades educativas contribui para que o paciente materialize a situação vivenciada, suscitando a sua maior reflexão, como percebido no depoimento abaixo:

*Você vai ter alteração desse exame [...] vai tentar deter isso através do que [...] educar o paciente e mostrar que, se ele não se cuidar [...] futuramente, pode haver complicações na saúde dele [...].* (E12).

As atividades educativas têm o potencial de propiciar o empoderamento dos sujeitos envolvidos e o estímulo ao exercício da autonomia, o que contribui para menor demanda do paciente por consultas médicas e exames (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2012) e, por conseguinte, para a redução da solicitação desnecessária de exames.

Para os médicos de família pesquisados, o fato de a ESF constituir a porta de entrada do paciente para as questões de saúde, possibilitando o contato facilitado com o mesmo, evita a solicitação de exames sem indicação. Por consequência, há maior eficiência no uso de recursos disponíveis, como percebido no seguinte relato: “[...] a acessibilidade permite pedir menos exames, já que ele vai voltar com mais facilidade [...]”. (E11)

Na realidade norte-americana, o acesso ao médico de família tem contribuído para a solicitação dos exames necessários para o rastreamento de doenças (FERRANTE ET AL., 2010; SISTROM ET AL., 2012).

Os entrevistados relataram que a existência de aporte regular de cuidados à saúde proporcionada pela equipe de saúde da família, assim como o seu uso consistente ao longo do tempo, vêm propiciando um maior conhecimento sobre os pacientes e sobre as suas necessidades. Adiciona-se a isto o controle sobre o seu cuidado, que contribui para identificar a verdadeira necessidade de solicitação de exames, mostrado no seguinte depoimento: “Quando a equipe [...] conhece de longe seu paciente [...] sabe quem, naquele momento, está precisando e quem não está [...]”. (E12).

Estudo realizado na APS da cidade de Nova Jersey, nos Estados Unidos, observou que a continuidade do cuidado ao paciente pelo mesmo médico favoreceu a melhor indicação dos exames (FERRANTE ET AL., 2010).

No cenário nacional, a rotatividade dos profissionais na APS constitui uma realidade que prejudica a longitudinalidade da assistência à saúde. Estratégias voltadas para a estruturação de um plano de carreira no Sistema Único de Saúde (SUS) configuram

possibilidades para evitar essa ocorrência (GONÇALVES ET AL., 2014).

A prestação de um cuidado que atenda às necessidades mais comuns da comunidade, considerando os aspectos biopsicossociais que causam a doença, para os entrevistados, proporciona a indicação apropriada de exames, já que considera as reais necessidades do paciente, como desvelado na fala seguinte: “[...] o paciente, na atenção primária [...] é atendido na sua totalidade, você realmente sabe da real necessidade daquele exame [...]” (E12). O maior conhecimento do profissional sobre o seu paciente tem se relacionado a um número menor de solicitações de exames desnecessários (MENDES, 2012).

Nos discursos anteriores, ficou evidente que a atribuição da ESF, de garantir a continuidade da atenção aos problemas que requerem seguimento constante, de um modo integrado e organizado, deveria evitar a indicação inadequada de exames. No entanto, diante da desarticulação do sistema de referência e contrarreferência, a solicitação de exames muitas vezes ocorre de forma repetida entre os profissionais dos diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Esta situação sobrecarrega o sistema de saúde (MENDES, 2012) e tem sido um desafio vivenciado no cenário nacional (ARENA ET AL., 2014) e internacional (YOU; LEVINSON; LAUPACIS, 2009).

[...] determinado risco do paciente, você tem que encaminhar para o cardiologista [...] (ele) pede lá exames [...] como você não tem uma contrarreferência disso [...] você acaba pedindo de novo [...]. (E12).

A dificuldade da coordenação do cuidado pode estar associada à relação deficiente entre os médicos da ESF e os médicos que atuam nos serviços de saúde referenciados, que muitas vezes não se conhecem, não se comunicam, nunca partilharam atividades clínicas ou educacionais e, ainda, quando realizam trocas de informações, esta ocorre de forma insuficiente. Esta situação tem como pano de fundo a fragmentação do sistema

de atenção à saúde (ARENA ET AL., 2014; MENDES, 2012; YOU; LEVINSON; LAUPACIS, 2009). Desta forma, é urgente que os serviços estejam organizados de forma integrada, por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e trabalhem de forma articulada entre todos os níveis de atenção à saúde envolvidos (ARENA ET AL., 2014). Destaca-se o papel essencial dos recursos humanos na APS, para o desempenho satisfatório no contexto das RAS, gerindo e direcionando os recursos em benefício da comunidade (GONÇALVES ET AL., 2014).

O preceito da assistência à saúde diferenciada para os indivíduos que apresentam necessidades diferentes tem sido contemplado pelos médicos de família durante a sua prática de solicitação de exames, como percebido no discurso: “[...] paciente que já tem o diagnóstico (de uma patologia) é o paciente para o qual os nossos recursos são e devem ser dirigidos” (E9).

O conhecimento do médico sobre o diagnóstico situacional da área de abrangência da sua equipe de atuação, considerando os aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais e epidemiológicos, foi outro aspecto referido pelos participantes. A ciência desse contexto possui influência norteadora na solicitação de exames de forma racionalizada pelos médicos de família, como apreendido no seguinte discurso: “Solicitar com precisão, pensar melhor, é fazer uma reflexão com os dados da sua equipe [...]” (E7).

Percebeu-se, neste estudo, que os médicos de família têm considerado, em sua prática de solicitação de exames, os princípios que norteiam a APS – primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Todavia, ainda há embaraços em relação ao princípio da coordenação, diante das dificuldades de funcionamento do sistema de referência e contrarreferência no sistema de saúde brasileiro (MENDES, 2012).

### Processo de trabalho na ESF

Os médicos pesquisados referiram que a equipe, ao desempenhar um

trabalho multiprofissional, facilita o manejo do cuidado com o paciente, evitando, assim, que a solicitação de exames seja realizada de forma desnecessária. Destaca-se o papel desempenhado pelos agentes comunitários de saúde, que fazem a interlocução de informações entre a equipe e os usuários, visto no depoimento a seguir. O trabalho multiprofissional tem sido considerado um critério de qualidade da APS (MENDES, 2012).

*[...] se você tem dúvida, manda o agente (agente comunitário de saúde) na casa (do paciente) [...] isso vai te dando [...] mais tranquilidade, mais confiança, que você não tem necessidade de extrapolat e ficar pedindo exame [...]. (E10).*

A possibilidade de gerir o tempo de atendimento no trabalho, conforme as necessidades de cada paciente, é um fator apontado pelos pesquisados que contribui para a solicitação apropriada de exames, já que o profissional tem mais tempo para a realização da anamnese e do exame clínico, e o exame diagnóstico passa a figurar realmente como complementar, como mostrado no seguinte discurso: “[...] você tem o tempo que acha que é necessário para cada um [...] acho que a grande diferença (em pedir exames) está nisso” (E10).

Já em outros cenários de assistência médica, a pressão para que os médicos atendam a um número maior de pacientes limita o tempo para a consulta clínica e, por conseguinte, os médicos passam a depender cada vez mais de resultados de exames complementares (WILSON, 2010; MORRISON, 2013).

No entanto, no cotidiano da ESF, também há fatores que podem dificultar a prática apropriada de solicitação de exames. Entre eles, foi destacada a pressão do paciente, como observado nos relatos a seguir. Tal situação está associada à valorização histórica e cultural do paciente relacionada ao exame, decorrente da concepção biomédica que grande parte dos usuários possui (MENDES, 2012), reforçada, em muitas ocasiões, pelo

modelo assistencial e pela mídia (MENDES, 2012). Essa pressão sobre o profissional pesquisado se intensifica quando se considera que o paciente pode avaliar a qualidade de sua consulta pelos exames solicitados.

*[...] o que é pior, mesmo, na solicitação de exames é a pressão da comunidade, com a cultura que já tem, arraigada, de fazer exame, e, ainda, às vezes, tem uma mídia que fala que tem que fazer [...].* (E10).

*[...] se ele (usuário) sair sem exame [...] se sente decepcionado [...].* (E4).

Médicos de família canadenses também têm se deparado com esse fator dificultador em sua prática de solicitação de exames (YOU; LEVINSON; LAUPACIS, 2009).

A forma como os médicos de família lidam com a procura dos pacientes por exames é divergente em alguns depoimentos. Uma parte dos entrevistados considera que atender à demanda do paciente por exames pode constituir uma forma de minimizar as situações desgastantes com esse paciente, favorecidas, principalmente, pela sua facilidade de acesso ao serviço de saúde. Além disso, a solicitação do exame requerido pode produzir um efeito ‘terapêutico’, tranquilizando-o. Já os demais entrevistados reconhecem que o estabelecimento de uma relação médico-paciente de confiança e a postura de segurança transmitida pelo profissional contribuem para diminuir essa pressão do paciente por exames:

*[...] às vezes, você não aguenta, vê que se pedir aquele exame, vai resolver [...].* (E13).

*Muitas vezes, eu peço exames [...] com essa finalidade da terapêutica, de apaziguar o subconsciente do paciente.* (E6).

*[...] (quando) ela (a população) confia no seu trabalho, você consegue desmanchar essa pressão.* (E8).

É importante refletir que, no cenário brasileiro, a atuação dos trabalhadores de saúde ainda está muito voltada para o cuidado fundamentado no instrumental técnico-científico, em exames e medicamentos (MENDES, 2012). Há a necessidade de os profissionais mudarem a sua forma de atuação, centrada no acolhimento e no vínculo com os usuários, para que estes tenham um comportamento diferente em relação à supervalorização do exame.

Há ainda a demanda do paciente por transcrição de exames após consultas particulares com especialistas, que não maneiaram na quantidade, como visto no discurso abaixo. Tal situação gera um dilema para o médico de família, que, por um lado, reconhece as limitações do serviço público no agendamento de consultas com médicos especialistas e, por outro, considera a sobrecarga que tal fato pode gerar para o serviço de saúde. Acrescenta-se a isso o conflito ético e legal de não transcrever os exames indicados pelos seus pares:

*[...] ele (o paciente) dá conta da consulta (particular), mas não dá conta dos exames [...] então, ele vem (para transcrever os exames) [...] nem sempre precisa de tudo aquilo, mas só que, pelo fato de ele ter ido ao especialista, é complicado você contradizer [...].* (E12).

Essa situação demonstra o crescente valor que tem se dado à especialidade no serviço de saúde (SISTROM ET AL., 2012; YOU; LEVINSON; LAUPACIS, 2009) e no imaginário social (MENDES, 2012). Autores internacionais destacam a importância de os médicos equilibrarem o receio ético e legal com os riscos potenciais dos exames complementares indicados de forma desnecessária (SISTROM ET AL., 2012; YOU; LEVINSON; LAUPACIS, 2009).

Os médicos pesquisados reconheceram que a procura excessiva dos pacientes por exames advém do seu desconhecimento sobre as repercussões que o exame desnecessário pode ocasionar para a saúde e para o sistema de saúde, e atribuem a si o papel

de discutir essa temática com os pacientes, como demonstrado na seguinte fala: “[...] essa tarefa de fazer com que o paciente compreenda a questão dos critérios, eu considero uma tarefa médica [...]” (E9). Todavia, pode ser mais fácil para o médico pedir o exame do que explicar para o paciente por que ele não é necessário (YOU; LEVINSON; LAUPACIS, 2009).

Por outro lado, os médicos recebem a pressão do gestor para diminuir a sua solicitação, devido ao número limitado dos exames disponíveis no sistema público de saúde e aos custos decorrentes dessa prática para o serviço. Contudo, os discursos dos entrevistados contrastam em relação a tal influência. Para alguns participantes, na maioria das vezes, a influência da gestão não interfere em sua decisão, já que a solicitação dos exames é de responsabilidade do médico e a garantia de realização dos mesmos é que é função da gestão. Porém, um dos médicos pesquisados referiu ceder à demanda do gestor com interesses políticos, por temer por seu emprego. Esta situação decorre da fragilidade dos vínculos empregatícios existentes na APS, geralmente realizados por contratos sem muitas garantias trabalhistas ou assistenciais e pela instabilidade profissional, devida às influências políticas no processo de demissão e contratação do trabalhador (GONÇALVES ET AL., 2014; MENDES, 2012).

*[...] se o gestor chega para mim e fala: ‘Não é para pedir esse exame’, isso aí é um problema do gestor [...] quando o médico deixa de pedir um exame, que realmente precisa, ele está sendo negligente na conduta dele [...].* (E13).

*[...] (os gestores) te pressionam a pedir um exame [...] e tem que aceitar isso aí, porque, às vezes, você está colocando o seu emprego sob risco.* (E8).

É importante considerar que o desafio de controlar os custos dos serviços médicos, mantendo a qualidade do atendimento, é

uma responsabilidade dos médicos assistentes, dos gestores públicos e dos formuladores de políticas de saúde (SISTROM ET AL., 2012).

Outra dificuldade apontada pelos médicos pesquisados é a indisponibilidade de determinados exames no sistema público de saúde ou, ainda, a demora no agendamento, o que pode comprometer a prática apropriada de solicitação de exames, constituindo riscos para o paciente, como se pode identificar no seguinte relato: “[...] muitas vezes, a gente deixa de pedir exames justamente pela falta de cota [...] (o que) interfere na nossa conduta [...]” (E6).

A disponibilidade de exames nos serviços públicos de saúde não pode estar ancorada em um modelo subsidiado por parâmetros de séries históricas, fundamentado em um sistema de cotas, gerador de ineficiências. Deve advir das diretrizes clínicas, que estabelecem os parâmetros populacionais para cada tipo de exame (MENDES, 2012).

Ressalta-se que as dificuldades enfrentadas pelos médicos de família na sua prática de solicitação de exames podem contribuir para a fragilização da efetividade e da resoluibilidade de atuação da ESF (ASSIS ET AL., 2012).

## Considerações finais

A solicitação de exames complementares pelos médicos que atuam na ESF é influenciada pelo seu processo de formação e pelo contexto da saúde da família. O ensino sobre a solicitação de exames sistematizado, contextualizado e pautado no conceito ampliado de saúde é um dos pilares para mudanças e aprimoramento dessa prática. Investimentos na capacitação profissional, fortalecendo os programas de residência em medicina de família e comunidade, além de ampliarem e garantirem os programas de educação permanente, também são essenciais. Atividades de educação em saúde para a população em geral, que incluam a discussão sobre os exames complementares e as repercussões

do seu uso inapropriado, tornam-se fundamentais para diminuir a demanda da comunidade por exames.

Espera-se que este estudo contribua para a reflexão no âmbito da APS, especialmente da ESF, possibilitando o agir em saúde dos atores envolvidos no processo – gestores, médicos, enfermeiros, usuários e comunidade acadêmica –, considerando a necessidade de se utilizar adequadamente os métodos propedêuticos.

## Colaboradores

MFS Figueiredo e LMA Borém participaram da concepção, da coleta e da análise de dados, e da redação do manuscrito. MRM Vieira participou da coleta, da análise de dados e da redação do manuscrito. MTS Leite e JF Rodrigues Neto participaram da concepção, da orientação, da análise de dados e da revisão final do manuscrito. ■

---

## Referências

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez. 2010.

ARENA, T. R. C. *et al.* Spending with unnecessary complementary tests for hypertension and diabetes in health services. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)*, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 86-93, dez. 2014.

ASSIS, L. N. *et al.* A percepção de médicos participantes sobre programas de educação permanente para médicos de saúde família em um estado da região Sudeste. *RECOM*, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 394-409, set./dez. 2012.

BOELEN, C. A. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. *Bull World Health Organ.*, Genebra, v. 80, n. 7, p. 592-593, 2002.

BORÉM, L. M. A. *et al.* O conhecimento dos médicos da atenção primária à saúde e da urgência sobre os exames de imagem. *Radiol. Bras.*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 341-345, dez. 2013.

BRASIL. *Resolução nº 03, de 20 de junho de 2014.*

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 30 maio 2017.

CHORNEY, E. T.; LEWIS, P. J. Integrating a radiology curriculum into clinical clerkships using case oriented radiology education. *J. Am. Coll. Radiol.*, Nova Iorque, v. 8, n. 1, p. 58-64, jan. 2011.

FERRANTE, J. M. *et al.* Principles of the patient-centered medical home and preventive services delivery. *Ann. Fam. Med.*, Leawood, v. 8, n. 2, p. 108-116, mar./abr. 2010.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 315-329, jun. 2012.

- GONÇALVES, C. R. *et al.* Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, mar. 2014.
- MACHADO, J. F. F. P. *et al.* Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 102-113, mar. 2015.
- MATOS, F. V. *et al.* Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 198-204, jun. 2014.
- MELO, S. M.; CECILIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R. Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros entre trabalhadores e usuários em uma unidade de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 195-207, mar. 2017.
- MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MORRISON, A. Appropriate utilization of advanced diagnostic imaging procedures: CT, MRI, and PET/CT. *Environmental Scan*, Ottawa, n. 39, fev. 2013.  
Disponível em: <[https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/DiagnosticImagingLitScan\\_e.pdf](https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/DiagnosticImagingLitScan_e.pdf)>. Acesso em: 30 maio 2017.
- MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-207, jun. 2015.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 66, n. esp., p. 158-164, set. 2013.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde*. 1978.  
Disponível em: <<http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2013.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008.
- PÊCHEUX, M. *O Discurso: estrutura ou acontecimento*. 3. ed. Campinas: Pontes, 2002.
- SILVÉRIO, J. B. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o caso do Município de Montes Claros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (Org.). *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 195-211.
- SISTROM, C. *et al.* Determinants of Diagnostic Imaging Utilization in Primary Care. *Am. J. Manag. Care*, Old Bridge, v. 18, n. 4, p. 135-144, abr. 2012.
- TESSER, C. D. *et al.* Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, nov. 2011.
- WILSON, M. L. Educating medical students in laboratory medicine. *Am. J. Clin. Pathol.*, Oxford, v. 133, n. 4, p. 525-528, abr. 2010.
- YOU, J. J.; LEVINSON, W.; LAUPACIS, A. Attitudes of Family Physicians, Specialists and Radiologists about the Use of Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging in Ontario. *Healthcare Policy*, Amsterdam, v. 5, n. 1, p. 54-65, ago. 2009.

---

Recebido para publicação em janeiro de 2017

Versão final em julho de 2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig)