



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Rodolfo Cesar Azevedo Palma

A prevenção quaternária na área de abrangência da
Unidade Básica de Saúde Jardim Nobre em Rolândia,
PR

Florianópolis, Março de 2018

Rodolfo Cesar Azevedo Palma

A prevenção quaternária na área de abrangência da Unidade Básica
de Saúde Jardim Nobre em Rolândia, PR

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

Orientador: Melisse Eich
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Rodolfo Cesar Azevedo Palma

A prevenção quaternária na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Jardim Nobre em Rolândia, PR

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

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Melisse Eich
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: A área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Jardim Nobre, em Rolândia no estado do Paraná, possui uma região de bairros novos próximos ao parque industrial, sendo que a unidade de saúde foi inaugurada há apenas quatro anos com uma população constituída principalmente de trabalhadores dessas empresas, pertencentes a classes sociais C e D, não havendo regiões de pobreza extrema. A equipe que trabalha na unidade básica de saúde acompanha mais de sete mil pessoas, porém está com aproximadamente 700 famílias cadastradas. Embora haja ficha de aprazamento de alguns pacientes, o acompanhamento laboratorial dos pacientes crônicos não tem um planejamento e gerenciamento claro, que descreva o fluxo de funcionamento e acompanhamento de cada paciente. Diante disso, é possível identificar a necessidade de um trabalho de organização desse problema, pois o mesmo ocasiona custos desnecessários para o Sistema Único de Saúde, bem como há a possibilidade da oferta da assistência ao paciente da área de abrangência permanecer inadequada. **Objetivo:** Aprimorar a qualidade do cuidado através da prevenção quaternária ao planejar o acompanhamento laboratorial dos pacientes crônicos e as solicitações de exames complementares. **Metodologia:** Um protocolo baseado nas principais diretrizes de saúde será elaborado para orientar o médico na solicitação dos exames para cada paciente. Além disso, será construída uma planilha para ser colocada em cada prontuário indicando data e resultados dos exames já realizados e a programação para a solicitação dos próximos exames. **Resultados esperados:** Na busca de um planejamento do acompanhamento laboratorial dos pacientes crônicos juntamente com as solicitações de exames complementares na área de abrangência da unidade básica de saúde espera-se evitar a medicalização através da prevenção quaternária. Assim, almeja-se diminuir o número de exames de rastreio em pacientes saudáveis, realizando um atendimento baseado em evidências e protocolos pré-estabelecidos.

Palavras-chave: Doença Crônica, Investigação Laboratorial, Medicina de Família e Comunidade, Prevenção Quaternária, Programas de Rastreamento

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

A área de abrangência da unidade básica de saúde (UBS) Jardim Nobre, em Rolândia no estado do Paraná, possui uma região de bairros novos próximos ao parque industrial, sendo que a unidade de saúde foi inaugurada há apenas quatro anos com uma população constituída principalmente de trabalhadores dessas empresas, pertencentes a classes sociais C e D, não havendo regiões de pobreza extrema.

A unidade básica de saúde acompanha mais de sete mil pessoas, porém está com aproximadamente 700 famílias cadastradas. É importante destacar que há novos bairros vizinhos sem cobertura e os moradores estão sendo atendidos na UBS.

As principais causas de procura espontânea são as causas osteomusculares, comuns da idade produtiva, infecções de vias aéreas superiores e gastrointestinais. A hipertensão e diabetes *mellitus* são as principais causas de acompanhamento, suas complicações são os agravos mais comuns que levam a internação, juntamente com causas infecciosas.

Embora haja ficha de aprazamento de alguns pacientes, o acompanhamento laboratorial dos pacientes crônicos não tem um planejamento e gerenciamento claro, que descreva o fluxo de funcionamento e acompanhamento de cada paciente. Diante disso, é possível identificar a necessidade de um trabalho de organização lógica desse problema, pois o mesmo ocasiona custos desnecessários para o Sistema Único de Saúde, bem como há a possibilidade da oferta da assistência ao paciente da área de abrangência permanecer inadequada.

Não há dúvida de que esse projeto de intervenção ampliará a minha capacitação para a efetivação dos protocolos de doenças crônicas e de prevenção quaternária. Entretanto, o maior benefício será direcionado a população da área de abrangência da unidade básica de saúde, que poderá usufruir de um atendimento adequado à saúde através de uma organização de exames laboratoriais de rotina, buscando o aprimoramento do acompanhamento e reduzindo os custos desnecessários.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Aprimorar a qualidade do cuidado através da prevenção quaternária ao planejar o acompanhamento laboratorial dos pacientes crônicos e as solicitações de exames complementares.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os pacientes com doenças crônicas cadastrados na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Jardim Nobre;
- Caracterizar a distribuição dos exames laboratoriais e as solicitações de exames complementares requeridas para os pacientes crônicos;
- Verificar alternativas justificáveis nas situações crônicas em que intervenções biomédicas significam riscos adicionais com poucos benefícios aos pacientes crônicos.

3 Revisão da Literatura

A prevenção quaternária (P4) foi definida de forma direta e simples como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (WONCA, 1973).

Sem dúvida, um dos fundamentos da medicina o *primum non nocere* (“primeiro não prejudicar”), precisa estar em destaque para os profissionais refletirem sobre o conceito da P4 diante de qualquer opção preventiva ou curativa, a invenção de doenças, o uso irracional de antibióticos, entre outros. Portanto, há a necessidade de os profissionais se apropriarem e terem uma leitura reflexiva das melhores evidências científicas, se valerem de uma medicina protetora e promoverem um atendimento centrado no indivíduo (UFSC, 2016).

A amplitude e as exigências éticas, filosóficas e técnicas da sua incorporação à prática médica desdobram-se em vários aspectos e exigem o domínio de uma série de técnicas, no geral pouco conhecidas e manejadas pelos próprios médicos. Se por um lado a prevenção quaternária se propõe a cuidar das pessoas longitudinalmente, por outro lado os médicos de família e comunidade buscam resgatar e desenvolver a antiga medicina geral, ou clínica generalista, que permite ao mesmo profissional a experiência de cuidar de um conjunto de pessoas com diversos tipos de problemas de saúde, ao longo de grande tempo (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2006).

A conceituação de prevenção quaternária foi proposta no contexto clássico dos três níveis de prevenção de Leavel & Clark, que classificava a prevenção em primária, secundária e terciária (LEAVELL; CLARK, 1976).

Por sua vez, Jamouille propôs a prevenção quaternária como um quarto e último tipo de prevenção, não relacionada ao risco de doenças e sim ao risco de adoecimento iatrogênico, ao excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico e a medicalização desnecessária (NORMAN; TESSER, 2009).

Vários são os exemplos de situações em que a balança entre benefícios e prejuízos pode se desequilibrar para o segundo lado: excesso de programas de rastreamento, muitos deles não validados; medicalização de fatores de risco; solicitação de exames complementares em demasia; excessos de diagnósticos, com rotulagem de quadros inexplicáveis ou não enquadráveis na nosografia biomédica, criando-se os pseudo diagnósticos tais como, síndrome de fadiga crônica, fibromialgia, cefaléias inespecíficas e dor torácica não cardíaca, dentre outros, de que o mais amplo exemplo é o conceito de MUPS (Medically Unexplained Physical Symptoms) ou sintomas físicos não explicados pela medicina, que são situações em que existem sintomas físicos e sem causa orgânica definida (MELO; SOUSA, 2011).

É importante destacar que a palavra é a maior ferramenta da prevenção quaternária, ao

evitar expressões populares ou técnicas com potencial de estigmatização e medicalização. É comum no momento do diagnóstico se restringir a uma conversão terminológica dos sintomas para jargão técnico, tais como “dor nas costas” transforma-se em lombalgia, “dor de cabeça” em cefaleia, “dor nas juntas” em artralgia, entre outros. Todavia, ao se comunicar é preferível a utilização de termos menos técnicos, pois dizer que a pressão está um pouco alta e merece atenção é preferível, sendo diverso de usar a palavra “hipertensão” ou “hipertenso”, que implica em um diagnóstico de “doença” crônica, incurável, associada a uso de medicação, restrições dietéticas e controles laboratoriais vitalícios (NORMAN; TESSER, 2015).

Além disso, a doença precisa constituir um problema de saúde importante, a sua história natural necessita ser bem conhecida da latência à fase clínica, deve ter uma fase pré-sintomática relativamente prolongada, deve existir infraestrutura para diagnose e tratamento, deve ser aplicado de forma aceitável para a população e em termos de validade, de morbidade, de riscos e de custos e para os resultados positivos devem ser assegurados métodos de confirmação diagnóstica aceitável que definam precisamente quem receberá tratamento. Deve existir um tratamento acessível e aceitável em termos de efetividade, riscos e custos.

Pode-se dizer que a prevenção quaternária permite refletir sobre as práticas com ampla perspectiva a partir dos diferentes níveis de complexidade. Assim, pode ser aplicada de modo diverso e amplo como, por exemplo: refletir sobre a forma de pensar a organização dos serviços de saúde, o modo de encarar a comunicação com as pessoas, o enfoque das perguntas de pesquisa, o balanço risco benefício dos crivados, o efeito do sobrediagnóstico e o sobretratamento, as consequências dos tratamentos desnecessários, o conflito de interesses. Os excessos nos cuidados e o esgotamento de recursos que produzem, admitem uma análise partindo da ética, já que podem provocar a existência de pessoas com cuidados insuficientes ou população com dificuldades para aceder à atenção adequada (PIZZANELLI et al., 2016).

De acordo com Norman e Tesser (2015) o modelo aprimorado de Calgary-Cambridge, diferente do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), explicitamente integra dois pontos importantes: conteúdo (método clínico tradicional) e processo (habilidade de comunicação efetiva). Além do mais, o formato apresentado está configurado de forma operacional, isto é, para uma consulta com duração de 10 minutos, tempo padrão de consulta dos médicos de família no Reino Unido.

Junta-se a isso que dois eixos norteiam o método de Calgary-Cambridge, sendo que o primeiro se refere à coleta de dados e o segundo ao manejo clínico.

Coleta de dados: o paciente é encorajado a falar sobre o problema ou queixa principal, bem como o contexto em que este ocorre, ou seja, os componentes biopsicossociais e/ou biográficos. No final desta primeira etapa - geralmente quando o paciente já expressou suas preocupações, ideias e expectativas - é que o médico faz algumas perguntas fechadas,

explorando sinais de alerta (Red Flags), bem como o exame físico direcionado, para fechar a fase de coleta de dados ou informações acerca do problema (etapas Subjetivo e Objetivo do acróstico SOAP).

Manejo clínico: a seguir, o médico deve compartilhar a sua impressão sobre o problema, para que juntos possam elaborar um plano terapêutico. Nessa segunda fase é que as informações colhidas na primeira etapa, referentes aos aspectos psicossociais e ocupacionais, ajudarão a contextualizar e individualizar o plano terapêutico (etapas Avaliação e Plano do acróstico SOAP) (NORMAN; TESSER, 2015, p. 3).

Entretanto, o método sugere primeiro finalizar a primeira etapa para depois mover-se para a segunda (da mesma forma que se recomenda, em geral, respeitar a sequência do SOAP em cada atendimento clínico).

Os médicos, em geral, tendem a solicitar mais exames complementares do que o necessário, ação que tem sérios e previsíveis efeitos colaterais. Como isso ocorre há muito tempo, hoje é multiplicado pela pressão dos próprios pacientes. As características técnicas dos testes diagnósticos realizados na população ou nos pacientes individuais necessitam ser levados em conta, como especificidade e sensibilidade. Além disso, abusos comuns dos médicos quanto à solicitação de exames complementares derivam de uma distorção de seu raciocínio clínico.

Em decorrência disso, na medida em que há uma comum desproporção de explicativa entre os eixos, com predomínio dos eixos semiológico e fisiopatológico, em quadros indiferenciados, mais se necessita de uma abordagem dinâmica e maior deve ser o cuidado para não causar danos aos pacientes, por meio de rotulação e/ou do uso desnecessário de exames e medicamentos. Assim, quanto mais inespecíficos ou pouco enquadráveis forem os sinais e sintomas e/ou quanto mais funcionais e/ou fisiológicas as possibilidades de interpretação, maior o espaço para e maior a necessidade de uma abordagem dinâmica e artesanal, que singularize mais e medicalize menos as queixas trazidas pelos pacientes (NORMAN; TESSER, 2015).

Por sua vez, padronizar e sistematizar a solicitação de exames de rastreamento e rotina pode prevenir a exposição do paciente a intervenções desnecessárias, com suporte e segurança ao médico no processo de tomada de conduta, bem como diminuir os custos para o sistema de saúde.

4 Metodologia

O plano de intervenção será direcionado à população em geral adscrita pela estratégia de saúde da família no distrito de Rolândia na Unidade Básica de Saúde Jardim Nobre, buscando o estabelecimento de uma rotina padronizada quanto a solicitação de exames laboratoriais de acordo com a faixa etária e as comorbidades de cada paciente.

A princípio, será elaborado um protocolo baseado nas principais diretrizes de saúde, a fim de orientar o médico na solicitação dos exames para cada paciente. Para facilitar o acompanhamento será elaborada uma planilha para ser colocada em cada prontuário indicando data e resultados dos exames já realizados e a programação para a solicitação dos próximos exames.

A construção da planilha será pactuada com a equipe de saúde da família, sendo que deve ser anexada ao prontuário pela agente comunitária de saúde (ACS) de acordo com a sua microárea de abrangência e pelo médico conforme os atendimentos já agendados. O preenchimento da mesma ocorrerá durante os atendimentos e eventualmente nos grupos do Hiperdia.

Entretanto, todos os exames dos pacientes em um período de seis meses serão catalogados, devido ao elevado número de pacientes acompanhados pela ESF, buscando mantê-los na rotina dos atendimentos mesmo após o término deste plano de intervenção.

Assim, as seguintes informações serão elencadas na ficha de acompanhamento.

NOME: ID: ENDEREÇO: PAS/PAD: ALTURA: CIRC. ABD. PESO: IMC: () HAS () DM-1 () DM-2 FATORES DE RISCO () ANTECEDENTES FAMILIARES DE HA/DM () SEDENTARISMO () TABAGISMO ATUAL () EX-FUMANTE PRESENÇA DE COMPLICAÇÕES MEDICAÇÕES EM USO: IAM S/N PÉ DIABÉTICO S/N 1- AVC S/N AMPUTAÇÃO S/N 2- ANGINA S/N RETINOPATIA S/N 3- ICC S/N CEGUEIRA S/N 4- DRC S/N 5- INSULINA DOSE DIÁRIA (UI/d) () NPH () REGULAR () ANÁLOGAS.

OBS: EXAMES HbA1c Glicemia de jejum Colest. t LDL HDL Triglic. Creatinina Ac. úrico Potássio Proteinúria EAS Sangue oculto nas fezes Hb Ht Avaliação laboratorial para Hipertensos - Análise de urina Tipo 1, dosagens de potássio, creatinina, glicemia de jejum, colesterol total, HDL - colesterol, ácido úrico e triglicérides, sendo que os exames devem ser realizados uma vez ao ano e os exames alterados devem ser monitorados a cada seis meses.

Avaliação laboratorial para diabéticos - Glicemia de Jejum. Este exame será solicitado pelo seu médico pelo menos de 3/3 ou 4/4 ou até de 6/6 meses por ocasião das consultas e de como se apresentar o quadro da doença. - Hemoglobina Glicosilada. Mede a média de glicose sanguínea em três meses, tornando-se um marcador do controle da glicemia e um preditor das complicações da doença microvascular. - Microalbuminúria. Bom preditor

de doença renal progressiva em pacientes com nefropatia diabética. Marcador precoce de morbimortalidade cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial essencial.

Quando é diagnosticado o diabetes tipo 2 (diabete de adulto ou diabetes não insulino-dependente) e então uma vez ao ano. Cinco anos após o diagnóstico do diabetes tipo 1 (diabete juvenil ou diabetes insulino-dependente) e então uma vez ao ano.

Avaliação laboratorial para população em geral. Pesquisa de sangue oculto nas fezes. Deve ser solicitado a cada 5 anos para população em geral acima de 40 anos - PSA Anualmente para homens acima de 50 anos, raça negra e parentes de primeiro grau com história de câncer de próstata acima de 45 anos. Exames gerais (Hb, Ht, TSH, T4 livre, colesterol total e frações, glicemia de jejum). Devem ser solicitados para a população em geral de acordo com os sintomas clínicos referidos, história familiar para HAS, DM-2, obesidade e dislipidemia.

5 Resultados Esperados

Na busca de um planejamento do acompanhamento laboratorial dos pacientes crônicos juntamente com as solicitações de exames complementares na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Nobre espera-se evitar a medicalização através da prevenção quaternária. Dessa forma, três ferramentas importantes no cuidado de situações clínicas serão consideradas, a abordagem centrada na pessoa, medicina baseada em evidências e o cuidado na atenção primária à saúde com longitudinalidade.

A primeira ferramenta diz respeito ao fato de que existe um sujeito que vive o drama da existência, com seu saber próprio e suas incertezas, medos, angústias, uma bagagem cultural marcada pela vida. Nessa perspectiva, é preciso considerar os aspectos sociais, habitação, saneamento básico, escolaridade para o diagnóstico de doenças, colocando a ciência a serviço do ser humano. Assim, mais do que fechar diagnósticos, há de se ouvir as queixas e refletir conjuntamente sobre as possibilidades diagnósticas, terapêuticas e prognósticas. A construção de um plano terapêutico deve ser compartilhada a fim que se possa caminhar junto com o paciente no processo do cuidar.

A segunda ferramenta é a medicina baseada em evidências com a utilização de conhecimentos da biomedicina que tenham o melhor grau de comprovação de sua eficácia pela ciência, aliados ao contexto e anseios do paciente. Ou seja, o consciencioso uso da melhor evidência atual para tomar uma decisão sobre o cuidado de um paciente individual. O que mais interessa é saber se a intervenção trouxe real benefício ao paciente com alívio do sofrimento, redução da morbidade e a mortalidade, bem como diminuição dos custos econômicos para o paciente.

A terceira ferramenta é o fortalecimento da atenção primária à saúde com longitudinalidade, através do exercício do conceito de *watchful waiting* (observação assistida), ou demora permitida, particularmente importante para os médicos de família e comunidade e para a Estratégia Saúde da Família. Ainda, é importante destacar que o mecanismo de adscrição territorial dos usuários às equipes de saúde da família contribui na composição da longitudinalidade.

Por sua vez, ao aplicar as ferramentas em um trabalho com toda a equipe de saúde da família busca-se assistir em tempo oportuno os pacientes crônicos com acompanhamento periódico, evitando que recebam atendimento apenas quando as patologias de base estão descompensadas, contudo tendo o cuidado de não iniciar uma cascata de exames desnecessários, enfrentando à pressão da indústria farmacêutica e muitas vezes dos próprios pacientes.

Assim, é preciso evitar o uso exagerado de exames de rastreio em pacientes saudáveis, realizando um atendimento baseado em evidências e protocolos pré-estabelecidos. Portanto, além de oferecer o melhor cuidado à população espera-se reduzir os custos

econômicos para o Sistema Único de Saúde.

Referências

- GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. Atención primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Rev. bras. epidemiol.*, v. 9, n. 3, p. 384–400, 2006. Citado na página 13.
- LEAVELL, H.; CLARK, G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGrawHill do Brasil, 1976. Citado na página 13.
- MELO, M.; SOUSA, J. C. de. Os indicadores de desempenho contratualizados com as usf: Um ponto da situação no actual momento da reforma. *Rev Port Clin Geral*, v. 27, p. 28–34, 2011. Citado na página 13.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do sistema Único de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 9, p. 2012–2020, 2009. Citado na página 13.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1–10, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- PIZZANELLI, M. et al. Prevenção quaternária: Ética médica, avaliação e eficiência nos sistemas de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 11, n. 2, p. 75–85, 2016. Citado na página 14.
- UFSC, D. de S. P. *Prevenção Quaternária*. 2016. Disponível em: <http://projeto.unasus.ufsc.br/outra_wordpress/2016/01/15/prevencao-quaternaria/>. Acesso em: 25 Nov. 2017. Citado na página 13.
- WONCA, B. N. dictionary of general/family practice. *Maanedskift Lager*, p. 1–2, 1973. Citado na página 13.