

# DEMANDA DE EXAMES COMPLEMENTARES DE MÉDIA COMPLEXIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## DEMAND FOR COMPLEMENTARY MEDIUM-COMPLEXITY TESTS FOR PRIMARY HEALTH CARE

### DEMANDA DE EXÁMENES COMPLEMENTARES DE MEDIA COMPLEJIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Isadora Soto Tonelli<sup>1</sup>  
Francisco Carlos Félix Lana<sup>2</sup>

**Como citar este artigo:** Tonelli IS, Lana FCF. Demanda de exames complementares de média complexidade na atenção primária à saúde. Rev baiana enferm 2017;31(3):e22172.

**Objetivo:** analisar a demanda e a presença de justificativa na solicitação de exames complementares de média complexidade pela Atenção Primária à Saúde. **Método:** estudo descritivo, transversal, realizado em município de pequeno porte do estado de Minas Gerais, Brasil. **Variáveis do estudo:** principais tipos de exame solicitados, natureza do exame, justificativa para solicitação e parâmetros de cobertura. Para análise utilizou-se estatística descritiva e teste de qui-quadrado de *Pearson*. **Resultados:** maior proporção de exames agudos-eletivos em relação aos programáticos, sendo os principais: ultrassonografia (19.64%), mamografia (16,7%) e Radiografia (11,5%). As ultrassonografias ultrapassaram em cinco vezes o parâmetro de cobertura. Não apresentaram justificativa, 54,95% das solicitações. Não houve diferença estatística entre presença de justificativa e tipo de exame. **Conclusão:** há necessidade de se estabelecer diretrizes para a prática clínica desses profissionais. A alta demanda de exames agudo-eletivos em detrimento dos exames programáticos reflete maior ênfase na doença, indicando a persistência do modelo biomédico.

**Descritores:** Atenção primária à saúde. Exames médicos. Atenção secundária à saúde. Tecnologia intermediária.

*Objective: to analyze the demand and the presence of justification in the requests of complementary medium-complexity tests by Primary Health Care. Method: descriptive, cross-sectional study, carried out in a small municipality of the state of Minas Gerais, Brazil. Study variables: main types of tests requested, nature of the tests, justification for request and coverage parameters. Descriptive statistics and Pearson's chi-square test were used for analysis. Results: there was a higher proportion of acute and elective tests compared to programmatic ones. The main tests were ultrasonography (19.64%), mammography (16.7%) and radiography (11.5%). Ultrasonography exceeded the coverage parameter by five times. 54.95% of the requests were not justified. There was no statistical difference between the presence of justification and type of tests. Conclusion: there is a need to establish guidelines for the clinical practice of these professionals. The high demand for acute and elective tests to the detriment of programmatic tests reflects a greater emphasis on the disease, indicating the persistence of the biomedical model.*

*Descriptors: Primary health care. Medical tests. Secondary health care. Intermediate technology.*

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Saúde e Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. isadorasotonelli@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Associado IV do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

*Objetivo: analizar la demanda y la presencia de justificativa en la solicitud de exámenes complementares de media complejidad por la Atención Primaria a la Salud. Método: estudio descriptivo, transversal, realizado en un municipio de pequeño porte del estado de Minas Gerais, Brasil. Variables del estudio: principales tipos de examen solicitados, naturaleza del examen, justificativa para solicitud y parámetros de cobertura. Para análisis se utilizó estadística descriptiva y test de chi-cuadrado de Pearson. Resultados: mayor proporción de exámenes agudos-electivos en relación a los programáticos, siendo los principales: ultrasonografía (19,64%), mamografía (16,7%) y Radiografía (11,5%). Las ultrasonografías ultrapasaron en cinco veces el parámetro de cobertura. No presentaron justificativa, 54,95% de las solicitudes. No hubo diferencia estadística entre presencia de justificativa y tipo de examen. Conclusión: hay una necesidad de establecer directrices para la práctica clínica de esos profesionales. La alta demanda de exámenes agudo-electivos por causa de los exámenes programáticos refleja mayor énfasis en la enfermedad, indicando la persistencia del modelo biomédico.*

*Descriptor: Atención primaria a la salud. Exámenes médicos. Atención secundaria a la salud. Tecnología intermedia.*

## Introdução

Os exames complementares visam trazer informações que vão além dos dados colhidos por meio da anamnese e do exame físico realizado pelo profissional da saúde. Esses são de grande importância, uma vez que são solicitados para oferecer subsídio ou responder à necessidade de alguma investigação clínica, seja ela diagnóstica, prognóstica, para estabelecimento ou mudança de conduta<sup>(1)</sup>.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os exames complementares estão presentes em todos os níveis de atenção à saúde, seja ele primário, secundário ou terciário. A utilização desses exames no SUS reforça a integração entre os diferentes níveis de atenção.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), os exames complementares mais solicitados são os exames laboratoriais, tais como: hemograma, glicemia, parasitológico de fezes, urinocultura, sorologias para HIV e testes rápidos de gravidez<sup>(2)</sup>. Na atenção secundária, estão descritos, no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), como de média complexidade, os exames radiodiagnóstico, exames ultrassonográficos, patologia clínica, dentre outros. No nível terciário, estão os exames de cintilografia, ressonância magnética, tomografia e outros considerados de maior complexidade.

Cabe ressaltar que a maior proporção de exames solicitados está classificada como de média complexidade, alocados na atenção secundária à saúde. Esta situação dá origem a alta

demanda reprimida, constituindo-se como um importante entrave para a efetivação da integralidade no SUS<sup>(3)</sup>. Entretanto, a dificuldade em estabelecer a continuidade do cuidado entre a atenção primária e secundária não está restrita ao Brasil. Estudo realizado na Nova Zelândia relata a preocupação do país em criar políticas que enfatizem a integração de cuidados e a necessidade de maior eficiência e redução de custos<sup>(4)</sup>. Outro estudo, realizado na Noruega, retrata as barreiras encontradas na comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, no que diz respeito à troca de informações e incentivos econômicos<sup>(5)</sup>.

No Brasil, essa alta demanda está relacionada aos diversos desafios identificados na coordenação entre a atenção primária à saúde e outros níveis assistenciais, que se assemelham aos desafios internacionais, tais como: dificuldades em realizar referência e contrarreferência de pacientes; inexistência de sistemas logísticos que resultam em falta de mecanismos de regulação, como marcação de consultas e exames, e pouca comunicação entre os profissionais de saúde de níveis assistenciais distintos, no que diz respeito à conduta e aos registros clínicos dos pacientes<sup>(6)</sup>.

Por outro lado, salienta-se que, apesar da elevada demanda, há uma baixa oferta de exames de média complexidade, o que dificulta a definição do diagnóstico ou da terapêutica a ser adotada. Isso se reflete no maior número de retornos, no aumento do tempo de permanência

do usuário até a resolução do seu caso, e tem como consequência a limitação de acesso a novos usuários<sup>(7)</sup>.

A articulação ineficiente entre os níveis assistenciais aliada aos problemas relacionados à demanda reprimida geram implicações para a garantia de acesso de maior número de usuários ao conjunto de atividades ofertadas<sup>(8)</sup>.

O esforço para evitar a problemática, no que diz respeito aos exames complementares e outros serviços, tem participação importante dos profissionais, pois, à medida que estes não se atêm às indicações clínicas específicas e/ou não realizam cuidadosamente a anamnese e o exame físico, as solicitações de exames complementares tornam-se um nó crítico dentro do sistema de saúde.

A solicitação abusiva de exames complementares dificulta o acesso do usuário, gera acúmulo de exames, retarda os resultados mais urgentes e aumenta o dispêndio financeiro, utilizando recursos que poderiam ser aplicados em outros setores. Pode-se considerar que a maior responsabilidade na dificuldade ao acesso à atenção secundária esteja mais relacionada a esse fato do que à referida articulação ineficiente entre os níveis assistenciais.

A implicação com o objeto de estudo advém da vivência em serviço de saúde de um município de pequeno porte, onde houve a observação de que a grande demanda dos exames de média e alta complexidade na APS pressionava o fluxo de solicitações na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e gerava insatisfação dos usuários. Desta forma, estabeleceu-se como objetivo deste estudo analisar a demanda e a presença de justificativa na solicitação dos exames complementares de média complexidade pela atenção primária à saúde de um município de pequeno porte situado em Minas Gerais.

## Método

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em um município localizado na região Centro-Oeste do estado de Minas Gerais. Em 2015, o

município possuía uma população estimada de 10.609 habitantes, sendo 5.341 (50,34%) do sexo masculino e 5.268 (49,66%) do sexo feminino<sup>(9)</sup>.

A APS do município conta com um centro de saúde e quatro equipes de saúde da família que cobrem toda a área, abrangendo a sua sede e seis distritos. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e seis a oito agentes comunitários de saúde (ACS) que variam de acordo com a população coberta pelas equipes. Além da APS, o município conta com um hospital de pequeno porte.

As variáveis de interesse do estudo são os principais tipos de exame solicitados, justificativa para solicitação, natureza do exame (agudos-eletivos e programáticos) e parâmetros de cobertura de acordo com recomendações do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde<sup>(10-12)</sup>.

Como fontes de dados foram utilizados o Sistema *isaúde*, o Relatório de Exames Complementares de Média e Alta Complexidade da SMS, as fichas do Setor de Agendamento de Consultas e Exames da SMS e o Gerenciador de Informações Locais (GIL), sistema de informação que organiza a informatização da rede ambulatorial básica do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo o monitoramento e o planejamento contínuo das ações no sistema de saúde no Município.

A coleta dos dados foi realizada em quatro etapas. A primeira teve início com a busca de exames complementares de média e alta complexidade no Sistema *isaúde*, desde o ano de implantação (2011) até o ano da vivência em serviço de saúde (2015). O objetivo foi levantar o perfil da demanda e selecionar, para análise, os exames com maior número de solicitações. O total de exames no período foi 8.486.

Na segunda etapa da coleta, realizou-se uma busca específica sobre o quantitativo dos três exames (radiografias, ultrassonografia e mamografia) selecionados na etapa anterior no Relatório de Exames Complementares de Média e Alta Complexidade. Esses dados foram referentes aos exames realizados nos meses de janeiro a outubro de 2014, período disponibilizado pela SMS.

Na terceira etapa, foi identificado o quantitativo de consultas médicas realizadas na APS

no intervalo de tempo de janeiro a outubro de 2014. Esses dados foram extraídos do GIL e utilizados para o cálculo dos Parâmetros de Cobertura Assistencial dos exames selecionados, estabelecidos pela Portaria n. 1101, de 12 de junho de 2002, do Ministério da Saúde (MS), a saber: de 5% a 8% do total de consultas médicas para exames radiodiagnósticos e de 1% a 1,5% para os exames ultrassonográficos<sup>(10)</sup>. Para o cálculo do parâmetro de cobertura de mamografias foi utilizada a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo a qual, para o início de um programa de rastreamento mamográfico de base populacional, pelo menos 70% da população-alvo precisa estar coberta pela mamografia<sup>(11)</sup>.

A quarta etapa foi estruturada para identificar a presença ou não de justificativas nas solicitações de exames. Os dados foram coletados das Fichas de Solicitação de Exames do Setor de Agendamento de Consultas e Exames da SMS, também do período de janeiro a outubro de 2014.

As variáveis de análise do estudo são: desfecho – tipo de exame (exames ultrassonográficos e exames radiográficos) e explicativa – presença de justificativa na solicitação. A mamografia não foi inserida nesta análise, pois é um exame programático cuja ficha de solicitação

é diferenciada, possuindo justificativas já escritas para serem assinaladas e com o preenchimento obrigatório para sua realização. Para análise, foi realizado o teste de qui-quadrado de *Pearson* (nível de significância de 95%); para as demais variáveis foi realizada análise descritiva, adotando-se as medidas usuais de cálculos de frequências simples e relativas. Todas as análises foram realizadas no *software STATA* versão 14.

Este estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes éticas propostas pela Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foram garantidos anonimato e sigilo das informações acessadas nas fontes secundárias. Este trabalho foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município cenário da investigação.

## Resultados

Os dados coletados do Sistema *isaúde*, no período de 2011 a 2015, indicaram que foram solicitados 8.486 exames de média e alta complexidade. Destes, 3.535 estavam com *status* “aguardando” para realização. Da totalidade, observou-se que as ultrassonografias, seguidas pela mamografia e pela radiografia, foram os exames mais solicitados (Tabela 1). Esse resultado apresentou apenas exames de média complexidade, o que exclui a categoria de alta complexidade do estudo.

**Tabela 1** – Frequência absoluta e relativa dos exames de média e alta complexidade mais solicitados no período de 2011-2015, cadastrados do Sistema *isaúde*. Minas Gerais, Brasil – 2015. (N= 8486)

Exame	n	%
Ultrassonografia	2.007	23,7
Mamografia	1.420	16,7
Radiografia	974	11,5
Tomografia	435	5,1
Endoscopia	402	4,7
Ecodoppler	356	4,2
Duplex scan	186	1,9
Ressonância	95	1,1
Outros	2.608	31,21

Fonte: Elaboração própria.

Segundo o Relatório de Exames Complementares de Média e Alta Complexidade da SMS, no período de janeiro a outubro de 2014,

foram realizados 4.517 exames de média e alta complexidade. Os exames ultrassonográficos representaram 19,64% (n=887); os de raio-X,

3,83% (n=173); e as mamografias, 2,01% (n=91). Tendo em vista aprofundar essa informação, procurou-se classificar os exames em agudo-eletivos (ultrassonografia e raio-X) e programáticos (mamografia).

O cálculo da cobertura dos exames agudo-eletivos foi realizado utilizando-se o total de consultas realizadas no período analisado de 2014. De acordo com os cálculos dos Parâmetros de Cobertura Assistencial, deveriam ter sido solicitados de 622 a 996 exames radiodiagnósticos e de 124 a 187 exames ultrassonográficos (Quadro 1). Considerando que os Parâmetros de

Cobertura do MS estabelecem que os exames de raios-X simples e contrastados representariam 94,75% dos exames de radiodiagnósticos, o esperado seria de 590 a 943 solicitações desses exames.

Observa-se que os 173 exames de raio-X simples e contrastados realizados representam aproximadamente um terço do valor recomendado pelo Parâmetro de Cobertura Assistencial, enquanto os 887 exames ultrassonográficos realizados representam um valor aproximadamente cinco vezes maior do que o recomendado.

**Quadro 1** – Estimativa de Cobertura assistencial recomendada dos exames Radiodiagnósticos e Ultrassonográficos segundo total de consultas médicas. Minas Gerais, Brasil – jan-out 2014

<b>Grupo de procedimento</b>	<b>Total de consultas médicas</b>	<b>Estimativa de Cobertura Assistencial</b>
Exames Radiodiagnósticos	12.444	622 a 996 (5 a 8% do total de consultas médicas)
Exames Ultrassonográficos	12.444	124 a 187 (1 a 1,5% do total de consultas médicas)

Fonte: Elaboração própria.

Em relação aos exames programáticos, elegeu-se a mamografia para análise, por ser o segundo exame mais solicitado pelo levantamento feito no Sistema *isaúde*, representando 16,73% das 8.486 solicitações no período de 2011 a 2015.

No período de janeiro a outubro de 2014, de acordo com o Relatório de Exames Complementares de Média e Alta Complexidade da SMS, observou-se a realização de 91 mamografias. Cabe salientar que a fonte desse dado não apresenta a estratificação etária para as mamografias realizadas.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>(11)</sup>, a faixa etária recomendada para a realização do exame é de 50 a 69 anos. O município de pequeno porte em análise contava com 1.021 mulheres nessa faixa etária, no ano de 2014, segundo estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas<sup>(9)</sup>. Entretanto, a cobertura

mínima recomendada pelo MS<sup>(11)</sup> é de 70% da população-alvo. Dessa forma, considerando o número de mulheres nessa faixa etária no município em 2014, deveriam ter sido realizadas no mínimo 714 mamografias ao ano no município.

Entretanto, o MS também orienta que, salvo exceções, o grupo de mulheres indicado deve realizar o exame no intervalo de dois em dois anos, concluindo-se, assim, que a cada ano deveriam ser realizadas, no mínimo, 357 mamografias no município<sup>(11-12)</sup>.

Em relação à variável “Presença de Justificativa”, observa-se, de acordo com a Tabela 2, que os exames de ultrassonografia aparecem com 52,07% de suas solicitações sem justificativa, o que gera um questionamento quanto à necessidade real dos exames solicitados. Mas não foi demonstrada diferença estatística significativa na proporção do tipo de exame pela presença de justificativa.

**Tabela 2** – Presença de justificativa nas fichas de solicitações de exames Radiodiagnósticos e Ultrassonográficos. Minas Gerais, Brasil – jan-out 2014. (N= 202)

Presença de justificativa	Exames				Total		p-valor*
	Ultrassonográficos		Radiodiagnóstico		n	%	
	n	%	n	%			
Sim	58	47,93	33	40,74	91	45,05	0,314
Não	63	52,07	48	59,26	111	54,95	

Fonte: Elaboração própria.

\*Teste qui-quadrado de Pearson.

## Discussão

A inversão nas solicitações de exames agudo-eletivos associada ao alto percentual sem justificativa, e os exames programáticos (mamografia) solicitados em quantidade significativamente menor do que o esperado para o município criam espaço para uma reflexão crítica sobre a prática em saúde.

Estima-se que 60% dos exames de rotina realizados nos pacientes poderiam ser dispensados sem qualquer risco para eles, e as alterações nos exames poderiam ser vistas na avaliação clínica<sup>(12)</sup>. Dessa forma, pode-se inferir que há uma substituição do exame clínico de qualidade e apropriado ao paciente por exames complementares que podem, inclusive, gerar potencial prejuízo a ele. Relacionado à supervalorização do exame complementar está também o próprio medo ou insegurança do profissional que o solicita e o usa como respaldo da sua prática<sup>(13)</sup>.

Essas questões estão relacionadas à construção das práticas de saúde na sociedade atual, na qual prevalecem tecnologias dispendiosas e que nem sempre são imprescindíveis para o diagnóstico e tratamento, mas modulam o comportamento das pessoas que se colocam na posição de necessitados do uso de tais recursos<sup>(14)</sup>.

O exame complementar acaba sendo, em alguns casos, mais uma solicitação do paciente do que profissional. Os exames de raio-X e ultrassom são procurados pelos próprios usuários, ao buscarem tecnologias que possibilitem sua melhora, mesmo não sendo fundamentalmente

necessárias<sup>(14)</sup>. Apesar de simples, os exames de raio-X continuam sendo uma importante ferramenta para o diagnóstico de muitos agravos e, mesmo diante de outras tecnologias mais recentes, continuam apropriados para examinar ossos e tecidos densos, sendo utilizados na detecção de fraturas ósseas, nas radiografias de tórax para doenças do pulmão e na mamografia, para busca de câncer de mama<sup>(15)</sup>.

Cabe ressaltar que o município conta com a presença de um serviço de ultrassonografia e outro de raio-X, diferenciados pela presença de laudo no serviço que oferece exames ultrassonográficos e pela ausência nos de raio-X. Essa diferença pode, então, ser um fator de preferência pelas ultrassonografias na hora da solicitação.

Independente do fator que direcione a escolha profissional, é importante ressaltar que é imprescindível à solicitação, estar acompanhada de uma justificativa plausível. Os resultados mostraram que não há diferença estatisticamente significativa entre a presença de justificativa por tipo de exame. Entretanto, os valores demonstraram que os dois exames, em sua maioria, não apresentavam justificativas, impossibilitando a realização de qualquer tipo de análise a respeito das necessidades clínicas. Este fato pode demonstrar que não são utilizados critérios clínicos ou protocolos para justificar as solicitações. Assim, exames sem necessidade relevante competem com exames que apresentam urgência, saturando o sistema de saúde e dificultando a marcação.

A dificuldade de agendamento de exames aponta também para uma situação mais

complexa: o difícil acesso à atenção secundária, que pode estar associado tanto às características do atendimento quanto às barreiras organizacionais e geográficas. Esse estreito acesso explica o elevado número de pessoas aguardando para serem chamadas, configurando uma espera que, em grande parte, equivale a meses.

O grande desafio a ser enfrentado pelo setor de saúde consiste em romper com a lógica do sofrimento manifesto, da queixa-conduta e da fragmentação das intervenções terapêuticas, passando a trabalhar sob uma ótica integral, isto é, (re)pensando as práticas em saúde com base na leitura ampliada da realidade de vida dos indivíduos, garantindo que as intervenções se deem em consonância com as singularidades de cada um deles<sup>(16)</sup>. Acompanhando essa mudança de ótica, a estratégia de reorientação do modelo de saúde com base na atenção primária precisa avançar, tendo ainda um caminho a percorrer para garantir a maior acessibilidade da população e maior qualificação da atenção à saúde<sup>(17)</sup>.

A qualificação dos serviços de saúde torna-se ainda mais importante quando se analisa a elevada incidência de doenças graves e que podem ser prevenidas ou ao menos identificadas precocemente pela atenção primária, como é o caso do câncer de mama. Esse é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres no Brasil – excluindo-se o câncer de pele não melanoma<sup>(12)</sup> –, que representam 51,03% da população brasileira. Portanto, a realização de ações que visem o controle do câncer da mama e do colo de útero e proporcionem o cuidado integral, aliado às ações de detecção precoce que garantam o acesso aos procedimentos terapêuticos em tempo oportuno, são de extrema importância e responsabilidade dos gestores e profissionais de saúde.

Como o meio de rastreamento do câncer de mama mais utilizado no Brasil, a mamografia é um exame radiológico para avaliação das mamas com o objetivo de identificar lesões benignas e cânceres que geralmente se apresentam como nódulos ou calcificações. O exame permite a descoberta da doença em seu estágio inicial, possibilitando prognósticos mais favoráveis e até 100% de chance de cura. Sua solicitação na APS

deve ser realizada pelo profissional da unidade, durante a consulta ou em estratégias de busca ativa de mulheres<sup>(11)</sup>.

O resultado deste estudo apontou a realização de 91 mamografias no município, no ano de 2014, o que representa 25,49% do ideal de 357 exames baseado na cobertura proposto pelo MS. O valor chama mais atenção quando se observa que a estimativa de 357 mamografias é baseada apenas nas mulheres de 50 a 69 anos, grupo que apresenta a recomendação favorável para o rastreamento desse exame programático, não considerando os casos de alto risco que necessitem desse exame fora da faixa etária recomendada ou com intervalo menor que dois anos. Além da faixa etária e periodicidade, resultados de ensaios clínicos randomizados sugerem que, quando a mamografia é ofertada às mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos, com cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama de 15% a 23%<sup>(11)</sup>.

Compreendendo o recorte feito para chegar à cobertura mínima, torna-se ainda mais crítica a quantidade de 91 mamografias realizadas no município. Tendo em vista que essas não apresentam a distinção de idade, figura um número que engloba todas as faixas etárias do município.

Mesmo sabendo que muitos fatores podem influenciar na quantidade de mamografias realizadas, o que chama a atenção é o fato de os exames agudo-eletivos, como discutido anteriormente, estarem acima do proposto, enquanto a mamografia, exame que faz parte de um programa nacional e que visa o rastreamento da doença, está abaixo da cobertura estabelecida pela OMS.

As diferenças entre as solicitações são reflexo do modelo assistencial ainda vigente dentro do serviço de saúde. Modelo médico-assistencial hegemônico, no qual o tratamento de doenças e pesquisas diagnósticas, como os exames, têm mais importância no serviço do que as ações de rastreamento, prevenção de doenças e promoção de saúde.

Os resultados apresentados no estudo caminham no sentido contrário ao que é proposto

pelo Programa de Saúde da Família (PSF), que foi formulado como uma estratégia para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil na busca de provocar reflexões e mudanças nos padrões de pensamento e no comportamento dos profissionais nas instituições e nos cidadãos brasileiros<sup>(18)</sup>. Entretanto, o que se observa é que a lógica assistencial que permeou o passado do cuidado em saúde por muito tempo ainda cerca a assistência na APS, mesmo com a mudança do modelo assistencial que teve início na década de 90 junto ao PSF. Dessa forma, o foco mantém-se no indivíduo indiferenciado, com predominações intervenções na parte afetada ou “não funcionante do corpo-máquina”. A ênfase permanece nas ações curativas e no tratamento das doenças, lesões e danos, na medicalização e na atenção hospitalar com uso intensivo de aparato tecnológico do tipo material<sup>(19)</sup>.

Esse modelo de medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos é designado modelo biomédico ou modelo flexneriano. Modelo frequentemente associado ao relatório Flexner (1910) que fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos Estados Unidos da América e no Canadá e até hoje tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde<sup>(19)</sup>.

Os avanços tecnológicos significativos muitas vezes colaboram para que o ensino baseado no modelo assistencial curativo-individual se sobressaia. Então, faz-se necessária a produção de conhecimentos voltados para a consolidação da integralidade no espaço da atenção, mediante o fortalecimento de vínculos propiciados pelas tecnologias leves. Esses conhecimentos devem adentrar ao máximo no espaço da formação em saúde, libertando definitivamente as academias das amarras de um velho, mas ainda vivo, relatório Flexner<sup>(16)</sup>. Sendo assim, mudanças curriculares na formação dos profissionais de saúde serão necessárias para a transformação desse antigo modelo de atenção em uma proposta de produção de cuidados, acolhimento e humanização, questões centrais no processo de reorientação do trabalho em saúde.

Atuar segundo o princípio da integralidade na atenção primária amplia as interfaces a gerir e coloca novas dificuldades e desafios no plano das competências profissionais. Logo, a busca de um modelo assistencial que esteja orientado para a integralidade e as necessidades ampliadas de saúde, em sintonia com os princípios do SUS e que supere os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma da biomedicina, constitui um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro na atualidade<sup>(20)</sup>.

## Conclusão

A demanda reprimida de exames complementares de média complexidade está relacionada a fatores que vão desde a estrutura da assistência dividida em níveis de atenção à saúde até a aspectos culturais e profissionais que permeiam a sua solicitação.

Os resultados do estudo permitem afirmar que há uma inversão quanto às solicitações de exames agudo-eletivos. A demanda de ultrasonografias apresenta-se maior que o padronizado para os serviços, sobrecarregando toda a rede, gerando meses de espera para a sua realização e a angústia do paciente que aguarda pelo resultado, além de acarretar prejuízos para o próprio sistema de saúde. Dessa forma a integralidade da assistência fica comprometida, perde-se em qualidade e resolutividade para o usuário, que é o maior prejudicado nessa circunstância. Enquanto isso, os exames radiodiagnósticos estão aquém do que é padronizado, podendo indicar uma desvalorização de um exame mais simples e que, em alguns casos, pode ser resolutivo.

Aponta-se, portanto, a necessidade de se estabelecer diretrizes para a prática clínica dos profissionais da APS no que se refere à solicitação dos exames de média e alta complexidade, para uma padronização e melhor organização do serviço de saúde e de toda a rede regionalizada de saúde, pois os prejuízos causados pelas solicitações de exames inadequadas afetam não só o paciente, mas todo o sistema, repercutindo dentro dos consultórios.

A alta demanda de exames agudo-eletivos, em detrimento dos exames programáticos, e a ausência de justificativa da solicitação representam o paradoxo do investimento na “doença”, mas não na saúde da população. Dessa forma, são solicitados mais exames que buscam o diagnóstico e o tratamento do que aqueles que visam a prevenção e a promoção da saúde.

Os resultados revelam a permanência do modelo hegemônico de assistência à saúde, dependente de tecnologias duras, em detrimento do modelo de vigilância a saúde – uma “nova” forma de atuação que vem sendo discutida desde a década de 90. Aponta-se, portanto, a necessidade de investir em uma formação profissional que valorize cada vez mais o modelo de atenção proposto pela ESF.

Ainda há muito que avançar no que diz respeito à Estratégia Saúde da Família, à APS e à sua relação com os demais níveis de atenção. Este estudo mostra apenas alguns pontos que visam à melhora gradual deste que é um sistema de saúde para todos e para a integralidade de cada um.

### Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Isadora Tonelli e Francisco Carlos Félix Lana;
2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Isadora Tonelli e Francisco Carlos Félix Lana;
3. aprovação final da versão a ser publicada: Isadora Tonelli e Francisco Carlos Félix Lana.

### Referências

1. Capilheira M. Prevalência e fatores associados à consulta médica e solicitação de exames complementares: um estudo de base populacional [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de apoio aos gestores do SUS: organização da rede de laboratórios clínicos [Internet]. 2a reimpr. Brasília; 2003 [cited 2015 May 10]. Available

from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/manual\\_apoio\\_gestores.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/manual_apoio_gestores.pdf)

3. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 6];21(spec):[8 telas]. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf)
4. Lovelock K, Martin G, Gauld R, MacRae J. Better, Sooner, More Convenient? The reality of pursuing greater integration between primary and secondary healthcare providers in New Zealand. SAGE Open Med [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 19];5:(1-9). Available from: <http://journals.sagepub.com.ez27.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1177/2050312117701052>
5. La Rocca A, Hoholm T. Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives. BMC Health Serv Res [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 19];17:149. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com.ez27.periodicos.capes.gov.br/articles/10.1186/s12913-017-2096-4>
6. Dias MP, Giovanella L. Prontuário eletrônico: uma estratégia de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. Rev Eletr Com Inf Inov Saúde [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 17];7(suppl 2). Available from: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/receis/article/view/518/pdf-763>
7. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2014 [cited 2016 Apr 6];19(4):1283-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01283.pdf>
8. Amorim ACCLA, Assis MMA, Santos AM, Jorge MSB, Servo MLS. Práticas da Equipe de Saúde da Família: orientadoras do acesso aos serviços de saúde? Texto Contexto Enferm [Internet]. 2014 out-dez [cited 2016 Apr 6];23(4):1077-86. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt\\_0104-0707-tce-23-04-01077.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01077.pdf)
9. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Estimativas população: município, sexo e idade 2000-2015 RIPS IBGE. Brasília; 2015 [cited 2017 May 2]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?novapop/cnv/popbr.def>

10. Brasil. Portaria n. 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília; 2002 [cited 2015 Oct 19]. Available from: <http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/PN%20PORTARIAS%202009/nvos%20pdfs%202009/PT%20GM%201101%2012.06.2002.pdf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2a ed. Brasília; 2013.
12. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro; 2015 [cited 2016 Mar 28]. Available from: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro\\_deteccao\\_precoce\\_final.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf)
13. Santos Jr JCM. Avaliação médica: o consumo na medicina e a mercantilização da saúde. *Rev bras Coloproct* [Internet] 2006 [cited 2016 Oct 17];26(1):70-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v26n1/v26n1a11.pdf>
14. Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2015 Oct 21];45(1):19-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/03.pdf>
15. Karg J. Entendendo a radiação médica. *Radiografia (Raios-X Simples)*. 2012 [cited 2015 Oct 30];1-2. Available from: <http://www.medicalradiation.com/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/radiografia-raios-x-simples.pdf>
16. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araujo DP, Guimaraes J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc saúde colet* [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 19];17(2):555-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a28v17n2.pdf>
17. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc saúde colet* [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 1];17(11):2903-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a06.pdf>
18. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciênc saúde colet* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jul 17];17(1):223-30. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020622023>
19. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc saúde colet* [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 1];20(6):1869-78. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>
20. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc saúde colet* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 18];18(11):3203-12. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n11/11.pdf>

Recebido: 4 de maio de 2017

Aprovado: 2 de agosto de 2017

Publicado: 3 de outubro de 2017